

31966



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTEMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ROSA ISABEL GARCIA LEDESMA

DIRECTORA DEL REPORTE: PRESIDENTA DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO
JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.
TITULAR: DRA. XOCHITL GALICIA MOYEDA
TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ M.
SUPLENTE: MTRA. MA. DEL ROSARIO ESPINCSA S.
SUPLENTE: DRA. LUZ DE LCURDES EGUILUZ R.



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA EDO. DE MEX.

ABRIL DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Dedicatoria

A mi amor y compañero de vida:

Adrián Mellado Cabrera.

A mis hermosos hijos:

*Edwin Mellado García.
Emerson Mellado García.*

A mis queridos padres:

*Nicolás García Rivas.
Margarita Ledesma Jandette.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

FECHA: 23 ABRIL 04

FIRMA: Profa. Isabel García L.

I.

La continuidad, constancia, lucha y entrega fueron elementos importantes que me permitieron consolidar este proyecto académico, mismo que no hubiera tenido la misma forma sin la gran motivación y amor que recibo de ustedes; gracias Adrián, Edwin y Emerson por esa maravillosa magia de la que me nutrieron y siguen nutriendo: sentirme y saberme acompañada.

Agradecimientos

Deseo agradecer a las personas que estuvieron presentes y que dejaron una huella afectiva muy importante en mi vida, durante éste, mi proceso de formación como terapeuta familiar sistémica.

Agradezco de corazón a mi tutora la Dra. María Suárez Castillo por la entrega y dedicación que puso durante mi formación y en la realización de este Reporte de Competencias Profesionales. Para mí, este Reporte es una expresión de la co-construcción y en él están colocadas las diferentes formulaciones y expectativas que alrededor de la Terapia Familiar Sistémica nos hemos ido planteando. ¡Gracias por brindarme la oportunidad de vivirlo contigo!.

El campo está sembrado, los frutos se están cosechando, tal vez sea la ocasión de buscar perfeccionar las técnicas y procedimientos para que esos frutos sean cada vez más grandes, nutritivos y productivos ¿acaso será un planteamiento que se están haciendo las profesoras de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica? Tal vez, no lo sé. Parecería fácil que sucediera ya que la devoción y amor que tienen hacia el arte de hacer terapia me lo dice. Quiero decirles que sus esfuerzos y dedicación han sido recibidos y que están teniendo implicaciones en mi quehacer profesional como docente y como terapeuta familiar. Gracias Mil. Profesoras: María Suárez, Ofelia Desatnik, Carolina Rodríguez, Rosario Espinosa, Luz de Lourdes Eguiluz, Susana González y Xóchitl Galicia.

Y toda esta construcción no habría podido ser posible sin el grupo de los 10 de la primera generación de la Maestría de Psicología en su Residencia en Terapia Familiar Sistémica, ¡claro que no! Aquí permítanme darle las gracias a la Cibernética de Segundo Orden, ya que desde su visión epistemológica me permitió disfrutar de un proceso que no podré olvidar, la huella está, y sé que no sólo en mí. Gracias Lau, Pepé Luis, Chelita, Martinillo, Juanita, Lucy, Clarita, Gaby, Mirella.

Gracias a las familias que nos brindaron la confianza y la oportunidad de co-construir nuevas historias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD Y SEDES DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO.	14
1. Introducción al Programa.	14
2. Descripción y Análisis Sistémico de la Entidad y Sedes	15
II. DE LOS FUNDAMENTOS DE LOS MODELOS ESTRUCTURAL, ESTRATÉGICO, DE TERAPIA BREVE, MILÁN Y DE LAS PERSPECTIVAS POSMODERNAS	27
1. Fundamentos de la Modernidad; Vinculación con los Modelos de Terapia Familiar Sistémica.	27
2. Elementos que Comparten los Modelos de Terapia Familiar Sistémica.	29
3. Algunas Distinciones Entre los Modelos.	33
4. Propósitos de los Modelos de Terapia Familiar Sistémica	34
5. Metodología del Trabajo Terapéutico	35
6. Los Modelos de la Narrativa y del Lenguaje Colaborativo.	36
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.	40
1. Análisis y Discusión Teórico-Metodológico de la Intervención Clínica Con Familias	40
2. Fundamentos Teórico-Metodológicos Alrededor de la Pérdida Ambigua	48
3. Formación e Intervención Terapéutica.	76
La puntuación del terapeuta	76
La persona del terapeuta	77
Terapeuta y paradigmas anteriores	78
Terapeutas: sujetos éticos	78
4. Terapeuta en formación	80
Empleo de modelos	80
Modalidades de supervisión: Supervisión sin la presencia del Supervisor	81
5. Diseño de otras intervenciones	82
Intervención en Red	82
Modalidad didáctica	83
Diseño y aplicación de talleres: Productos tecnológicos de atención a la comunidad.	85
Elaboración y Aplicación de Proyecto de Investigación	86
Aplicabilidad y justificación del video didáctico	87
IV. CONSIDERACIONES FINALES	90
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	98



INTRODUCCIÓN

Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.

Andolfi y Zwerling (1993) sintetizan lo que para ellos ha significado el surgimiento de la teoría familiar sistémica considerándola como un arte de curar.

“Fue una semilla plantada al comienzo en forma vacilante, que encerraba la idea de efectuar cambios en los individuos mediante el cambio de la estructura y la función de sus familias, utilizando técnicas aplicadas a las unidades familiares globales, dentro de un marco conceptual de pensamiento lineal tradicional acerca de técnicas de tratamiento tales como el “redoblamiento”, o el desafío a las reglas y los mitos familiares, o la exposición de las alianzas encubiertas y de los mecanismos no visibles de desplazamiento sobre “chivos emisarios”, todo lo cual floreció en un modelo conceptual totalmente nuevo, destinado a describir y a cambiar la conducta humana. Y la excitación que tiende a generarse cuando ocurre un nuevo descubrimiento, ha sido por cierto un rasgo del desarrollo de la teoría familiar y de la terapia familiar, como lo demuestra en forma elocuente la diversidad de enfoques de la teoría, la práctica y la formación del terapeuta” (p.15).

El abordaje de la familia para afrontar los problemas de la salud mental comenzó entre principios y mediados de la década de 1950 y se desarrolló debido a la tentativa de buscar métodos de terapia más eficaces en los casos de graves trastornos emocionales. En su sentido amplio, prosperó como una alternativa al psicoanálisis, que durante la década de 1930 logró el consenso general como método terapéutico. El psicoanálisis había proporcionado conceptos y técnicas útiles para las necesidades masivas de la Segunda Guerra Mundial. Una nueva era del psicoanálisis se había iniciado. Transcurridos pocos años, la psiquiatría llegó a ser una especialización rica en esperanzas y promesas para millares de jóvenes médicos. Las inscripciones en la Asociación Psiquiátrica Norteamericana aumentaron de 3684 en 1945 a 8534 en 1955. La teoría psicoanalítica explicaba toda la gama de problemas emocionales, pero las técnicas de tratamiento

psicoanalítico no eran efectivas en los casos de graves trastornos emocionales. Psiquiatras jóvenes y emprendedores empezaron a experimentar muchas variantes relacionadas con el método terapéutico. El estudio de la familia constituyó una de las nuevas áreas de interés. La teoría psicoanalítica surgió del estudio detallado del paciente individual. Las conceptualizaciones referentes a la familia fueron el fruto de las percepciones que de ella tenía el paciente, más que de la observación directa de la familia en sí. Se planteó un dilema conceptual cuando la persona más significativa en la vida de un paciente fue considerada causante de su enfermedad y patógena para él. Algunos psiquiatras eran conscientes de que el modelo no era adecuado; se hicieron tentativas para disminuir la rigidez implícita en esos conceptos, pero el modelo básico subsistió. Se intentó modificar las definiciones del diagnóstico y hasta se propuso abandonar el diagnóstico en sí, pero un paciente exige un diagnóstico de su enfermedad y la psiquiatría actúa todavía según el modelo médico. (Bowen, 1966 citado en Andolfi y Nichilo 1991).

En la década de 1950 se empezaron a acumular observaciones curiosas sobre personas en tratamiento, que movieron a los clínicos a interesarse por nuevas concepciones de la actividad humana. Tales observaciones fueron:

- Los especialistas en orientación infantil advirtieron que los progresos alcanzados en la terapia individual del niño se hacían más lentos, y aún más se revertían, cuando aquél se reintegraba a su familia.
- Se observó también en pacientes anoréxicos que mejoraban mucho en el hospital, pero este cambio se perdía y había regresión cuando se incorporaban de nuevo al seno de la familia.
- La observación de la aparición secuencial de varios niños sintomáticos en una misma familia. Si uno de los niños mejoraba, muy pronto un segundo niño manifestaba síntomas, aunque por lo general los síntomas de un niño diferían de los síntomas del otro.

- Haley observó, en su trabajo con parejas, que trataba con buen resultado los síntomas de un cónyuge, sólo para encontrarse poco tiempo después con que el otro se volvía sintomático.
- Bateson, Jackson, Haley y Weakland, en sus estudios con adultos esquizofrénicos, observaron que se producían graves y perturbadoras alteraciones en el lenguaje y otras conductas del paciente cuando era entrevistado junto a otros miembros de su familia.

En este momento se producían consideraciones como:

1. Que la inestabilidad del cambio aparecía asociada con la vida en el contexto familiar.
2. Que el rastreo de los trastornos históricos del paciente parecía menos convincente que las perturbaciones contemporáneas escenificadas en el encuentro del paciente y su familia.
3. Que se abría el contexto de interacción como una nueva fuente de influjo sobre los miembros individuales. (Umbarger, 1983).

Esas observaciones coincidieron con el desarrollo, en ciencias naturales, de un nuevo paradigma, el paradigma del todo organísmico, encarnado en los principios de la Teoría General de los Sistemas. En este paradigma la causalidad es circular y la conducta no se entrama menos con el contexto de interacción, que con los procesos mentales interiores.

Para Zwerling 1993(citado en Andolfi y Zwerling 1993) el movimiento de terapia familiar y el movimiento de psiquiatría comunitaria surgieron después de la Segunda Guerra Mundial, y consolidaron su posición en el terreno de la salud mental en la década que siguió a 1950, a la vez que recibieron un cierto grado de reconocimiento formal a comienzos de 1960: la terapia familiar al establecer su primera publicación periódica, *Family Process*, en 1962, y la psiquiatría comunitaria al aprobarse la Ley de Salud Mental Comunitaria (*Community Mental Health Act*) en 1963.

“En la década de los 50, el surgimiento y los desarrollos de la Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas se confrontaron a la linealidad y objetividad reinantes, imprimiendo una dosis de incertidumbre que movilizó a diversos planos del mundo científico. El pensamiento de las

ciencias clásicas, el que regía a las investigaciones, aquel que alcanzó el raciocinio de la gente común, involucró al ámbito de la psicoterapia, trasladando la articulación de la máquina a la comunicación humana. Se puso en crisis el modelo analítico que tendía a descomponer las partes, entendiéndose que el punto de partida era la posibilidad de comprender y explicar el todo. Superar estas concepciones conlleva una permutación epistemológica, la capacidad de relacionar circularmente las distintas fracciones del sistema, para hablar de totalidad en lugar de sumatividad. La visión sistémica contrapone a la fragmentación reduccionista de los componentes una organización poblada de significados de las partes mismas” (Ceberio, y Watzlawick, 1998; pp. 14 y 15).

“La terapia familiar, aunque no sea *per se* una ciencia del comportamiento, se encuentra en la extraña posición de ser uno de los pocos campos de la investigación y la práctica del comportamiento que han sido influidos por este cambio epistemológico” (Hoffman, 1981; p. 15).

Para Bateson (citado en: Hoffman 1985) el eslabón entre la evolución batesoniana y la epistemología de los sistemas ecológicos es fácil de ver, ya que la evolución batesoniana es ecológica.

“Si se construye un modelo de pensamiento holográfico de cuatro dimensiones de la evolución batesoniana, cualquier segmento de cualquier tamaño de ese modelo resulta ser un ecosistema. Un segmento elegido al azar será un sistema abierto, muy probablemente viable, pero un segmento elegido sobre la base de un límite identificable puede mostrar diversos grados de apertura-cierre y viabilidad. Sin embargo, el conocimiento de que ese sistema es el segmento de un campo más amplio impide tratarlo permanentemente como un sistema cerrado. La familia es un ecosistema de ese tipo. Un individuo también lo es. Una comunidad es un ecosistema de ese tipo. Una nación también” (p.22).

Una de las preocupaciones centrales de Bateson fue la que él llamó “la pauta que conecta”. Creyó que en algún nivel de la estructura hay una congruencia entre las leyes que gobiernan distintos tipos de acontecimientos. Dice Bateson:

“Yo planteé el punto de que en nuestra sociedad con sus sistemas jerárquicos, cuando un grupo se separa de la sociedad parental, es habitual descubrir que la línea de fisión, la división entre el grupo nuevo y el antiguo, marca una diferenciación de costumbres. Los Padres peregrinos se apartaron para ser distintos. Pero entre los latmul, cuando dos grupos disputan en una aldea, y la mitad se escinde y funda una comunidad nueva, las costumbres de los dos grupos siguen siendo idénticas. Bateson aplicó básicamente su nuevo término a las relaciones entre personas, en oposición a los procesos causales mutuos en general. Lo definió como un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de

la interacción acumulativa entre individuos. Bateson observó la presencia de ciclos autorreforzantes, en que las acciones de A desencadenarían las respuestas de B, que entonces desencadenarían una reacción aún más intensa de A, y así sucesivamente. Estos ciclos podrían dividirse en dos tipos: simétrico y complementario. (Hoffman, 1985; p.46).

En 1961, Bell, uno de los pioneros en psicoterapia familiar, decidió empezar a entrevistar a todos los integrantes de la familia simultáneamente. Una vez introducida la idea de la terapia de la familia, la cantidad de terapeutas comenzó a multiplicarse año tras año. Muchos ingresaron directamente en el campo de la terapia familiar partiendo de su orientación analítica individual. Los terapeutas de grupo modificaron la terapia de grupo para trabajar con las familias. En consecuencia, se sigue usando la expresión "terapia de la familia" para referirse a una variedad de métodos, procedimientos y técnicas, que no tienen significado si no se le agrega otra descripción o definición.

Uno de los progresos más importantes que caracterizaron el abordaje familiar con respecto al trabajo con la "familia" realizado con anterioridad consistió en el cambio del proceso terapéutico de base. Desde los albores del movimiento de la Child Guidance Clinic se realizaron esfuerzos para comprometer a la familia "en terapia", pero se protegía la relación "terapéutica" paciente-terapeuta de toda intrusión. A la familia se le daba una importancia secundaria. Entre los promotores del actual abordaje familiar, había psiquiatras que, además de concentrarse en el dilema del paciente, empezaron a prestar mayor atención al cariz familiar del problema.

Otro de los progresos importantes se refiere al modo en que los investigadores conceptualizaron el sistema y después, a los diferentes modos en que se modificaron esas conceptualizaciones durante los últimos diez años. Se acuñaron términos para indicar distorsiones y rigidez, funcionamiento recíproco e "interdependencia", "ligámenes" y fusión del sistema. Lidz y Fleck utilizaron el concepto "cisma y fuera del equipo", Wynne y sus colaboradores el de "pseudomutualidad", Ackerman, "interdependencia patológica en la relaciones familiares", Jackson y sus colaboradores utilizaron un modelo diferente elaborando el concepto de "doble vínculo", Bowen "apego familiar" preexistente, "la masa indiferenciada del yo", método terapéutico acuñando el término "psicoterapia de la familia" (Bowen, 1966; citado en Andolfi y Nichilo 1991).

Lo central fue el reconocimiento de la familia como un sistema, con propiedades emergentes más allá de las que poseen sus miembros individuales. Resultó muy difícil el cambio de foco, es decir, pasar de las fuerzas y contra fuerzas del aparato intrapsíquico de un paciente individual a las propiedades sistémicas de una familia. Una vez que la terapia familiar abrió la puerta a un enfoque sistémico del estudio de los determinantes sociales de la conducta, se vio en seguida que sólo era posible estudiar a una familia en su comunidad, a su vez, sólo se podía estudiar a una comunidad en el contexto de la sociedad y la cultura en la que aquélla está incorporada.

Los investigadores de la familia constantemente están citando ejemplos de comportamientos que afectan más de un sistema a la vez; en realidad, se supuso que no sería posible comprender al individuo que padeciera una enfermedad mental sin considerar las consecuencias de su enfermedad para el grupo familiar que había puesto en marcha la terapia familiar. Para muchos de los teóricos de la terapia familiar desde el enfoque de sistemas, la familia comprende un sistema que trasciende los límites de la persona aislada, siendo lo bastante pequeña y claramente delimitada que sirve como unidad de investigación.

“En la familia, una vez que dejamos al individuo y observamos a la familia como entidad sistemática que reside en campos cada vez más grandes, empezamos a ver claras redundancias y distintas pautas” (Hoffman, 1981, p. 21).

JUSTIFICACIÓN

La terapia familiar es un paradigma nuevo, un sistema de referencia que revela y reordena datos de manera significativa, crea nuevos significados y abre nuevas perspectivas esenciales. Este paradigma nos obliga a romper con hábitos de pensamiento y modelos tradicionales. El individuo ahora se presenta influido por el sistema. Esta visión de sistema se relaciona con la moderna cibernética y la teoría de la comunicación. Se la puede describir también como modelo de circularidad y contraponerla al modelo causal lineal, monocausal, sobre el que se basan innumerables planteamientos de comprensión

psicológica. A la luz de este modelo circular muchas categorías, secuencias de conducta y patrones de causa-efecto habituales demuestran ser la consecuencia y la expresión de delimitaciones arbitrarias (puntuaciones), violencias gramaticales y convenciones lingüísticas de una epistemología de cuño familiar, cultural y de época. Sin embargo, los investigadores y terapeutas de la familia que intentan introducir una nueva epistemología, determinada por el modelo circular, se encuentran con el problema de verter sus principios a un lenguaje en el que durante siglos se han condensado convenciones y concepciones lineales. (Stierlin, Rucker-Embsen, Wetzels y Wirsching, 1999).

Este paradigma lleva también a una nueva comprensión de la enfermedad; los terapeutas familiares se caracterizan por un supuesto básico común: si ha de cambiar el individuo, deberá modificarse el medio en que se mueve. La unidad de tratamiento ya no es la persona aislada, aún cuando se entreviste a un solo individuo, sino la red de relaciones en que éste se halla envuelto. El proceso de curación acentúa la labor de reestructuración en las relaciones existentes.

Para Walters, Carter, Papp, y Silverstein (1988) los actuales paradigmas de la terapia familiar están basados en el sistema de valores de la familia norteamericana de los años cuarenta y cincuenta, y se han quedado lamentablemente rezagados con respecto a ciertos cambios sociales que ya están en plena marcha. En la estructura y funcionamiento de la familia se han producido importantes cambios que están ahora firmemente arraigados en nuestra sociedad. Las mujeres cada vez en mayor número, no sólo trabajan fuera de su casa sino que ya no tienen la opción de quedarse en el hogar dado que los dos sueldos por familia se han convertido en una necesidad económica para las familias de clase trabajadora y en una expectativa para la clase media en ascenso. El aumento de divorcios y segundos matrimonios ha dado lugar a una gran cantidad de nuevas formas familiares, con madres o padres que crían solas a sus hijos, parejas casadas en segundas nupcias que luchan por integrar a los hijos de él y a los hijos de ella con sus ex cónyuges, y complicadas redes de parentela extensa. Las estadísticas indican un número creciente de relaciones sucesivas fuera del matrimonio, junto con una postergación del casamiento y la maternidad hasta la mediana edad. Las mujeres tienen cada vez más conciencia de su propia sexualidad y de su poder sobre sus propios cuerpos y se han modificado las expectativas sexuales por parte de ambos sexos.

Luepnitz (1988), quién realizó un análisis de la familia en el mundo occidental reveló que: a) La familia nuclear que consideramos la norma hoy en día no ha sido una constante histórica, b) tampoco lo ha sido el interés central por los niños y sus necesidades emocionales, c) la familia contemporánea no es única en la historia: las madres que trabajan no son una novedad, ni lo son las formas alternativas de cuidado de los niños, ni las protestas de las mujeres ante su situación, d) la familia “moderna” urbana en el mundo occidental se deriva principalmente de la familia burguesa de los siglos XVII y XIX en Europa (patriarcal de padre ausente). Los cambios sociales que se dieron en el siglo XVIII y XIX produjeron una modalidad de familia que cultivaba al padre “periférico”, la madre “sobreinvolucrada” y el niño “triangulado”. Agrega la autora que como terapeutas tendemos a ver esto como producto de características personales o familiares, y es importante ver que también obedece a razones históricas.

Fortes (2000) plantea que todas las intervenciones deben tomar en cuenta el género por vía de reconocer los procesos de socialización diferentes de mujeres y hombres; cada género percibe un significado distinto en la misma intervención clínica y que por consiguiente, se siente o bien culpado o bien respaldado por una idéntica instancia terapéutica. Invita la autora a que reconozcamos cómo los diferentes movimientos políticos guardan estrecha relación con cómo son mirados hombres y mujeres así mismos y por el otro. La autora señala: a) cómo las diferentes revoluciones políticas y sociales en la década de los 60s en América y Europa, así como en parte de Asia, que culminaron en el 1968 evidenciaron las necesidades políticas, económicas y sociales de poder, controlando a un grupo sobre otro por la fuerza de las armas o controlando a través del discurso, b) los cambios revolucionarios también se reflejaron en las universidades, se redefinió la relación entre la enseñanza y la investigación, se rompió su separación académica, integrándolas como actividades íntimamente ligadas, c) en el campo de las ideas científicas se produjeron cambios revolucionarios, que desafiaron la cosmovisión moderna sobre la autonomía e individualismo del ser humano. La objetividad de la ciencia -y el conocimiento en general- comenzó a ser cuestionada y se fijó la mirada sobre la subjetividad en la producción del conocimiento.. Se comienza a ver al conocimiento científico como una construcción social, influida por los contextos en los que se desarrolla y a las prácticas y teorías científicas como influidas por las relaciones entre los científicos mismos, la ideología científica es

estudiada analizándola como parte fundamental de la identidad de los científicos y su influencia en la formación de los jóvenes científicos, d) el movimiento feminista surgido a finales de la década de los 60s, fue otro movimiento social que revolucionó la manera cómo los hombres y las mujeres se veían a sí mismos y al otro. Con el feminismo, los roles, imágenes y actividades del ser hombre y mujer, padre y madre fueron cambiando. Se comenzó a hablar de lo obvio, de las diferencias aceptadas y asumidas como hechos; de la manera como el discurso, y el hablar, asignan posiciones a los individuos y los sujeta a estructuras sociales preestablecidas. De lo obvio, pasó a hablarse de las diferencias en las visiones masculinas y femeninas, el predominio de un lenguaje científico y social masculinizante, abriéndose el análisis a diversas visiones, masculinas y femeninas, de la realidad. Comenzó a desafiarse la polaridad entre los roles para incluir ambas posibilidades, o crear nuevas: la madre podría dejar de ser y de sentirse la única vinculada con las necesidades afectivas de los hijos, lo que podría ser compartido por el padre. Apareció también una nueva forma de concebir a los seres humanos desde el punto de vista del género, reconociendo a éste como socialmente construido y abriendo la visión de elecciones y orientaciones sexuales.

Estos movimientos sociales fueron forjando el pensamiento posmoderno, que se basa en entender al individuo en relación y no como ente autónomo (Gergen, y McNamee 1996).

“La dualidad entre la objetividad y la subjetividad del pensamiento moderno, quedan integradas, al hablar de la participación del observador en su objeto de estudio (Maturana, 1994; Watzlawick, 1994), la autorreferencia (Elkaïm, 1998; Lax, 1997) y la influencia mutua en las relaciones, al ser estructuradas a partir del lenguaje, el cual es parte integral de las relaciones con otros” (Fortes, 2000, p. 38).

La preocupación del modernismo por la interioridad de la persona, con el consecuente descuido de lo externo, ha conducido al estado de cosas llamado posmodernidad, caracterizado por un sentimiento, en los individuos, de máxima libertad y mínimo poder personal (Parry, 2001).

El movimiento constructivista tuvo un gran impacto entre los terapeutas familiares. Derivado de observaciones dentro de la filosofía de la ciencia y de resultados experimentales acerca del estudio del sistema nervioso, este movimiento planteó la idea de que los individuos tienen un papel activo en relación con el conocimiento del mundo.

Terapeutas familiares como Mory Elkaïn, Bradford Keeney, Paul Watzlawick, Paul Dell y Philippe Caillé, entre otros, han sido seguidores de las ideas constructivistas que cuestionan el sentido de "objetividad" (dado que el individuo construye su mundo). Las ideas de Humberto Maturana son relevantes dentro del movimiento constructivista pues muestran el rol determinante de la estructura sobre lo que se construye. De esta manera, y como fruto de las ideas constructivistas, los terapeutas familiares empezaron a aceptar la posibilidad de las múltiples versiones acerca de la realidad y, también, de la imposibilidad de las diferencias jerárquicas (Mastache y Limón, 1996).

El construccionismo social considera que no hay verdades sociales incuestionables, solamente historias acerca del mundo que nos decimos unos a otros. Muchos terapeutas tienen historias acerca de cómo los problemas se desarrollan. La forma cómo los terapeutas visualizan o explican un problema, dice más del terapeuta que de la familia. Ningún nivel de explicación es más verdadero que otro. Dependiendo de cómo se enfoca el problema, puede darse una solución diferente. Se requiere estar alerta de no asumir que una historia es la "única historia", a menos que el contexto o la intención nos lleven a hacerlo. Es importante establecer un contexto donde se favorezca una pluralidad de historias, por ejemplo, con modos metafóricos, asociativos o reflexivos.

El construccionismo social destaca las influencias interpersonales y culturales en las historias principales que se tienen sobre uno mismo. Enfoca las relaciones entre las personas y las normas culturales y sociales que las moldean versus dinámicas intrapsíquicas.

No presta atención a los daños psíquicos, sino a los procesos sociales y culturales con los que forjamos nuestra visión del mundo, la que a su vez influye en nuestras acciones. Establece que el conjunto de normas invisibles se convierten en "verdades" para los individuos, grupos y comunidades. Reconstruimos constantemente nuestra visión de la realidad pero en función de tales "verdades" y en relación con las personas. Así tomamos decisiones según "papeles validados en nuestro grupo social", donde asumen interpretaciones particulares.

El poder no se establece necesariamente, por la amenaza o la fuerza, sino por la defensa del conocimiento del especialista que lo instaura en primer lugar y por la oculta persuasión que

mueve a la gente a interiorizar su inferioridad haciendo de ella una "verdad", a crear continuamente su propia identidad subordinada. Poder-saber-control, implican "tácticas de dominación" que requieren del "conocimiento experto" y la benevolencia aparente, la vigilancia y el fomento de la subordinación interiorizada.

Es en este contexto que surgen las terapias narrativa y colaborativa dando respuesta a una serie de cuestionamientos que los terapeutas familiares se venían haciendo con respecto a la forma de pensar la terapia, como veremos más adelante.

La transformación de las orientaciones y posturas teóricas van de la mano de los cambios y necesidades nacionales e internacionales. Asimismo surgen paralelamente los intentos de solución a través de las propuestas integradoras como por ejemplo, el Programa de educación, alimentación y salud (Progresá) instrumentado por el gobierno federal para combatir de manera integral continua y a largo plazo la pobreza que aqueja a nuestro país. (Ulloa, 1997). Cabe señalar que ningún programa por más integrador que se presente, ha logrado en forma aislada eliminar la pobreza.

La preocupación nacional e internacional por las diversas situaciones mencionadas refleja implicaciones sociales y políticas, que focalizan a la institución familiar como un asunto de interés público. Actualmente, las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual está relacionado con la evolución demográfica y con las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad. El desarrollo del sector de los servicios, el avance tecnológico, la urbanización y la modificación de las relaciones en la esfera de lo público y lo privado, han llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban al interior de las familias.

Con el propósito de generar condiciones que trasciendan las propuesta y las concreten, se ha incorporado a profesionistas especializados en campos interrelacionados. A su vez ha favorecido la creación de nuevos programas educativos, un ejemplo de esto es el Programa de Posgrado de la UNAM, que está delineando las políticas de la reforma educativa del país y definiendo en cascada los planes de estudio en sus diferentes niveles y las estrategias de acción social.

I. CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD Y SEDES DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO.

I. Introducción al Programa

Este proyecto de Residencia en Terapia Familiar Sistémica forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, presentado por la Facultad de Psicología, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, mismo que fue aprobado por el Consejo Universitario y los Consejos Técnicos respectivos.

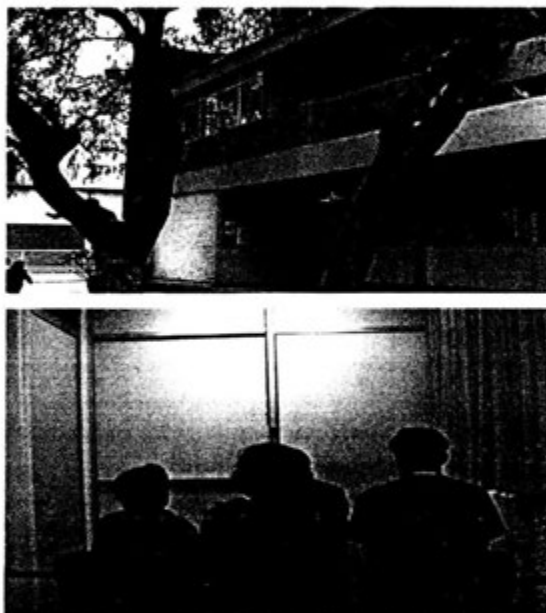
El Programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica tiene como propósito general capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de la salud. Con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico) el lenguaje y la construcción de significados.

Dado que el objetivo del Programa de la Residencia es desarrollar en los estudiantes competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio, el Programa de Terapia Familiar Sistémica comprende 1600 horas de práctica supervisada durante dos años; basando su formación en dos ejes fundamentales: las asignaturas teórico-metodológicas y la práctica supervisada en escenarios clínicos, lo cual integra la formación del estudiante y le permite proporcionar servicios a la comunidad.

El Plan de Estudios de la Maestría en Psicología se conforma de 145 créditos, de los cuales 42 cubren el tronco teórico metodológico y 103 con las actividades de la residencia. La organización de las actividades académicas y el número de créditos asignados para cada actividad están determinados en el plan de estudios del Programa de Maestría de la UNAM.

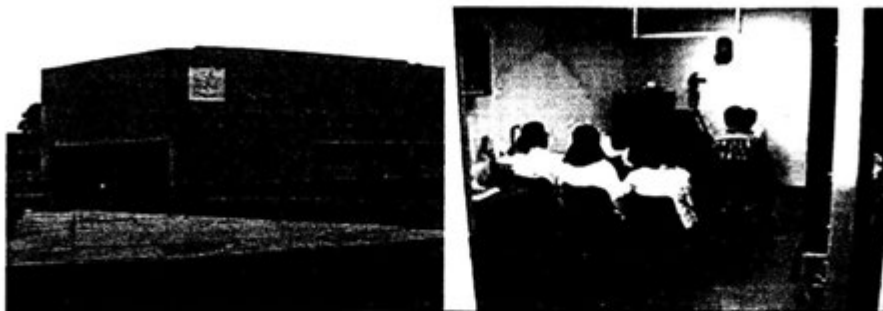
2. Descripción y Análisis Sistémico de la Entidad Participante y Sedes.

Fueron tres escenarios clínicos en los que se realizaron las intervenciones de Terapia Familiar Sistémica: la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del (ISSSTE) en su Clínica Familiar de Tlalnepantla y el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCHA).



La Facultad de Estudios Superiores Iztacala como entidad, cuenta con un escenario clínico de Terapia Familiar disponiendo de sala para pre y posesiones, sala para terapia y sala de observación; así como equipo para observación de doble vía y equipo técnico como televisión, cámara de video, teléfonos e interfón.

El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado proporcionó el consultorio de Psicología, encontrando un escritorio y sillas (el equipo técnico fue llevado por el equipo de terapeutas en curso).



El Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco acondicionó una sala de audiovisual, contándose con sillas, un pizarrón y equipo técnico como un televisor y una videogradora (la cámara de video fue llevada por el equipo de terapeutas en turno). Como un logro del trabajo realizado, se construyó un escenario clínico para Terapia Familiar.



Como hemos venido señalando, desde una perspectiva sistémica es fundamental integrar los diferentes elementos incluidos en un sistema. En la relación terapeuta-paciente surge una unidad sistémica atravesada por las interacciones de los dos subsistemas en el contexto

de tratamiento considerado como el sistema terapéutico total. Aurón (1988) define los diferentes componentes que engloban al sistema terapéutico total como: Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico; Equipo Supervisado + Supervisor = Sistema de Supervisión; Sistema de Supervisión + Terapeuta = Sistema de Supervisión; Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión = Sistema Terapéutico Total.

“El sistema bajo observación en la terapia no es la familia en sí misma sino la familia en interacción con el terapeuta. Este sistema terapéutico, compuesto por familia más el terapeuta, se desarrolla de forma dinámica; crea su propia estructura” (Andolfi, 1980, en: Fishman y Rosman, 1988; pp.129 y 130).

Para Bowen (citado en Andolfi y Nichilo 1991) todo terapeuta debe ser consciente de que forma parte de tres subsistemas como mínimo: el de su núcleo familiar, el de la familia amplia y el terapéutico.

En este sistema terapéutico total en el que nos interesamos es de primordial importancia analizar el contexto institucional en donde se generan dichas prácticas.

“Emergemos en el seno de prácticas humanas, de formas de interacción humanas, a la vez lingüísticas y no lingüísticas, situadas en el tiempo y en el espacio. Prácticas humanas coherentes donde se abre un espacio para el nacimiento de un sujeto, que no existía previamente, fuera de esas prácticas” (Maturana y Varela, 1985, p. 53).

Neuburger (1997) señala que analizar la institución no es solamente describir su funcionamiento, implica; cuestionar el lenguaje o lenguajes utilizados por los miembros del grupo para describirla: lenguajes autodescriptivos que determinan el contenido institucional, que crean la realidad institucional. Para el autor habría diferentes maneras para analizar sistémicamente una institución. Una de ellas se refiere a describir el trayecto-tipo de un paciente desde que entra hasta que sale de la institución: su modo de entrada, acogida, organización de la estancia y modo de salida. Otra forma sería contrastar las diferencias estructurales de funcionamiento de un establecimiento a otro a través de los lenguajes descriptivos utilizados.

En los tres escenarios clínicos en los que se realizaron las intervenciones de Terapia Familiar Sistémica podemos considerar que en atención a su filosofía y estructura plantean diferentes formas de construir su realidad institucional. Como veremos para el Instituto de

Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado fundamentado por el modelo médico de cura, centrado en enfermedad o déficit y para la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco en su programa de Residencia la Terapia Familiar basando su modelo de cambio centrado en las relaciones.

El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado siendo una prolongación del cuerpo social o socio-sanitario busca cumplir una función predeterminada de mejorar los problemas del paciente; estos problemas necesitan, cada uno, una instrumentación determinada, con vistas a una corrección, a una mejora. Los empleados o cuidadores cumplen una función específica, como aplicar un cuidado particular.

La ética de este tipo de institución se sitúa más del lado de la reparación que del cambio" Neuburger (1997).

En contraste, para la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco en su programa de Residencia la Terapia Familiar se ocupa más del cambio que de la cura.

"Mientras que la cura se relaciona con 'entidades', enfermedades o síntomas que están presentes o ausentes, el cambio se relaciona con el proceso y la interacción". (Cooklin; citado en Fishman y Rosman, 1988 p. 137).

Obedeciendo a estas formas estructurales y al lenguaje autodescriptivo de cada entidad, resulta interesante señalar cómo se denomina a la persona que pide el servicio de un lado de manera uniforme y universal "el paciente" o "derechohabiente" desde la fundamentación del modelo médico y por el otro con referencia al punto de partida teórico se sustenta a éste como paciente, cliente, consultante o simplemente como la persona concreta que pide el servicio. Desde esta forma de nombrar estamos construyendo ya una relación terapéutica, donde el que nombra está estableciendo una forma de entender a la terapia. Cabe señalar que dadas las adecuaciones de cómo se conformaron los escenarios clínicos como sedes de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, existe menor diferencia entre la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco que en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado donde nos acoplamos al sistema médico preexistente.

Colocarse como terapeuta desde una postura institucional en el que las reglas señalan el de símbolos y significados que han acompañado al modelo médico (uso de bata blanca, registro en un carnet, ser referido como doctor o doctora, atender a un diagnóstico previo indicado por el médico general, etc.) entraña una serie de significaciones ante las cuales el terapeuta se debe de conducir a fin de ser congruente con las leyes y normas de la institución. Es este mismo régimen de consideraciones a seguir en la institución en la que uno se mueva, no obstante la oportunidad de poder establecer una distancia crítica con respecto a la teoría, la metodología, la investigación y la forma de concebir y manejarse ante el servicio que otorgan instituciones de formación como es la Universidad Nacional Autónoma de México permite elegir el uso del lenguaje autodescriptivo a emplear. Poder llamar a una persona por su nombre, desde la referencia de que a esa persona o personas de la familia las observas como parte de un sistema en continua interacción, alejado a buscar déficit o a corroborar comportamientos que se señalan desde un diagnóstico. Pensemos por ejemplo en la distinción entre decir: "el paciente es... depresivo, irritable, agresivo, a el paciente se comporta o manifiesta comportamientos depresivos, irritables, agresivos.."

¿Qué puede significar en el terreno de la terapia el que una persona se presente con un diagnóstico elaborado por su médico familiar? Parece que el trabajo del terapeuta familiar sistémico es del artesano de piedra y cincel, presto a deconstruir para construir. El terreno está construido, habrá que reconstruirlo. Sin embargo la tarea se complejiza cuando por un lado la imagen exteroceptiva que se tiene del terapeuta es de ser muy joven (esto generalmente es acompañado o asociado con la idea de inexperiencia) la persona o el paciente construido por este tipo de institución busca al experto que le dote de respuestas certeras e inmediatas (situación que es superada a través de las intervenciones terapéuticas) y qué decir cuando el campo institucional es de formación; parece que la persona que solicita el servicio antes de ver al terapeuta ve al estudiante, a aquél que está en un proceso de aprendizaje y del cual va a recibir atención. La apuesta está dada en los profesores, en los expertos que están detrás de los inexpertos, prontos a serlo.

Como señalamos anteriormente con el planteamiento de Maturana y Varela (1985) de que emergemos de las formas de interacción humana y observando cómo es el tipo de organización institucional para el modo de entrada, la acogida, permanencia y forma de salida, podemos señalar que uno de los elementos sustanciales que fundamentan el trato

con las personas que piden servicio en Terapia Familiar Sistémica en cualquiera de sus escenarios, es la filosofía humanística de fondo, mediada por una concepción de sujeto, cibernética de segundo orden, ética y compromiso social que se trata de establecer en cada una de las sedes. Citemos por ejemplo la forma de contactar con los usuarios, en donde el contacto la mayor de las veces es por vía telefónica otorgándose un ambiente caluroso de interés y de escucha por la persona. Los Modelos de Terapia Familiar Sistémica señalan la importancia de la entrevista telefónica; este primer contacto por lo general es a través de un supervisor responsable que toma sus datos y establece un primer contacto humanitario con las personas, posteriormente el terapeuta responsable asignado para la familia realiza una primer entrevista telefónica donde se pondera contactar desde ese momento con la familia además de obtener la información necesaria.

Un aspecto importante a resaltar es la fuente de derivación o canalización de las familias, de ello se podrán generar diferencias sustanciales en el desarrollo y evolución de la terapia. Consideremos por ejemplo aquellos casos en los cuales la familia asiste a terapia condicionada por la escuela para evitar la expulsión del alumno, o por un juez que dictamina la necesidad de que la familia asista a terapia familiar ya que de ello depende el fallo en proceso, o la de un jefe que determina la asistencia de un trabajador como condicionante para su permanencia laboral. Desde este tipo de relación, que viene definida desde el exterior “debo de”, la permanencia en la terapia se puede ver atravesada por condiciones que llevan a la familia a asistir y permanecer con la idea de ser dados de alta y con ello cubrir el requisito demandado; diferente a la postura de aquellas familias que acuden a terapia por iniciativa propia y bajo el convencimiento de que “se quieren dejar ayudar”. Vinculado a ello está el tipo de ideas preconcebidas que trae la familia a terapia cuando ésta ha sido canalizada por otro profesional, puede llegar con un diagnóstico específico que lo califica con antelación con una etiqueta.

En relación a la acogida y permanencia es importante resaltar la necesidad que como terapeutas en formación tenemos de los usuarios. Es indudable que se requiere de la permanencia y constancia de ellos para que el terapeuta pueda ser supervisado en su práctica terapéutica ya que no hay que olvidar que está en juego una evaluación. Aquí se entretienen elementos diversos propios de los terapeutas, comportarse cautelosos,

cuidadosos, perder la capacidad terapéutica, mostrarse complacientes, temerosos al desafío por recelo a que se vayan.

“Cuando los terapeutas necesitan pacientes para ganarse la vida, suelen perder influencia y hacer terapia de modo diferente del que la harían si no necesitasen pacientes” (Bergman, 1991; p. 165)

Vale decir que de manera afortunada contamos con el equipo de terapeutas que bajo los fundamentos de la cibernética de segundo orden está alerta a este tipo de circunstancias ante las cuales nos enfrentamos los terapeutas en formación.

Albuerno (2000) señala que, para Ruggero, ser integrante de un grupo de formación en psicoterapia, supone de parte de los alumnos saber y aceptar que los propios aspectos privados pueden llegar a ser públicos dentro del grupo.

“Es tarea del didacta proteger este proceso, trabajando sobre la calidad, compromiso y responsabilidad del contexto de escucha, para promover y facilitar el desarrollo de la creatividad del alumno en un espacio grupal, donde sea posible valorar juntos la coherencia de aquello que se ha pensado, fantaseado, se ha dicho y se ha hecho para confrontar con otras alternativas. Los aspirantes a psicoterapeutas necesitan poseer al menos cualidades de: objetividad, honestidad, capacidad de relación, libertad emocional, seguridad, humanidad, integridad, compromiso con el paciente, intuición, paciencia, agudeza, empatía, creatividad e imaginación” (p. 39)

Ruggero, considera importante trabajar la persona del terapeuta en cuatro sentidos:

- La cultura del terapeuta, a través de compartir con los estudiantes aquello que se hace conceptos, consideraciones, teorías, comparación entre teorías y lecturas para llegar a manejar un lenguaje común y una conceptualización original y personal.
- La habilidad del terapeuta, que emerge de la discusión sobre cómo se hace. Por medio de videgrabaciones, ejercicios, terapias simuladas y terapias reales, el alumno puede adquirir un mayor conocimiento de sí mismo como sujeto comunicante, utilizando no sólo el análisis de la comunicación, sino todos aquellos aspectos de sí mismo que interactúan con los otros y pueden influir: la postura corporal, los gestos, el tono de voz, el uso del tiempo y del espacio, tendiendo a reducir el espacio entre lo que se piensa hacer y lo que realmente se hace.

- La persona del terapeuta significa fijar la atención sobre quién hace las cosas. En la persona del terapeuta están las bases de las capacidades humanas y profesionales, el ser terapéutico y el hacer terapia forman una amalgama que progresivamente será más difícil diferenciar.
- Las decisiones del terapeuta se refieren al momento de cuándo se hacen las cosas. En el proceso formativo el alumno se encuentra frecuentemente ante condiciones donde debe elegir. Resulta ilusorio pensar que la elección de aquello que se hace o se dice sea exclusivamente profesional, representa sobre todo, un encuentro entre la historia del terapeuta y su contexto.

Una modalidad importante a considerar es el espacio geográfico con el cual se cuenta para desarrollar las conversaciones terapéuticas. Efectivamente la diferencia ofrece oportunidades amplias en el proceso de aprender. Consideremos el ambiente terapéutico cuando el equipo de 11 terapeutas (en un principio en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y de manera continua en el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco o de 12 (en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ya que contamos con la presencia de la psicóloga de la institución) se encuentra en el mismo espacio (consultorio o salón) que el terapeuta principal y el paciente o los consultantes. Para algunas familias saber que muchos terapeutas escucharán sus caso les produce un fuerte impacto; implica confusión o vergüenza por considerar que su vida es algo privado, a otros les resulta halagador y confortante ya que plantean que “muchas cabezas piensan mejor”, también hay quienes lo toman como un desafío, sobre todo si vienen de una historia amplia de visitar a los terapeutas, dirigiéndose bajo la consigna de “a ver si ellos sí pueden”. En este sentido cabe decir que a través del testimonio de las familias con las que trabajamos, el planteamiento general se refiere a encontrar positiva esta modalidad de trabajo, ya que para ellos escuchar las voces de los terapeutas cuando se empleaba el equipo reflexivo, o a través de los mensajes del equipo dados en cada una de las sesiones terapéuticas; les dio la oportunidad invaluable de llevarse ideas que usaban en su vida diaria y comentaban que esto les ofrecía bienestar.

Pensando en la persona del terapeuta en formación, poder comunicarnos de manera directa con el equipo terapéutico a través de la comunicación verbal y no verbal representa

un proceso de aprender riquísimo en experiencias. Por ejemplo: cuando estás como terapeuta principal y observas gestos en tus compañeros terapeutas o en tus supervisoras parece que el juego de la interpretación se impone, inicialmente puedes atribuir que un gesto que te indica cansancio, aburrimiento, desaprobación obedece a la manera en que estás interviniendo; con ello el ritmo terapéutico se puede ver en peligro, como terapeuta requieres centrarte y no perder el foco de tu intervención, posteriormente te das cuenta que la interpretación que hiciste de esos gestos correspondían a interrogantes que cada uno de los terapeutas del equipo se está haciendo de la conversación terapéutica, alejarte de la idea de que se está evaluando es de suma importancia y esto viene acompañado de un proceso de maduración personal, teórica, metodológica y epistemológica que te lleva a comprender que hay distintas notas que se están generando en la producción de esa música orquestada por el sistema terapéutico total.

“En el acto de supervisión se da una interacción entre la escucha, la mirada, la palabra y el movimiento que se engarzan y forman un conjunto inseparable. ...La sinfonía al igual que la supervisión remite a un conjunto de voces independientes y diferentes, interactuando simultáneamente pero basado cada uno en su propio paradigma, y donde algunas resuenan en el marco y no todas hablan y se expresan al mismo tiempo ni de la misma forma. ... Pero también existen otros niveles de lectura, en uno se encuentran los ausentes presentes, a saber, las familias de origen de cada uno de los miembros del sistema terapéutico total, y a otro nivel más, se refiere al contexto cultural, social, ideológico que los lleva a cada uno a hacer una lectura e interpretación particular, sumados a los rasgos individuales” (Aurón, F. 2000, pp. 218, 221 y 229).

¿Cuánto tiempo nos lleva a cada uno de los terapeutas en formación? lo desconozco, pero creo que lo importante es reconocer que cada uno tenemos nuestro propio tiempo. Esto por el otro lado cuando estamos frente a un espejo de visión unidireccional no lo tenemos y aquí nos preguntamos ¿qué se estará entretejiendo en el ver de los terapeutas que están detrás del espejo? El uso del teléfono, el poder usar tus propios tiempos eligiendo salir del consultorio para escuchar al equipo, o que el equipo te pida que salgas te retroalimenta de tal forma que sabes en conjunto con la familia que el equipo está ahí, aún cuando no lo veamos de manera directa como la modalidad anterior. Aquí me gustaría mencionar cómo después de la tercera o

cuarta sesión terapéutica las familias desde el espejo se despedían de nosotros, o nos mandaban decir algún mensaje a través del terapeuta principal. Esto me hablaba de la formación del sistema terapéutico total en vivo, sentido, de aquel que teorizábamos en nuestras aulas para recibir cátedra.

Otro elemento importante fue el sistema de rotación en las diferentes sedes. Tuvimos la oportunidad de trabajar durante la Residencia en dos escenarios simultáneamente transitamos semestralmente en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado; y en el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco. Este sentido de rotación al contemplar las diferentes combinaciones en cuanto a la estructura de la institución, al personal que labora para cada institución, al espacio geográfico con el que se cuenta para trabajar, a la supervisión y al modelo teórico que se estuviera aprendiendo; integró elementos sustanciales para la visión que como terapeutas nos vamos formando de la terapia, así como del tipo de construcción que se fue generando en el sistema terapéutico.

Sobre los diversos tipos de supervisión Bloch (1980) nos invita a reflexionar con la siguiente interrogante ¿cómo mantener los objetivos de la creatividad individual? Si el proceso de formación tiene metas opuestas: enseñar cuáles son las reglas, cómo obedecerlas y cómo no obedecerlas. El problema es importante. En el nivel clínico, el terapeuta enfrenta una paradoja: cómo obedecer las reglas de la familia con el objeto de cambiarlas. En otro contexto –en la formación- la pregunta pasa a ser: ¿Cómo puedo obedecer el mandato de mis formadores, que me ordenan desobedecerlos? De la misma manera que las instituciones de formación crean estructuras de relación entre formadores y estudiantes, que son isomorfas con las terapias que en ellas se practican y enseñan.

Papp (1985) al referirse a la formación, aprendizaje y a la terapia, plantea que:

“El enfoque terapéutico en el que por lo general el grupo de consulta adoptaba una posición homeostática con relación al cambio, y el terapeuta asumía una posición favorable al cambio, el grupo enviaba constantemente mensajes que reflejaban las transacciones familiares contrarias al cambio, en este contexto, la familia quedaba tomada en un triángulo terapéutico y no podían salir de ese triángulo más que tratando de cambiar. Al utilizar este enfoque en la formación, los estudiantes son convertidos en un equipo de consulta, en un grupo de pares, con la finalidad de que no sean solamente observadores pasivos, sino que se conviertan en participantes

activos, y son ellos quienes tienen la última palabra acerca del devenir de cada caso. El supervisor trata de mantener al grupo en un contexto de pensamiento sistémico e integra las diferencias respectivas. Con este enfoque se les enseña a los estudiantes a pensar y actuar de una manera sistémica, porque no hay otras maneras como pensar y actuar individualmente. Durante el debate, constantemente tienen que tratar de relacionar los problemas de la familia. Esto les inculca la disciplina de aferrarse con tenacidad a una idea y tratar de hacer entrar todas las transacciones de la familia en el contexto de esa idea, lo cual los ayuda igualmente a pensar en términos de las consecuencias de un cambio sistémico. El debate, en efecto, versa esencialmente sobre las consecuencias para el resto de la familia si uno de sus miembros cambia. Asimismo este enfoque permite que el estudiante viva la experiencia de estar en un plano de igualdad con su supervisor, cada posición es tan importante como las otras. La posición que tiene el estudiante es tan importante como la del supervisor. El enfoque también permite reducir la ansiedad, lo que, es muy importante en una formación. El aprendizaje tendría que estar asociado con el placer, la alegría, el entusiasmo, y no con la ansiedad, la humillación y la frustración (p. 57).

Para Ruggero (1995; citado en Albuerno 2000) ser integrante de un grupo de formación en psicoterapia, supone, de parte de los alumnos, saber y aceptar que los propios aspectos privados pueden llegar a ser públicos dentro del grupo. Es tarea del didacta proteger este proceso, trabajando sobre la calidad, compromiso y responsabilidad del contexto de escucha, para promover y facilitar el desarrollo de la creatividad del alumno en un espacio grupal, donde sea posible valorar juntos la coherencia de aquello que se ha pensado, fantaseado, se ha dicho y se ha hecho para confrontar con otras alternativas.

Jiménez (1998; citado en Albuerno, 2000) considera que para llegar a ser un psicoterapeuta es necesario poseer conocimientos sobre procesos de aprendizaje, dinámica de la personalidad, procedimientos y técnicas de evaluación psicológica, psicopatología, principios de interacción social, procesos cognitivos y emocionales, teorías de desarrollo y ciclo vital, además de otros aspectos específicos de cada modelo formativo.

Para Salgado (1998; citado en Albuerno, 2000) los aspirantes a psicoterapeutas necesitan poseer al menos cualidades de: objetividad, honestidad, capacidad de relación, libertad emocional, seguridad, humanidad, integridad, compromiso con el paciente, intuición, paciencia, agudeza, empatía, creatividad e imaginación.

Cuando te sientas en la silla del terapeuta experto que tiene el compromiso institucional de curar a los derechohabientes, difiere en mucho que cuando te sientas en la silla del terapeuta con interrogantes a ofrecer, bajo la idea y el compromiso de crear y co-crear una nueva historia. Es claro que al sentarnos en ambas sillas la visión sistémica te acompaña, no obstante el quehacer social que te señala una institución pesa y como terapeuta lo debes de tener en cuenta.

Analizando el motivo que llevó a las familias o a algún miembro de éstas a solicitar el servicio de Terapia Familiar en sus diferentes escenarios clínicos tenemos que las principales problemáticas ante las cuales nos enfrentamos fueron: deserción escolar, bajo rendimiento escolar y reprobación, rebeldía, depresión, ideas suicidas, violencia intrafamiliar (agresiones verbales, físicas), violación, incesto, infidelidad, enfermedades psicosomáticas y crónico degenerativas, adicciones (al alcohol o a drogas), dificultades de comunicación, conflictos interpersonales, conflicto del adolescente con la familia, problemas de adaptación al ciclo vital, problemas de pareja, divorcio y conductas autodestructivas. Conectando estos tipos de demanda con los escenarios clínicos se subraya cómo el tipo de institución “crea un tipo de sujeto”, un tipo de paciente o “sufriente”. ¿Qué tipo de demandas observaríamos si ese escenario clínico fuese un hospital psiquiátrico, o un asilo de ancianos, un albergue con enfermos de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, una comunidad que inicia su organización, una comunidad de inmigrantes? La pregunta sería, si las instituciones construyen a partir de sus prácticas a los sujetos, ¿qué tipo de prácticas podríamos desarrollar los terapeutas familiares para construir un sujeto diferente y una historia diferente, un terapeuta diferente? O si el sujeto se construye a sí mismo en el marco del contexto con el que se relaciona pero no es construido por otro sino a partir de la relación ¿qué parte tienen los contextos, tanto institucional, como terapéutico?

Ahora bien, teniendo como referencia el contexto psicosocial de las instituciones y las problemáticas sociales abordaré en el siguiente capítulo los fundamentos teórico-metodológicos de diversos modelos de intervención en terapia familiar sistémica y las orientaciones posmodernas.

II. ANÁLISIS TEÓRICO DE LOS FUNDAMENTOS DE LOS MODELOS ESTRUCTURAL, ESTRATÉGICO, DE TERAPIA BREVE, MILÁN Y DE LAS PERSPECTIVAS POSMODERNAS.

El análisis de los fundamentos teórico y metodológicos de los Modelos de Terapia Familiar Sistémica, en particular del Estructural, Estratégico, de Terapia Breve Centrado en Soluciones, Terapia Breve Centrado en el Problema y de Milán, así como de las perspectivas Posmodernas que incluyen los de la Narrativa y las Terapias Colaborativas, será presentado haciendo la diferenciación entre los modelos de Terapia Familiar Sistémica por un lado y los derivados de la perspectiva posmoderna por otro.

Esta presentación estará trazada en tres momentos. En el primer momento se desarrollarán los fundamentos de la modernidad y la vinculación con los modelos de Terapia Familiar Sistémica. En el segundo momento y a través de categorías de análisis tales como las principales proposiciones del paradigma de terapia familiar, su modelo de pensamiento y su objeto de estudio, se analizarán los posibles puntos convergentes y divergentes entre los modelos de Terapia Familiar Sistémica referidos anteriormente. Y, en el tercero, se hablará de cómo los modelos de la narrativa y del lenguaje colaborativo constituyen una alternativa terapéutica ante las interrogantes mostradas por el hombre posmoderno.

1. Fundamentos de la Modernidad; Vinculación con los Modelos de Terapia Familiar Sistémica.

Para Friedman (2001) la modernidad se refiere al desarrollo de la sociedad occidental que tuvo sus comienzos a principios del siglo XVI, se consolidó en el siglo XVIII, dominó el siglo XIX y se agotó en el XX. Se caracterizó por un proceso acelerado de liberación del individuo de las restricciones tradicionales a la elección personal: la religión establecida, la clase social inamovible, el alto riesgo de una enfermedad mortal, la movilidad geográfica restringida y oportunidades económicas limitadas. La población en general estaba mucho más impresionada por la capacidad aparentemente ilimitada de la ciencia y la tecnología

para hacer posible que la vida cotidiana fuera cada vez más confortable, cómoda y a salvo de enfermedades y muerte prematura. Los brillantes logros de la tecnología hicieron factible satisfacer anhelos personales para que las personas dieran por sentado que el sentido de la vida era la satisfacción del deseo; el desarrollo de la psicología fue entendido como la internalización de los grandes relatos, las teorías terapéuticas contienen supuestos explícitos concernientes a: 1) la causa subyacente, la base de la patología; 2) la localización de esta causa dentro de los clientes o de sus relaciones; 3) los medios de los que es posible valerse para diagnosticar tales problemas; y 4) los medios para eliminar la patología.

En la modernidad se dio la producción de teorías que facilitaron la interpretación de las expresiones de las personas, la construcción de sistemas de análisis y sistemas de clasificación fundamentadas en esas teorías, el desarrollo de técnicas profesionales de "cura" y relaciones de poder de un conocimiento de experto (Gergen y Mc Namee, 1996).

Contemplando el plano cronológico de la emergencia de los modelos Estructural, Estratégico, Breve Centrado en el Problema, Breve Centrado en Soluciones y Milán podríamos considerar las fuerzas atrayentes en la transición y forma de conceptualizar la terapia. Por ejemplo, el enfoque de terapia Estructural de la familia que fue desarrollado por Salvador Minuchin y sus colaboradores Jay Haley, Braulio Montalvo y Harry Aponte (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman 1984) en la segunda mitad del siglo XX, pasa de una explicación psiquiátrica tradicional que considera al síntoma como algo inherente al hombre, a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal y contextual. En el Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema desarrollado en 1966 por John Weakland, Richard Fisch, y Paul Watzlawick (Fish, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick y Nardone 2000) el tratamiento centrado en los problemas busca aliviar sólo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia, considerando que los problemas son de naturaleza interaccional y se los ve como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos. El grupo de Milán conformado por los psiquiatras Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y G. Prata (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988) realizaban, en 1967, sus intervenciones con niños perturbados en conjunto con sus familias desde una orientación psicoanalítica, en 1971 sus investigaciones con familias de transacción esquizofrénica se caracterizaban por una

metodología terapéutica con una modalidad comunicacional; en 1980 Boscolo y Cecchin se separan para formar un instituto de entrenamiento adoptando una filosofía integradora prominentemente no-adversarial y no-culpabilizadora; mientras que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación continuando con la perspectiva estratégica y desarrollando una teoría de “juegos psicóticos” (Hoffman, 1989). El Modelo Estratégico que aparece en 1980 fue fundado por Jay Haley y Cloé Madanes (Haley, 1973, 1976; Madanes, 1982), parte ya de una concepción organizacional y de un problema estructural. En el Modelo de Terapia Breve focalizado en la Solución fundado por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, William O’hanlon, Weiner-Davis y Matthew Selekman (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; De Shazer, 1999), la terapia implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o acción, que lleve a la solución. Podemos observar cómo en la emergencia de estos dos últimos modelos la búsqueda de la causa subyacente queda superada.

2. Elementos que Comparten los Modelos de Terapia Familiar Sistémica:

Los modelos de Terapia Familiar Sistémica: Estructural, Estratégico, Breve Centrado en Soluciones, Breve Centrado en el Problema, y Milán parten de una nueva epistemología dejando atrás el interés exclusivo por el carácter individual para pasar a un enfoque del contexto de interacción, donde en un circuito sistémico cada elemento está inserto e interactúa con su totalidad.

Principales proposiciones del paradigma de terapia familiar: nueva epistemología.

- a) La interacción entre los miembros de un sistema social se considera como determinante para la formación de un comportamiento actual.
- b) Una modificación del comportamiento de cualquier miembro de ese sistema conduce a una modificación consiguiente del comportamiento de los demás miembros del sistema.
- c) Aplicando la interacción sistémica, debería ser posible influir en el comportamiento de cualquier miembro de un sistema dado si se incluye, de forma apropiada, en el comportamiento de otro miembro.

- d) Es una buena norma favorecer un encuentro general con todos los miembros en un abanico de circunstancias, no obstante, aún cuando un comportamiento problemático esté considerado fundamentalmente como una respuesta a otro comportamiento en el contexto de la familia, esto no implica que toda la familia debe acudir necesariamente a la terapia y que se deba investigar o influir en todo el contexto de la interacción; más bien se busca cuál es el comportamiento más significativo en la persistencia del problema o síntoma.
- e) La concepción interaccional considera los problemas en la forma en que son presentados, bajo la fundamentación de que la interacción entre el paciente identificado y los demás miembros implicados es el factor principal de la formación y del mantenimiento del problema o síntoma, así como para el cambio o solución del mismo.
- f) Esta concepción interaccional sostiene que las situaciones presentes, por difíciles y estresantes que sean, cambian a través de los comportamientos individuales de los miembros y de cualquier sistema. La persistencia de un problema o síntoma, y no su origen, es el punto crucial para la terapia.
- g) En ésta se focalizan los elementos que pueden producir un cambio (modificar el comportamiento de las partes más directamente implicadas en el proceso, cambio en las interpretaciones de los acontecimientos pasados y presentes) y se considera a los que están implicados como actores responsables (Watzlawick y Nardone, 2000).

La concepción interaccional fundamenta a estos modelos de terapia familiar ya que consideran una causalidad circular y no lineal.

Una concepción sistémica, organizacional.

El modelo sistémico propuesto por Ludwing Von Bertalanffy caracterizado por la idea de que la evolución de un sistema, de un conjunto de elementos, no puede darse de modo lineal; sino que procede por crisis predecibles ya que basta con que un elemento cambie para provocar la crisis de todo el sistema; siendo impredecibles sus efectos. En este modelo cada elemento es a la vez causa y efecto, no hay causalidad ligada a los elementos, la

causalidad misma está en el circuito, ningún elemento contiene información sobre la totalidad de la interacción.

Los terapeutas con una visión sistémica crean una forma de ver la realidad que deviene de ésta; su observación se centra en las interacciones interpersonales y en sus comunicaciones redundantes.

Una concepción de pensamiento no predictivo que utilizan los terapeutas para crear una realidad.

Durante el proceso de intervención clínica, los terapeutas buscan un cambio que permita al sistema producir una solución; pero la solución no está contenida de antemano en el proyecto terapéutico.

“Los humanos como seres vivos están en continua interacción con su entorno, de forma tal que ambos funcionan y cambian juntos” (Keeney, 1994).

Su objeto de estudio: la comunicación interpersonal y contextual.

El objeto de estudio de los Modelos: Estructural, Breve Centrado en el Problema, Estratégico, de Terapia Breve Centrado en Soluciones y de Milán es la comunicación interpersonal y contextual, sólo que cada uno de ellos se ha interesado por una peculiaridad de ésta.

El Modelo Estructural traza el mapa de la familia (con metáforas espaciales como fronteras, territorio, estructura, etc.) para observar la organización de ésta y con ello otorgar al terapeuta las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas de las relaciones familiares; lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal y contextual (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman 1984).

En cambio el Modelo de Terapia Breve aún cuando se centra en los problemas pone acento en el contenido y el contexto de la comunicación observándose elementos que no habían sido contemplados; su hipótesis se basa en los modelos de la Cibernética y la Pragmática de

la Comunicación Humana, considerando a la familia como un sistema auto correctivo, auto gobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores (Fish, Weakland y Segal, 1982).

El Modelo Estratégico que parte de una concepción organizacional y de un problema estructural, busca observar si existe un dilema en la comunicación apuntando a observar si existen jerarquías duales incongruentes y niveles duales de mensajes incongruentes (Haley, 1973, 1976; Madanes, 1982).

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones considerara que la mayor parte de los trastornos se desarrollan y mantienen en el contexto de la interacción humana, llevando las personas consigo características, recursos, límites, creencias, valores, experiencias y a veces dificultades que son únicos, y aprenden y desarrollan diferentes formas de interactuar (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; De Shazer, 1999).

En el Modelo de Milán la atención se centra en el "juego familiar" donde cada persona trata de obtener un control de las reglas de la familia, mientras niega que lo está haciendo. A menos que todos se pongan de acuerdo o bien convengan en las reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie, ni tendrá fin. En ese eterno juego acerca del juego o el meta juego, sigue adelante y como tales juegos no son manifiestos, sólo se pueden inferir a través de las comunicaciones que se efectúan en la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

3. Algunas Distinciones Entre los Modelos:

El Modelo Estratégico y Estructural se distinguen de otros modelos por su interés en la estructura.

La estructura está conformada por las pautas de interacción que una familia porta a través del tiempo. Von Bertalanffy (1968) ha señalado que las estructuras son procesos lentos de larga duración. El término estructura denota pautas de interacción relativamente duraderas que concurren a ordenar u organizar subunidades componentes de una familia, en

relaciones más o menos constantes. Estas alianzas y coaliciones pautadas entre miembros de la familia son las estructuras que regulan su cotidiano flujo de información y de energía. En este sentido una estructura no es el contenedor estático de un intercambio interpersonal, sino una metáfora de intercambios de conducta que ocurren con regularidad.

Interacción de los Modelos:

La Terapia Estructural de familia encara el proceso del “feedback” entre las circunstancias y las personas implicadas. Los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y la forma en que los “feedback” en relación con estos cambios afectan su acción posterior. La terapia de familia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema y el Modelo Breve Centrado en Soluciones. Interesados en la interacción entre los miembros de la familia y su actitud frente al problema. A diferencia de los modelos Estructural y Estratégico, para los Modelos de Terapia Breve uno centrado en el problema y el otro en las soluciones, la estructura familiar patológica o no funcional ha cobrado poco interés, ya que para ellos la interacción que existe entre los miembros de una familia y la actitud que toman frente al problema es el foco de su atención.

El Modelo Estructural, Breve Centrado en el Problema, Breve Centrado en Soluciones, Estratégico y de Milán subrayan la expresión del síntoma.

Para el Modelo Estructural hay una relación entre un tipo de estructura y el mantenimiento del síntoma.. La suposición es que el síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional y que si la organización familiar se vuelve “normal” el síntoma automáticamente desaparecerá.

En el Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema el síntoma está siendo mantenido por el comportamiento mismo que trata de suprimirlo; por la solución; mientras que en el Modelo Centrado en Soluciones no se acepta la creencia de que en los individuos,

relaciones o familias, los síntomas (o “quejas”) cumplen determinadas funciones, simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y por qué se mantienen de esa forma.

En el Estratégico el síntoma se presenta en una organización anormal (Haley 1973, 1976); es decir, en la secuencia de comportamiento que circula en torno de un problema y no sólo en el problema mismo. Para ello se rastrean las secuencias organizacionales al evaluar el problema para pasar por etapas en el proceso de cambiarlo (de un tipo de organización poco funcional a otro), antes de lograr una organización funcional. Para entonces puede suponerse que el síntoma ya no es necesario.

Para el grupo de Milán, en el juego familiar la manifestación del síntoma del paciente identificado se presenta a la vez de los comportamientos sintomáticos de los demás, considerando que el síntoma está cumpliendo una función. Aquí el empleo de la connotación positiva se plantea diciendo que todos los comportamientos observados del grupo en general parecen apuntar a mantener la cohesión de la familia.

4. Propósitos de los Modelos de Terapia Familiar Sistémica

El Modelo Estructural busca modificar la organización de la familia, ya que considera que al modificarse la estructura del grupo familiar se modifican las posiciones de los miembros y con ello las experiencias de cada individuo.

En el Estratégico se busca sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional, estableciendo directivas con el fin de: a) modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta y b) reunir información observando cómo responde cada cual a las instrucciones.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema se enfoca en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, buscando convertir la dificultad en problema, ya que la dificultad representa un manejo equivocado en las situaciones de la vida cotidiana. Las dificultades mal manejadas

representan un intento de solución, es decir; el intento de solución es lo que mantiene al problema.

En el Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones el equipo dejó de focalizar el problema para dedicarse a identificar lo que sí funcionaba, a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución. El objetivo es centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e inevitable, trazando objetivos bien definidos, alcanzables en un período de tiempo razonable ya que parten de que la manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico.

En el Modelo de Milán se busca establecer cuál es el juego de la familia con el terapeuta, aprobarlo y fomentarlo, pidiendo al miembro sintomático que continúe con el problema; es decir, se prescribe el síntoma (comportamiento problema o juego de comportamientos) y la configuración general de las relaciones que rodean el problema a través de la connotación positiva, señalando las consecuencias de que los casos continúen de ese modo.

5. Metodología del Trabajo Terapéutico

En los Modelos de Terapia Familiar Sistémica: Estructural, Estratégico, Breve Centrado en el Problema y Centrado en Soluciones y de Milán podemos observar cómo:

a) la conversación familiar en común como centro de la terapia familiar, b) las terapias individuales encuentran su lugar en este paradigma relacional; las intervenciones pueden comenzar con toda la familia, con uno de sus subsistemas o con un miembro de la familia, c) se utilizan los recursos de las personas, clientes, pacientes o consultantes, movilizándolo los recursos familiares en un hermano que parece no participar, de un niño pequeño, del propio miembro sintomático o paciente identificado, de una abuela, d) la estructura organizativa implicando: la entrevista telefónica como elemento inicial y preparatorio para la terapia, sesiones terapéuticas con una duración de una hora aproximadamente, e) el trabajo del terapeuta mantiene un carácter directivo en cuanto a que diseña y planea las sesiones siguientes en consideración a la línea de trabajo trazado hacia el cambio.

“En la actualidad se ha llegado a reconocer que la terapia familiar siempre incluye intervenciones estructurales, empezando por la decisión sobre quién debe estar presente” (Wynne, 1988; p. 265).

6. Los Modelos de la Narrativa y del Lenguaje Colaborativo.

Como señalé en un principio de este análisis, las Terapias Narrativa y Colaborativa se derivaron del desarrollo de la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación, la Cibernética de Segundo Orden, de las Propuestas Sistémicas, del Constructivismo Social y del Construccinismo Social.

Para los **Modelos de la Narrativa y del Lenguaje Colaborativo** los elementos que sustentan la Perspectiva Construccinista; son fundamentales ya que a) pone mayor énfasis en la interpretación social y en la influencia intersubjetiva del lenguaje, de la familia, de la cultura, b) concibe que las ideas, conceptos y recuerdos surgen de un intercambio social y están mediados por el lenguaje, c) todo el conocimiento evoluciona en un espacio entre personas, en el marco de un "mundo común", sólo a través de la conversación con otros, el individuo desarrolla un sentido de identidad o una voz interna, d) plantea que nuestras creencias sobre el mundo son invenciones sociales, e) mientras nos movemos en el mundo construimos ideas acerca de éste a través de la conversación con otras personas, se presenta una constante generación de significados en el diálogo, f) las relaciones de sometimiento y dominación están inmersas en el discurso social, g) se cuestiona la forma como los científicos sociales y los terapeutas han usado discursos que mantienen la relación de poder, h) su propuesta ética deriva en modificar la idea de observador trascendental u objetivo por la de colaboración en la que nadie tiene la última palabra, un valor central del pensamiento social es la ética de la co-participación más que la búsqueda de una verdad o causa, no existe un discurso "ideal"; nuestra tarea debe ser tener una postura crítica para estar alerta de las relaciones de poder que subyacen las premisas de cualquier discurso social, reflejar la postura crítica en la teoría y en la práctica y se debe prevenir que haya "profesionales disfrazados de expertos" que toman decisiones por sus clientes.

Los Sistemas de Lenguaje Colaborativo fueron desarrollados por Harlene Anderson, Harry Goolishian, Tom Andersen, William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten (Anderson y Goolishian, 1988; Hoffman, 1990, 1991).

En los sistemas de lenguaje colaborativo se establece que a) los problemas son mantenidos o disueltos sobre la base de conversaciones internas y externas, b) las personas que tienen un problema intentan discutirlo con otros y conocer la manera en que los otros lo han manejado, sus opiniones sobre el problema y sobre lo que la persona debería hacer, c) las conversaciones internas relatan lo que esos otros han sugerido así como las propias nociones previas, el problema se desarrolla cuando esas conversaciones se vuelven rígidas o estereotipadas, con lo cual se evita que emerjan nuevas ideas o soluciones creativas, d) la visión humana es una colección de textos e historias, la hermenéutica sugiere que cualquier expresión o elocución es siempre parcial, incompleta y limitada contextualmente.

Desde esta aproximación la reflexión es un proceso influido mutuamente entre el consultante y el consultado en oposición a la propuesta de una relación jerárquica y unidireccional. Aplicar reflexividad a las relaciones indica igualdad en la participación aún cuando las partes tengan diferentes posiciones o características.

Parte de una posición de "no experto", es decir parte desde una postura de "no - saber". Esta postura se opone a la idea de que se tienen que descubrir "esencias" en la persona o en sus experiencias y ofrecerlas a los clientes, ya que el terapeuta "sabe" cuáles son esas esencias.

El terapeuta posmoderno no cree en esencias. El conocimiento es construido socialmente y cambia y se renueva en cada interacción. No hay historias o explicaciones predominantes. El terapeuta espera que emerja una narrativa más útil durante la conversación. Esta narrativa es espontánea, no planeada.

Licea, Padquentín y Selicoff (2002) señalan que para Anderson invitar a formar una comunidad de aprendizaje colaborativo significa:

“Crear y facilitar un ambiente y un proceso de aprendizaje donde los participantes puedan desarrollar sus propias habilidades y capacidades para que ‘cada persona genere sus propias semillas de novedad y cultive en su vida personal y profesional, fuera del contexto organizado de aprendizaje, invitar a cada participante a que tome la responsabilidad de ser el arquitecto de su propia enseñanza que cada participante tenga una voz,

contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente" (pp. 5 y 6).

La externalización deconstructiva cuyos representantes son Michael White, David Epston, Karl Tomm, Vickie Dickerson, Jeff Zimmerman, Jill Freedman, Gene Combs (White y Epston, 1993; White, 2002a, 2002b) plantea que hemos internalizado ideas implícitas de la cultura dominante que prescriben formas de conducta sobre nuestras interacciones con los miembros de la familia y otros contactos sociales.

Establece que las ideas populares y científicas tradicionales occidentales promueven la clasificación y objetivación de las personas, lo cual nos somete a estándares tiranos. Dando a los individuos una identidad personal donde se convierten en el "problema", más allá de las conductas específicas, las conversaciones o los patrones recíprocos que invitan al conflicto. Por tanto utilizan la conversación externalizante.

La externalización del problema ayuda a las personas a identificar y separarse de los discursos "verdaderos" que las oprimen. Estas externalizaciones no se prescriben o imponen sino que surgen del propio lenguaje del cliente. Este procedimiento propicia que las personas se aparten de "la historia dominante" y empiecen a generar "historias alternativas exentas del problema", espacios donde el problema es menos intenso o los clientes se experimenten de diferente manera. A estos momentos se les conoce como "sucesos extraordinarios" que dan pie a una nueva narrativa. Es el cliente quien determina las narraciones alternativas que se co-construyen.

Las conversaciones deconstructivas tienen el efecto de separar aún más a las personas de los problemas, al separar a las personas y parejas de las ideas dominantes, se abren posibilidades y se generan nuevas narrativas preferidas y alternativas. Se asiste a las personas a romper con las ideas que soportan los problemas, por lo que se modifica la relación de las personas con estos.

Las conversaciones deconstructivas ayudan a las personas a "desarmar o desempacar" las historias dominantes y verlas desde otra perspectiva; empleando documentos terapéuticos que se redactan cuando las personas hacen compromisos importantes o cuando celebran logros difíciles.

La información que contienen estos documentos debe ser importante para las personas. Pueden ser escritos para una gran audiencia y pueden ser escritos para leerse en privado. Los documentos pueden ser cartas, declaraciones, certificados y diplomas, manuales, notas de la sesión, videos y audios, listas, pinturas; así como expandir la conversación a través de: ligas, redes, comités y grupos; de ceremonia definicional empleando grupos de testigos externos (White, 1994, White y Epston 1993).

La creación de este arte de la terapia y su evolución ha llevado a los terapeutas familiares con una visión sistémica a replantearse la forma de ver a ésta. El siguiente capítulo que parte de la experiencia de formación como terapeuta familiar con una visión sistémica y posmoderna, puede ser un ejemplo de este proceso.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

1. Análisis y Discusión Teórico-Metodológico de la Intervención Clínica con Familias.

Durante el proceso de intervención con familias en la Residencia en Terapia Familiar, tuve la oportunidad de trabajar como terapeuta principal con seis familias, como miembro del equipo terapéutico con 30 familias aproximadamente y con ocho familias en la intervención en red. De ellas elegí a cuatro familias para el análisis y discusión de la intervención clínica, dada la característica común de la pérdida ambigua (Boss, 2001).

A continuación describiré las características generales y el análisis teórico metodológico de las cuatro familias elegidas atendiendo la conformación de la familia, hipótesis sistémicas, los motivos de consulta, algunos antecedentes del caso, objetivos a corto, mediano y largo plazo, los modelos de intervención empleados, las fases del tratamiento (concluido, inconcluso, número de sesiones), su evaluación y algunos otros temas asociados implicados en el proceso, para posteriormente entrelazar los fundamentos conceptuales alrededor de la pérdida ambigua y los elementos teórico-metodológicos de las perspectivas de la Terapia Familiar Sistémica y Posmodernas con los elementos presentes durante el proceso terapéutico.**

Casos clínicos

Caso 1

La familia Armenta está constituida por el señor Samuel (el papá) de 44 años de edad, con estudios de licenciatura y dedicado al comercio; la señora Angélica (la mamá) de 40 años de edad, con estudios de licenciatura (no concluida) y dedicada al hogar; y dos hijas casadas, Rebeca de 21 años de edad dedicada al comercio y al hogar y Victoria de 19 años de edad, estudiante de preparatoria y dedicada al hogar; cada una de ellas tiene un hijo

* Los datos generales de las familias como su nombre, edad, profesión y ocupación son seudónimos para la protección de su anonimato.

** Este apartado se desarrollará temáticamente en el examen de competencias y habilidades profesionales para obtener el grado de Maestría en Psicología.

menor de edad, Samuel de 5 años de edad y Hugo de 3 años de edad respectivamente. Asisten a terapia la mamá, las dos hijas y el nieto menor (Hugo), éste último padeciendo una enfermedad crónica degenerativa.

Atendiendo a la constitución de la familia Armenta su ciclo vital se ubicaría en el período de nido vacío, no obstante su organización era diferente, ambas hijas se mantenían bajo el control y toma de decisiones de su mamá, una viviendo en la casa de la madre y otra aún viviendo en su casa con su marido e hijo permanecía el mayor tiempo en casa de la madre recibiendo el apoyo económico, emocional, de cuidado y atención a la enfermedad de su hijo. Esta familia parecía atender a las características de una familia aglutinada en donde los miembros están sobreinvolucrados y cada uno manifiesta tendencias intrusitas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros (Onnis, 1990).

El motivo de consulta referido es la depresión de la señora Armenta; este diagnóstico fue dado por el médico familiar. Fueron varios los sucesos que reportó la señora Armenta como motivo de angustia; entre ellos subrayó ver la preocupación de su familia ante la enfermedad de su nieto Hugo, ver a su nieto enfermo, observar el silencio de su hija Rebeca, y saberse sola para enfrentar estos sucesos ya que su esposo trabaja en otro estado de la República. Algunos de los antecedentes familiares que podemos señalar son que la señora Armenta fue abandonada por su madre y fue criada por una tía; ambas madre y tía padecieron una enfermedad crónica degenerativa por lo que la señora Angélica tuvo una historia de enfrentar los padecimientos de sus familiares cuando ésta era pequeña. A decir de la señora Angélica soltar o dejar ir a sus hijas o a sus nietos significaría vivir nuevamente una pérdida que no quería sufrir.

Se trabajó con la hipótesis sistémica de que al parecer los límites generacionales e individuales débiles de la familia Armenta estaban propiciando confusión en sus roles y funciones. Pensábamos que la expresión del nieto Samuel de 5 años de edad de no saber cómo referirse inicialmente a su abuela, abuelo, mamá y a su tía y posteriormente a la nueva pareja de su mamá era una expresión de ello. Considerábamos que circularmente la depresión de la señora Angélica estaba teniendo una función protectora con respecto a la familia, señalábamos por ejemplo que la depresión de la consultante ofrecía a la familia la

oportunidad de desviar su atención y preocupación ante las crisis de enfermedad del pequeño Hugo y probablemente ésta depresión hacía que ambas hijas se mantuvieran en la familia de origen no dejandola vacía.

Los objetivos terapéuticos a corto plazo fueron: propiciar el desarrollo de la autonomía e interdependencia en la familia, estableciendo límites claros y una jerarquía funcional, enfocarlos al empleo y generación de habilidades que permitieran manejar de manera autónoma y con control los estados depresivos. A mediano plazo: negociar la compatibilidad entre los planes vitales de los miembros de la familia y el cuidado a la enfermedad, vinculando a la familia con sistemas de apoyo social. A largo plazo: fortalecer la autonomía de los integrantes para poder afrontar las condiciones de enfermedad crónica degenerativa que se presenta en el sistema.

El proceso terapéutico consistió de 10 sesiones de trabajo desarrollado en un intervalo de ocho meses; las primeras cinco sesiones se llevaron a cabo en intervalos de 15 días entre sesiones, las otras cinco sesiones en intervalos de un mes. Durante las primeras cinco sesiones asistieron la señora Angélica, la señora Rebeca y la señora Victoria con su hijo Hugo, las tres sesiones siguientes la señora Angélica con su nieto Hugo y las últimas dos sesiones la señora Angélica sola. El proceso terapéutico fue concluido atendiendo a las demandas de la consultante,, así como al plan de tratamiento desarrollado por el equipo terapéutico. Empleando una pregunta de escala (donde 0 es mínimo y 10 es máximo) la señora Angélica refirió irse con un ocho en el manejo de sus estados de tristeza y preocupación, argumentando que el dos correspondía a lo que le falta (por venir) por trabajar.

En este caso se estuvo trabajando la estructura y organización familiar como base para el manejo de estados depresivos , ya que se tuvo la hipótesis de que los límites difusos de este sistema familiar estaban ligados con la depresión. El modelo de Terapia Familiar Sistémica que sustentó las intervenciones terapéuticas fue el Modelo Estructural y el Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema poniendo foco e intensidad en aquellas interacciones de la familia que favorecieran la manifestación y desarrollo de la autonomía individual, el fortalecimiento de los diferentes subsistemas rastreando cambios,

marcándolos y ampliándolos. Como una modalidad terapéutica se empleó el grupo reflexivo una vez que el sistema instaló los límites y fronteras entre subsistemas, esto para fortalecer la autonomía y el manejo que la señora Angélica estuvo mostrando a partir de la sesión siete.

Desde la visión sistémica podemos señalar en este caso se encontraban permeadas la falta de diferenciación entre subsistemas y la interdependencia, también podríamos haber generado como otra línea de intervención la historia de la familia de origen para conectar los abandonos y pérdidas que en el sistema parental se pudo haber visto trazado y que los pudo haber llevado a una organización familiar en la que el papá funciona como abastecedor, aún cuando esto signifique estar separado de la familia y por otra parte la mamá se queda a cargo del cuidado de los hijos. Esta línea se conecta directamente con la idea que se tiene de género acerca de los roles tradicionales para el hombre y la mujer. Otra mirada en la intervención se podría dirigir hacia las manifestaciones psicósomáticas, ya que más de un miembro de esta familia las presentaban.

Caso 2

La familia Cordero conformada por el señor Marcial de 53 años de edad, con carrera técnica y dedicado al comercio; la señora Flor de 50 años de edad con carrera técnica y dedicada al hogar y una hija llamada Luz de 10 años de edad, estudiante de la primaria acudieron a terapia con el propósito de que un profesional experto abriera un secreto familiar. A través del desarrollo de dos sesiones terapéuticas este propósito fue reformulado y la pareja pudo decirle a Luz que ellos la habían adoptado. No obstante, se presentaba un motivo de consulta importante que era apoyar a Luz ante un proceso legal donde se venía peleando su Patria Potestad y con ello las figuras que le acompañarían en un futuro inmediato. Dado el momento de vida que atravesaba la familia observamos en la pareja de esposos un gran enojo hacia la posibilidad de perder a su hija. Se puso atención en la expresión de las emociones tanto de la niña como de los padres. Para la tercera sesión solamente se presentó la pareja de esposos ya que Luz tuvo que ser entregada a su madre biológica, hecho por el cual el motivo de consulta fue reelaborado hacia el manejo del duelo que la pareja estaba sufriendo. Alrededor del ciclo de vida familiar se plantea que

para cada uno de los momentos o períodos por los cuales atraviesa ésta se dan una serie de procesos y relaciones que van conformando al sistema familiar a adaptarse y desarrollarse siguiendo las características específicas del momento, por ejemplo, ante el nacimiento del primer hijo la pareja se adecua dejando de hacer algunas actividades que solían hacer antes, implementando nuevas, aprendiendo otras, etc., todo esto les permite adaptarse e irse preparando juntos para el siguiente momento de vida familiar. Para la familia Cordero la forma en que los separaron de su hija no les permitió realizar esta preparación. Parece que para el matrimonio la incertidumbre, el no saber qué iba a pasar con su hija los llevó a acelerar un proceso de enfermedad. Desde el terreno de lo relacional, pudimos observar que en el cuerpo de la señora Flor se estaban expresando las tensiones, que tal incertidumbre ganaba más lugar cada día. Fue evidente que al desaparecer la incertidumbre en cuanto a que se definió la situación específica de que la niña fue entregada a su madre biológica, tal tensión disminuyó, no obstante una nueva incertidumbre se presentaba al no saber cuando podría ver nuevamente a su hija, parecía que la tensión cobraría fuerza expresando en la enfermedad y en la relación de pareja.

Algunos de los antecedentes familiares que podemos señalar son que el matrimonio Cordero no tuvo hijos y criaron a Luz durante sus primeros nueve años de vida. La señora Cordero padece de una enfermedad crónica degenerativa desde hace ya 12 años.

Como objetivos terapéuticos se plantearon: A corto plazo: rastrear e intervenir en las áreas de los sentimientos, los pensamientos, lo relacional y el lenguaje corporal (dada la enfermedad crónica degenerativa expresada) ante el posible impacto que la pareja pudiera tener por la separación de su hija. A mediano plazo: Fortalecer el sistema parental enfocándolo en su momento de nido vacío. A largo plazo: Fortalecer la relación de pareja ante la nueva condición y momento de vida, propiciar el desarrollo de actividades que fomentaran la salud y que funcionaran como protectores, ampliando redes sociales de apoyo, reconociendo y utilizando sus recursos y fortalezas personales para ellos mismos y para el otro.

Se llevaron a cabo nueve sesiones terapéuticas, las seis primeras con un intervalo entre sesión de 15 días y las tres últimas con un intervalo de un mes. El proceso terapéutico fue culminado atendiendo a la demanda del matrimonio y al plan de trabajo del equipo

terapéutico. Empleando una pregunta de escala en donde 0 es mínimo y 10 es máximo para el matrimonio Cordero su estado de bienestar se encontraba entre ocho y nueve dada la inquietud que tenían por saber que ellos se habían podido explayar pero se mantenía la interrogante de ¿y nuestra hija? ¿Cómo está pasando por todo esto?.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema sustentó a este proceso terapéutico. Se planteó el empleo del equipo reflexivo ya que se consideró que para este matrimonio la presencia de construcciones familiares devenientes de lo que significa ser padres estuvo presentándose como un obstáculo para que la pareja se abriera a la posibilidad de emplear ese espacio terapéutico como suyo para poder exponer y abrirse al dolor que estaban padeciendo, parecería que su premisa era “yo no puedo estar bien mientras no sé si mi hija está bien”.

Caso 3.

La familia Linares compuesta por el señor Feliciano (papá) de 40 años de edad, con estudios de preparatoria terminada y ocupándose como empleado de gobierno; la señora Fabiola (mamá) de 38 años de edad, con licenciatura terminada y dedicada al hogar y dos hijos adolescentes, Altagracia de 15 años de edad y Jesús de 14 años de edad, ambos estudiantes de secundaria asistieron a terapia señalando como motivo de consulta la falta de comunicación en la familia. La señora Fabiola presentó como paciente identificado a Jesús señalando que tiene problemas de disciplina tanto en el ámbito familiar como en el escolar. Durante las dos primeras sesiones terapéuticas asistieron los cuatro integrantes de esta familia, no obstante para la tercera sesión sólo se presentó la señora Fabiola y sus dos hijos, indicando que su esposo se fue de la casa dado el interés que tenía hacia otra persona. Durante este proceso terapéutico en el cual la señora Fabiola se ve afectada por la infidelidad de su esposo se ven confundidas las relaciones que establece como madre y como esposa, recargándose en su hija adolescente Altagracia, ya que ésta venía llevando el rol parental dentro de la familia y su hijo Jesús al parecer había estado manteniendo el sistema a través de comportarse como el que requiere ser observado para en un inicio mantener ocupados y unidos a sus padres y posteriormente distraer a las dos mujeres que están a su alrededor ante la pérdida del padre.

Como objetivos terapéuticos se plantearon: A corto plazo: Rastrear e intervenir en las relaciones y emociones que se estaban generando en la familia a partir de la separación de los padres; buscando la diferenciación de los subsistemas. A mediano plazo: que la señora Fabiola lograra diferenciar su papel de madre separando de ese vínculo su afectación como esposa – mujer. A largo plazo: Que el sistema familiar se desempeñara de manera funcional al ubicarse cada uno de sus miembros en el subsistema que le corresponde, desarrollando y ampliando sus redes de apoyo.

Se llevaron a cabo nueve sesiones terapéuticas, en las primeras dos asistió la familia completa, en la sesión tres y cuatro asiste la señora Fabiola y sus dos hijos y en las cinco sesiones restantes asiste la señora Fabiola sola con el propósito terapéutico de que la consultante contacte con sus emociones y dada la claridad y manejo de los hijos con relación al afectamiento que como hijos tuvieron ante la separación de sus padres. En esta familia no se concluyó el proceso terapéutico dada la inasistencia de la consultante la cual no pudo ser localizada por teléfono. Durante la novena sesión la señora Fabiola refirió que le parecía que no le estaba sirviendo mucho el proceso y que no deseaba hacernos perder el tiempo, no obstante a ello se comprometió a asistir a la siguiente sesión, situación que no sucedió, y que nos habla del posible dilema presentado para la señora Fabiola entre el cambio y no cambio, vistos los costos y ganancias que este podría tener. Desde nuestra mirada podríamos decir que el contacto que tuvo con sus emociones le permitió ir abriendo y cerrando episodios de su vida que estaban siendo conectados con su experiencia de vida actual, esto probablemente le ofreció posibilidades para construirse una historia diferente de la que hasta el momento se venía planteando.

Estuvieron presentes los Modelos Estructural y de Milán ante las intervenciones de reconocer las premisas que la señora Fabiola tenía construidas, sus creencias, valores, formas de expresar las emociones; a fin de trabajar la individualidad de los integrantes de la familia con la intención de la diferenciación de los subsistemas.

Caso 4.

La familia Cortés conformada por el señor Adolfo de 20 años de edad, dedicado al estudio y a subempleos, la señora Cruz de 19 años de edad, estudiante y dedicada al hogar y un hijo Carlos de 2 años de edad asistieron a terapia señalando como motivo de consulta el tener problemas de pareja, peleas y falta de comunicación. La señora Cruz expresó tener seis meses de embarazo. Como antecedentes generales del caso, podemos indicar que ambos cónyuges se encuentran estudiando una licenciatura y que al verse en la situación de dos embarazos no deseados los llevó a reacomodar sus expectativas y planes de vida y profesionales ya que para ellos culminar su carrera significa un logro importante dada la historia de competitividad en que se han visto rodeados. . Al parecer las premisas y la epistemología familiar han jugado un papel importante en el tipo de relación de escalada simétrica que ha venido definiendo la relación.

En el intervalo entre la primera y segunda sesión el señor Adolfo tuvo una crisis depresiva, se expresó también durante la segunda sesión.

Como objetivos terapéuticos se plantearon: A corto plazo: Conectar las manifestaciones de depresión del señor Adolfo con la dinámica familiar, la familia de origen y su epistemología personal. A mediano plazo: deconstruir las relaciones de competencia, iluminando sus costos en el proyecto de pareja, de familia, profesional y personal. A largo plazo: que la pareja de esposos, de una posición de escalada simétrica, fuera ocupando una relación complementaria flexible que los llevara a un crecimiento personal y autónomo.

El Modelo de Milán y el Modelo Estructural sustentaron este proceso terapéutico ya que al parecer las premisas y la epistemología familiar están jugando un papel importante en el tipo de relación de escalada simétrica que la pareja está desarrollando. Las pautas de relación competencia-enojo-enojo contenido-reclamo-enojo estuvieron presentándose como un círculo que había venido definiendo la relación.

Se llevaron a cabo cuatro sesiones terapéuticas, a la primera sesión se presentó la familia completa y en las tres últimas sólo la pareja. El proceso terapéutico fue interrumpido porque la señora Fabiola tuvo parto prematuro y el señor Adolfo entró a trabajar en un horario que no le permitía seguir asistiendo.

2. Fundamentos Teórico-Metodológicos Alrededor de la Pérdida Ambigua

Para Boss (2001) la familia que existe en el pensamiento de las personas es más importante que la que registra en su libreta el tomador de datos del censo, sobre todo cuando los miembros de una familia cada vez se apartan y se trasladan con más frecuencia a causa de las exigencias del trabajo (como veremos en la familia Armenta), las rupturas familiares (familia Linares), la adopción (familia Cordero), el desempleo (familia Cortés), las guerras o, sencillamente, por elección propia.

Las familias -señala Boss-, constituyen una entidad psicológica tanto como física. Lo que se espera es un cierto grado de congruencia entre la composición física y la psicológica de la familia, puesto que, si los niños y los adultos ignoran a quiénes se perciben como presentes o ausentes en ambos casos, es posible que no logren un desempeño óptimo. Citemos el caso de Samuel (miembro de la familia Armenta), quien después de vivirse como el hijo de su abuela y de su abuelo periférico, y de hermano de su mamá y su tía, se ve forzado a adquirir otra identidad cuando su madre se casa. Ahora las preguntas de Samuel son:

*¿Si Javier va a ser mi papá, entonces que va a ser mi papá (el abuelo)
Mateo? ¿Y mi mamá Angélica?*

La familia es ese grupo íntimo de personas con las que uno puede contar a lo largo del tiempo para obtener consuelo, cuidados, alimentación, apoyo, sustento y proximidad emocional.

"He estado buscándome, no quiero dejar algo que es mío, yo sufrí abandono, yo no quiero que ellos sufran ese abandono, estuve sola y siempre estuve sola, yo necesito que ellos sepan que no están solos, que están apoyados".

Como vemos la familia puede estar constituida por las personas con las que nos criamos "familia de origen" o por las que elegimos en la edad adulta "familia de elección". Esa última puede incluir a los descendientes biológicos y no biológicos, o no incluir descendientes. En vez de eso, uno puede ser el "tío" o la "tía" de los niños de algún pariente

o amigo, o el padrastro o la madrastra del hijo de la pareja. Subrayemos como este concepto de la familia enfatiza el criterio de la presencia psíquica y física más que el de parentesco biológico.

No siempre tenemos totalmente claro quién pertenece a la familia, incluso en nuestra propia familia. La composición de una familia cambia en la mente de sus miembros al tiempo que se modifican las condiciones y se pierden algunos miembros mientras que otros se añaden. Como indicaba la hija mayor de la familia Armenta:

“Durante mi infancia me pasé un fin de semana con mi abuela y otro fin de semana con mi mamá...”

Percibir como presentes a los seres queridos que físicamente se han marchado, o considerarlos ausentes cuando están físicamente presentes, puede hacer que las personas se sientan impotentes y, por eso, más proclives a la depresión, la ansiedad y los conflictos en las relaciones; estos síntomas fueron expresados en las cuatro familias que analizaremos posteriormente.

¿Cómo hace esto posible la pérdida ambigua? Consideremos algunos aspectos:

a) La pérdida es desconcertante, y las personas se quedan desorientadas y paralizadas. No saben cómo tomar la situación. No pueden solucionar el problema porque aún desconocen si la pérdida es definitiva o temporal. Si la incertidumbre continúa, es frecuente que las familias respondan en términos absolutos y actúen como si la persona se hubiera ausentado por completo, o, por el contrario, nieguen que algo haya cambiado. La familia Cordero, por ejemplo, quien después de 9 años de haber estado conformada por tres miembros, mediante una demanda legal de patria potestad es retirado uno de ellos físicamente. Aquí la pareja de esposos se ve ante la incertidumbre por desconocer el paradero de su hija, ya que ésta es retirada de los sistemas socializadores que le eran inmediatos: sus padres de crianza, su escuela, compañeros y profesores, su grupo de actividades recreativas. Para ellos, no saber si su hija se encuentra bien, si entiende que fueron obligados a separarse, si sabe que la siguen amando profundamente, y el pasar de los meses que no se clarifica nada, los ha llevado a experimentar sentimientos de impotencia, de frustración, enojo, tristeza, desilusión, además de conflictos de pareja e incremento de enfermedad. Para la familia

Cordero este suceso de separación contra el cuál venían luchando dos años atrás, aún cuando lo veían venir, les resultó paralizante, muy doloroso y avasallador.

Citemos el caso de la familia Cortés; el desconcierto se presenta a raíz de la incongruencia entre el plan y expectativas de vida trazado frente a las acciones desempeñadas por el señor Cortés. Verse entre dos embarazos no deseados y la exigencia de su medio social y familiar. El señor Adolfo vive el dilema de enfrentar su paternidad dando un espacio en su vida a un nuevo ser o continuar con una condición de hijo de familia con apoyos específicos para culminar con una meta trazada: terminar una carrera. La presencia del constructo familiar “un hijo es un hijo” lo atrapa y lo lleva a desarrollar acciones incongruentes, le atribuye a ese constructo, un sentido de sacrificio, ubica en primer lugar al hijo y posterga su proyecto de vida, se pone piedras en el camino y no encuentra trabajo reprobando los exámenes psicológicos para ingresar a ellos, continua como estudiante pero no entra a todas sus clases ni entrega todos sus trabajos escolares. Su intención no corresponde con su acción. Se da cuenta que cualquiera de las dos decisiones conllevan a una pérdida.

Se ve imposibilitado de decidir entre ambos caminos. La ambigüedad se expresa en este terreno. Transita entre el enojo y la negligencia por vivir la situación como un sacrificio y por otra parte llega con facilidad a la culpa y el aislamiento, porque su pérdida no es imaginaria, la concreta día a día estropeando su proyecto de vida profesional y surcando un abismo que lo aleja poco a poco de su pareja y su familia en general. Esta incongruencia lo implica en su sentir, hacer y pensar.

“Yo he pensado y me han inculcado que un hijo es todo en la vida y había que ser responsable”.

b) La pérdida crea incertidumbre y sacrificio, impide que las personas se adapten a la ambigüedad de su pérdida reorganizando los papeles y las normas de su relación con los seres queridos, por lo que las relaciones de pareja o familia se congelan en esa situación. Consideremos el caso de la familia Cortés donde el señor Adolfo señala:

“Siempre estoy peleando con mi mamá, me salgo de mi casa y en cinco minutos ya estoy bien, tengo coraje con mis papás... ellos siempre me

están señalando porque no estoy en un trabajo firme, siento rechazo de la familia, ellos me presionan y me señalan que me hace falta hacer cosas... no me bajan de que soy un tonto... en ese momento son palabras fuertes, si estoy alegre me hacen sentir pisoteado, triste”.

Si todavía no han olvidado a la persona que ha desaparecido física o psicológicamente, se aferran a la esperanza de que las cosas vuelvan a ser como eran. Citemos el caso de la familia Linares quienes después de vivir 23 años de matrimonio decidieron separarse por la infidelidad del esposo. Separación que si bien dolorosa para los dos hijos adolescentes, fue superable ante el reconocimiento y claridad de que su padre se estaba separando físicamente de ellos por motivos específicos de sus padres y que esto los seguía manteniendo con el vínculo paterno. No así para la esposa, quien se vio colocada en una situación ambigua al no lograr establecer la separación y diferenciación entre su papel de madre con su papel de esposa.

c) **La pérdida trae otras pérdidas**, como si una pérdida tuviera efectos en cascada, como pudimos observar en la familia Armenta que bajo la característica de aglutinarse y apoyarse estrechamente, ha vivido desde hace 12 años separada de la figura paterna dado el arreglo de la pareja que el esposo se mantuviera cercano al campo laboral –el cual se encuentra en San Luis Potosí- y la esposa se centrara en la crianza de los hijos –cuya residencia se localiza en el Distrito Federal-. Para la señora Armenta ésta no representaba su primer pérdida ya que se vio envuelta de varias pérdidas definidas como la posibilidad de concluir su carrera de medicina, de cumplir su deseo de tener mayor número de hijos.

“Yo hubiera querido ser una madre coneja, pero apenas si las pude tener a ellas, tuve embarazos de alto riesgo”,

la pérdida de su salud recibiendo un diagnóstico de la institución como lo dijo ella

“paciente con depresión, es hipertensa, con problemas de obesidad, de columna y cervicales, con extirpación de la matriz”.

Pérdida de su tía-mamá por cáncer de mama; y pérdidas ambiguas tales como el abandono de su madre cuando ésta era pequeña, la angustia que vive ante las crisis de enfermedad de fibrosis quística de su nieto de 3 años de edad quien tuvo un paro respiratorio, los médicos lo daban por muerto, la cada vez más sentida ausencia psicológica de sus hijas ante su

proceso de separación-individuación del seno familiar ya que después de considerarlas dentro de su ejercicio de dominio y autoridad ahora esto se ve mermado dada su nueva condición de vida como madres, esposas y adultas. Al decir de la señora Armenta su vida coloreada del dolor de las pérdidas la lleva a no querer soltar a Victoria, esto también le significaría una pérdida muy dolorosa.

“Eso me estaba haciendo entrar en una depresión muy fuerte, me dolía la cabeza, me daba taquicardia, insomnio... estoy temiendo perder, no quiero soltar”.

también reconoció que sus hijos y su familia necesitan ‘pelearse’ para poder conformarse, sin embargo,

“la idea de la pérdida me detiene, ya que Hugo requiere de cuidados especiales”

d) Ausencia de ritos que dan soporte a una pérdida clara, tales como el funeral después de una muerte en la familia. Apenas existen ritos para los que sufren una pérdida ambigua. La comunidad a su alrededor no llega a comprobarla, por lo que la validación de lo que experimentan y sienten esas personas es escasa. Tampoco pueden conmemorar porque el recuerdo les lastima. Considérese por ejemplo cómo la presencia o construcción de rituales colectivos pueden llevar a que las personas sufrientes mitiguen su dolor. En el caso de Alcohólicos Anónimos (AA) a través de la experiencia de la memoria colectiva.

“Una historia de un bebedor recuperado en AA hace un recuento de su historia como un ‘continuar el mensaje’ de AA en otros miembros que sufren. Haciendo esto, las memorias dolorosas son más aceptables y tolerables en sus procesos. Alguien que cuenta una historia, se integra recordando el curso de su vida para sí y para otros. Las historias que se cuentan en AA son una práctica conmemorativa, el que cuenta la historia no lo hace individualmente sino como un ejemplo de cómo ha trabajado el programa. La memoria individual y colectiva están fusionadas. En el acto de contar su historia, y escuchar las historias de otros, los miembros de AA están envueltos en una estructura básica social y forman una interacción de su comunidad: “un bebedor contando a otro”. Contando una historia en el contexto de celebración y conmemoración es mejor que asistir a las historias de otros, las memorias vienen del objeto y el vehículo de la conmemoración. Los que cuentan su vida como una narrativa son un ejemplo de ‘cómo se trabaja’ en el presente y en el pasado. Contar una historia es ‘esto’ (la comunidad y el Programa) trabajando.

Hay un importante significado dual de la expresión 'curando la memoria' como aplicación a la práctica de AA. En AA recordar es mutuo, entonces si un orador de AA cuenta su historia muestra otra cara de la moneda, es decir presenta otro ángulo diferente al auditorio que lo escucha. AA practica la curación a la memoria dañada, y al mismo tiempo las memorias de otros son capaces de curar el sufrimiento del alcohólico. Y efectivamente es un intento de los miembros de AA de continuar con el mensaje de esperanza para aquellos que aún están sufriendo de la misma aflicción" (Swora, 2001, p.10).

e) El absurdo de la pérdida ambigua recuerda a las personas que la vida no siempre es racional y justa; por consiguiente, los que presencian tal cosa tienden a apartarse, en lugar de proporcionar el apoyo vecinal que ofrecerían en el caso de una muerte en la familia. Ante ello la familia sufriente puede desarrollar una serie de ritos que vienen a constituirse en costumbres familiares que mitigan el dolor.

"En muchas de estas familias se observó una construcción de la realidad apoyada en el 'tal vez', ya que los miembros de la familia creían y se comportaban como si 'los que desaparecieron reaparecerán'. En un caso, los padres mantuvieron la habitación de sus hijos tal como había sido, y la limpiaban ritualmente todos los días, y además también se les reservaba su lugar en la mesa para cenar... En otros casos se registraron construcciones míticas del tipo 'ella/el está viva/ en otro lugar', 'los que se esfumaron realmente no están desaparecidos ni muertos'... Otros más mostraron la destrucción de paradigmas familiares anteriores surgiendo y cristalizándose nuevas creencias o metarreglas. Un ejemplo es el de un padre que, después de la muerte 'en acción' de su hijo guerrillero, dejó de hablarle a su hija adulta porque ella no había estado a la altura de las 'pautas necesarias de conducta' como lo había hecho el hijo. La joven tenía ideas de izquierda, no era guerrillera, y no había 'vivido y muerto como corresponde'. El padre adoptó un nuevo paradigma. Elaboró una significación y un valor para la muerte de su hijo y construyó una nueva actitud ante la vida. Esto cristalizó y, de hecho, se quedó luego con dos muertes: la real, la de su hijo, y la simbólica, la de su hija a la que había rechazado. Se abandonaron los antiguos rituales familiares, la hija ya no participaba en las celebraciones y apareció un nuevo ritual; el dolor en el aniversario de la muerte del hijo" (Kohen, 1997; citado en: Imber-Black, Roberts y Whiting, pp. 409 y 410).

f) La pérdida ambigua se prolonga indefinidamente, los que la padecen refieren que la incertidumbre implacable los deja agotados física y emocionalmente. Se puede presentar un

desequilibrio en la familia, considérese por ejemplo cómo en el desarrollo vital de la familia este tipo de prolongación indefinida puede todavía agudizar los momentos críticos por los cuales atraviesa una familia. Analizando que el desprendimiento es doloroso sobre todo si se trata de relaciones emocionales significativas que se extinguen o que cambian su carga y su representación psíquica, el proceso de desprendimiento se puede ver detenido cuando por ejemplo, los padres no están listos o se encuentran agotados física y emocionalmente como para dejar ir (que implicaría una pérdida más) a los hijos adolescentes que se encuentran en la encrucijada de tener que depender de ellos por una parte y por la otra con la necesidad de independencia que va de la mano con su crecimiento personal.

Esto parece envolver a las personas que lo sufren en una indefensión aprendida, en un desamparo aprendido "ya no sé qué hacer". Porque además habría que plantearnos: al irse la persona ¿se llevó algo más? ¿Qué pasa con las expectativas y proyectos de vida trazados contemplando a la persona pérdida? Con su ida ¿se van las disposiciones afectivas, las condiciones económicas, la posición social, la seguridad personal, las posibilidades de establecer una pareja o de iniciar una nueva familia?.

La ambigüedad, puede derivarse tanto de la falta de información sobre ella como de la percepción conflictiva de la familia sobre qué miembros son considerados como presentes o ausentes en el círculo íntimo.

Existen dos tipos básicos de pérdida ambigua. En el primero, los miembros de la familia perciben a determinada persona como ausente físicamente, pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta (militares desaparecidos en combate y los niños raptados por ejemplo). Sucesos más cotidianos de esa variedad incluyen pérdidas en los casos de divorcio y, asimismo, en las familias adoptivas, donde se percibe al padre o al niño como ausentes o desaparecidos. En el segundo tipo de pérdida ambigua, se percibe a la persona como presente físicamente pero ausente psicológicamente, ilustran los casos extremos de esa condición las personas con la enfermedad de Alzheimer, los drogadictos y los enfermos mentales crónicos. Ese tipo de pérdida ocurre también cuando una persona sufre un traumatismo craneal grave y, tras permanecer un tiempo en coma, despierta como

una persona distinta. En situaciones más usuales, también protagonizan esa categoría las personas que tienen una preocupación excesiva con el trabajo u otro interés exterior.

En ambos tipos de pérdida ambigua, los que la padecen tienen que enfrentarse a algo muy distinto de la pérdida corriente y bien definida. La pérdida habitual más obvia es la muerte, un acontecimiento que la comprobación oficial codifica: el certificado de defunción, la ceremonia del funeral, el entierro ritual, la sepultura o la dispersión de las cenizas. En el caso de una muerte, los que están de acuerdo en que ha ocurrido una pérdida permanente pueden dar comienzo al duelo. La recuperación tiene como meta la renuncia a los lazos con el objeto amado (la persona) y que, con el tiempo, se invierta en una nueva relación. Ése es el difícil trabajo del duelo, pero es un proceso del que se tiene la intención que concluya en determinado momento. Desde esta perspectiva, se espera de las personas emocionalmente sanas que resuelvan la pérdida y busquen nuevas relaciones, y que además lo hagan con cierta rapidez. Para los que no están de acuerdo en que la muerte se haya suscitado reaccionan a las pérdidas, con un duelo complicado, en el que la persona permanece fijada al objeto perdido y preocupada con él, pensemos en los casos en que las personas abren la posibilidad de la vida en espíritu o alma o en vida después de la muerte.

No obstante, en el caso de la pérdida ambigua, el duelo puede constituir la reacción a una situación compleja: el registro interminable de un campo de batalla que realiza la madre de un soldado desaparecido; los arrebatos de ira de un hijastro cuando se excluye por completo a su padre biológico; la depresión y el aislamiento de una esposa porque su marido ha sufrido una lesión cerebral y ya no es el mismo.

Podemos observar cómo el transitar de una pérdida definida a una pérdida ambigua y viceversa plantea una línea divisoria poco delimitada cuando ambos procesos conllevan la indefinición.

Al contrario de la muerte, una pérdida ambigua puede nunca llegar a permitir que la persona sufriente logre el desapego necesario para un cierre del duelo. La ambigüedad, de la misma forma que complica la pérdida, complica el proceso de duelo. Éste no puede empezar porque la relación se encuentra indefinida. Se la siente como una pérdida pero no la es de hecho. La confusión congela el proceso de duelo. Las personas caen en picada de la esperanza a la desesperación, remontan, y así sucesivamente. Con frecuencia, surgen la

depresión, la ansiedad y las enfermedades somáticas. Esos síntomas afectan primero al individuo, pero pueden irradiarse como el efecto de una ondulación sobre toda la familia, pues se hace caso omiso de esas personas o, aún peor, se las abandona. Los miembros de la familia se preocupan tanto con la pérdida que se apartan unos de otros. La familia se transforma en un sistema donde no hay nadie dentro. Es cierto que ese escenario se desarrolla con distintos grados de severidad en función de la familia y de la naturaleza de la pérdida como analizaremos enseguida.

Boss (2001) desarrolló tres investigaciones con las que da cuenta del tipo de afectación en la familia. En la primera; durante la entrevista con cuarenta y siete familias de desaparecidos en acción, llevadas a cabo en California, Hawai y Europa encontró que: a) cuando la esposa mantenía presente psicológicamente al esposo con el fin de obtener apoyo emocional y ayuda en la toma de decisiones, la familia mostraba un mayor grado de conflicto y un nivel más bajo de funcionamiento, b) por lo general, la salud emocional de la esposa mejoraba si desistía de buscar pruebas de la vuelta del marido y se implicaba en nuevas relaciones, c) la pérdida ambigua es estresante y conduce a síntomas depresivos, d) ni la presencia ni la ausencia físicas dicen todo con relación a quién es considerado parte de o fuera de la vida de las personas, puesto que también existe la familia psicológica, e) en las familias, la ausencia y la presencia son fenómenos psicológicos a la par que físicos y f) desgastadas por la espera, la mayoría de las familias aceptan enterrar lo que al fin obtienen como suyo, un cierre simbólico es preferible a ninguno. En la segunda investigación llevada a cabo en 1987, entrevistó a ciento cuarenta madres y padres de mediana edad cuyos hijos adolescentes acababan de marcharse de casa y donde marcharse de casa representa una transición confusa más que bien delimitada, en la que los adolescentes mayores están tanto dentro como fuera de la familia, se encontró que cuanto mayor era la intensidad con que los padres percibían al adolescente ausente como si todavía estuviera presente, más estrés sufrían. Pensar mucho en los hijos, echarlos en falta, especular sobre dónde estarían y qué harían, esperar su regreso y aceptar con dificultad que habían crecido, presentaba una fuerte asociación con la negatividad, la enfermedad, la ansiedad y la depresión parentales. En el tercer estudio desarrollado de 1986 a 1991 entrevistó a setenta pacientes con la enfermedad de Alzheimer, encontró que la severidad de la demencia de esos pacientes no mantenía una relación con el grado de los síntomas depresivos de sus

cuidadoras. Era, más bien, el grado en que los familiares cuidadores veían a los pacientes como “ausentes” o “presentes” lo que tenía gran poder de predicción sobre los síntomas depresivos de aquéllos.

Las familias que se enfrentan a otras enfermedades mentales crónicas, como la adicción a las drogas o el alcohol, también sufren la pérdida ambigua originada por la ausencia psicológica. El miembro enfermo de la familia está presente, pero su mente no.

Una pérdida que resulta de la ausencia psicológica ocurre cuando uno de los cónyuges tienen una relación fuera de la pareja o, lo que es aún más común hoy en día, está ocupado con su trabajo fuera de casa, o está en casa pero está preocupado o angustiado por no tener trabajo o por alguna otra circunstancia. La presencia parcial de esa persona amenaza la relación.

La ambigua es la más estresante de las pérdidas a las que las personas deben hacer frente. No sólo desorganiza la familia, al disminuir el número de miembros que participan en ella y al exigir que otro tome el relevo, sino que, de forma característica, obliga a las personas a cuestionar su familia y el papel que desempeñan en ella. “¿Estoy o no casada, ya que mi marido está desaparecido hace décadas?” “¿Cómo respondo a la pregunta de cuántos hijos tengo, si he dado a uno en adopción?” “¿Somos todavía una pareja, aunque mi marido tenga demencia y ya no me reconozca?”.

El estrés familiar se origina por el cambio, o la amenaza de cambio, en la familia. Ese cambio puede ser común o catastrófico. En ambos casos, la mayoría de los individuos y las familias son capaces de hacer frente a ese estrés, e incluso recobrar de la crisis, si reciben la suficiente información sobre su situación para poder seguir con el proceso de adaptación.

Muchas de las despedidas poco claras que ocurren en la vida cotidiana de las familias se sitúan también fuera de las categorías tradicionales de las pérdidas, pese a lo cual originan estrés. Entre ellas están las ausencias que se asocian al divorcio, la adopción, la migración y el compromiso excesivo con el trabajo.

Falicov (2002) plantea cómo las migraciones han contribuido al surgimiento de nuevas formas de familias a las que nombra como transnacionales

“viven literalmente en un lado y en otro, fragmentadas, sufriendo desventajas, y también ventajas, tanto para aquellos miembros de la

familia que se van como para los que se quedan en el país de origen. Estos últimos, inmigrantes por carácter transitivo muchas veces van a consulta pero como no se han ido, no necesariamente mencionan las pérdidas y por lo tanto, los terapeutas no piensan frecuentemente que los síntomas presentados pueden estar relacionados con los cambios ocasionados por la partida de seres allegados (p. 15)

Para la autora la pérdida de la migración tiene características especiales que la distinguen de otro tipo de pérdida

“Las pérdidas del inmigrante son a la vez más amplias y más reducidas. Son más amplias que la muerte de una persona cercana porque la migración trae pérdidas de todo tipo: pérdidas de parientes y amigos que permanecen en el país de origen, pérdida de la lengua natal, de las costumbres y rituales, de la tierra misma. Sin embargo, la migración es también más pequeña que la pérdida completa de la muerte. Comparada a la muerte, las pérdidas de la migración no son totalmente claras, completas o irrevocables. Todo se encuentra aun con vida, aunque ausente. Nada desaparece con la finalidad de la muerte. Siempre es posible fantasear un regreso eventual o una reunión futura. Además los inmigrantes rara vez se dirigen hacia un vacío social en el país extranjero. Un familiar o un amigo generalmente espera del otro lado para ayudar con el trabajo, la vivienda o con algún consejo para esa viuda nueva. Existen también elementos compensatorios, tales como la esperanza de mejora económica, oportunidades educacionales o nuevas libertades políticas, económicas o sociales. Estos elementos crean emociones contradictorias: tristeza y alegría; pérdidas y restituciones; ausencia y presencia que hacen que las pérdidas sean incompletas, ambiguas, pospuestas” (p. 17)

El divorcio, por ejemplo, proporciona un terreno fértil para la confusión sobre la ausencia o la presencia del miembro de la pareja que no tiene adjudicada la custodia de los hijos. El retrato de familia, un símbolo bien conocido de quiénes están dentro o fuera de una familia, documenta muchas veces la confusión reinante en el seno familiar después de un divorcio y un segundo matrimonio. Cada vez es más frecuente que se pida a los fotógrafos profesionales que borren de una foto familiar al cónyuge divorciado, sólo para que años más tarde los hijos les soliciten que vuelvan a poner la figura ausente. Los fotógrafos de bodas sacan hoy en día el doble de fotos en esos eventos, ya que la novia y el novio piden con frecuencia poses separadas con los padres divorciados y con la nueva pareja de éstos.

La pérdida inconclusa puede ocurrir también en las situaciones cotidianas de la adopción. Aunque la madre biológica es más consciente de la separación real que el bebé que es entregado en adopción, la pérdida ambigua puede afectar a ambos. El niño, además, puede preguntarse dónde estará la madre, si estará bien o cómo es.

Una forma de determinar la tolerancia de los padres adoptivos con la ambigüedad es investigar si han elegido la adopción abierta o cerrada. Cuando se abren de modo voluntario los archivos de adopción y todas las partes se conocen, resulta que la familia adoptante es capaz de tolerar la ambigüedad y de pensar en la madre biológica, y hasta de incluirla en su vida. En las adopciones cerradas, en las que los archivos permanecen vedados, los padres adoptivos parecen preferir el absoluto de la ausencia de contacto. No obstante, con independencia del tipo de adopción que se haya elegido, los investigadores se están encontrando con que tanto la madre adoptiva como el hijo adoptado piensan en la madre biológica y la tienen psicológicamente presente. La familia psicológica es, asimismo, una realidad para los que están afectados por una adopción. A los ojos de un niño, es la presencia física más que la genética lo que define un padre o una madre.

Actuar como si la lista de miembros de una familia adoptiva estuviera grabada en piedra, puede terminar por ser más estresante que el reconocimiento explícito de que la familia, tiene fronteras ambiguas: algunas personas la integran todo el tiempo, otras parte del tiempo y otras no lo hacen en ningún momento. Una fluidez clara, por oposición a la ambigüedad tácita, no resulta perjudicial en las relaciones de una familia adoptiva si todos, incluyendo a los niños, la reconocen abiertamente.

En suma, los factores que desencadenan la pérdida no resuelta ya sea por inmigración, guerra, divorcio, segundo matrimonio o adopción, puede tener síntomas aún más estresantes, considerando que en sí misma la pérdida es estresante. La ansiedad, la depresión, las enfermedades físicas y los conflictos familiares afligen con frecuencia a los que no se adaptan a ella ni siguen adelante con sus vidas. Lo ausente, si no tiene algún tipo de cierre, permanece presente.

En las familias con las cuales se mantuvo conversaciones terapéuticas, los relatos personales ilustran la ambigüedad referente a la presencia y la ausencia, sobre todo cuando la familia psicológica no concuerda con la que está físicamente presente. Analicemos cómo

la depresión, la ansiedad, las enfermedades somáticas, el anhelo de certezas, así como el impacto de la pérdida en la vida diaria, tuvo lugar en estas familias.

Depresión, ansiedad y enfermedades somáticas:

Se desarrollará el contexto relacional con el propósito de analizar la expresión de la depresión, la ansiedad y las enfermedades somáticas ante las pérdidas ambiguas de las familias.

Al parecer la depresión adquiría una función homeostática en cada una de estas familias.

La señora Armenta que pasaba por un ciclo de vida familiar en transición con hijas en edad adulta próximas a la separación del nido, esta separación se venía postergando y conteniendo ayudada por factores y condiciones de vida además de riesgos de vida; el hecho de que la hija mayor madre soltera dejará que su hijo fuera educado por su madre, le ofrecía la oportunidad a ésta de tener un motivo claro por el cual afianzarse, relación de dar-recibir que estaba alimentándose, adicional a que la segunda hija de la señora Armenta dejará bajo su cuidado y atención a su hijo enfermo de fibrosis quística; otro elemento más alimentador de una relación no diferenciada. Para la señora Angélica después de ocho sesiones terapéuticas era claro el porqué de sus estados depresivos, la ambigüedad en que se encontraba al no concordar la presencia física de sus hijas y sus nietos con su ausencia psicológica; al no concordar sus puntos de vista, sus opiniones, decisiones con las de sus hijas, poseer diferentes proyectos e intereses de vida. -El cuestionamiento circular ofrece la oportunidad para que aquello que aún no se ha definido, lo ambiguo, se clarifique-. Este regalo otorgado por las hijas venía acompañado de amplios costos-beneficios; una de ellas vista por su pareja y otros adultos como chiquita, indefensa, alguien a quien cuidar, mientras que la otra era vista como independiente, fuerte y dura, alguien a quien no se puede acercar, ni hablar. Ambas requiriendo el cuidado y atención de la madre. Con la madre ocupada se distraía la atención de la relación de pareja, relación que aparentaba funcionar bien y no ser causa de preocupación para la señora Armenta, que, sin embargo, después de seis sesiones, dejó ver lo paralizada que se encontraba ante la situación.

Efectivamente, la familia Armenta enfrentaba una enfermedad crónica de uno de sus miembros el cual al contar con sólo tres años de edad se presentaba como vulnerable.

Para la familia Cortés la función de la depresión del señor Adolfo también adquirió un papel homeostático para el sistema. Consideremos cómo la expectativa y plan de vida de culminar una carrera de manera eficiente, no sólo se presentaba en el señor Adolfo, sino también en su esposa, la señora Cruz. Ambos venían desarrollando una carrera de competencia tanto en el ámbito académico como en el familiar. Refiriéndonos al familiar, la señora Cruz había sido considerada como el ejemplo a seguir, tanto para sus hermanas menores como para sus primos cercanos, con esta ejecución había ganado un lugar que para ella era importante ya que ante el divorcio de sus padres ella se vio forzada a obtener un lugar especial ante la mirada de su padre que es contemplado como fuerte, exitoso, con una carrera profesional y un ejemplo a seguir. El señor Adolfo refiere:

“Más que nada yo recuerdo que él (el papá de la señora Cruz) decía que si se juntaba conmigo no iba a poder hacer nada y que si se iba con él iba ha hacer todo, iba a tener todo lo que quisiera como hacer su carrera... Al sentir ella el rechazo de su papá que es una persona muy fuerte, ella empezó con la duda y decía mejor me voy con mi papá, él me va a ayudar.”

A diferencia de su esposa el señor Adolfo tenía cinco ejemplos a seguir; sus papás y sus tres hermanos con una profesión, además de la carga adicional que se había impuesto de demostrarle a su suegro que él también podía y con ello desafiar su profecía. Pero las piedras que este matrimonio se puso en el camino (como fue embarazarse por descuido nuevamente) conducían al aborto de sus expectativas y proyectos de vida, por ello parecería que la afirmación de la incongruencia entre lo planeado y lo ejecutado por el señor Adolfo, así como la manifestación de sus estados depresivos ayudaban a su esposa para continuar en el lugar de la exitosa, de la que sí puede continuar (ser congruente) a pesar de las adversidades de la vida.

“Él me ha dicho que tiene mucho coraje porque sus papás le dicen que yo soy la buena, que voy bien en la escuela y él no”.

Para la familia Cordero, la función de la depresión también adquirió un papel homeostático para el sistema. Observemos cómo aún cuando el principio de la enfermedad de Parkinson se presentó en la señora Cordero hace 12 años, éste fue minimizado o considerado por la pareja como agotado por todas las posibilidades médicas para su tratamiento y esto pasó a entenderse como “controlada” justo cuando llegó a sus vidas ese gran regalo que fue su hija. Y efectivamente nombrado así por la señora Cordero, *“a mi hija nos las regaló mi sobrina...”* La llegada de Luz al matrimonio Cordero parece que les ofreció distraerse de aquella lucha en la que se habían colocado durante 12 años contra el Parkinson. Parecería fácil suponer que la depresión podría haber tocado sus puertas desde ese momento, dada la respuesta poco alentadora que el matrimonio se había formulado ante los pronósticos médicos en relación a señalarles que no había cura y que su enfermedad iría progresando. Ahora la familia recibía a un nuevo integrante y con ello la necesidad de una nueva forma de organización y estructura familiar. Las identidades se vieron sorprendidas ante la necesidad de una pronta definición <<ser padre, ser madre, comportarme como madre, comportarme como padre, adaptarme y aprender un paternaje-maternaje>>. De súbito llegó la necesidad de cambio en sus vidas, se formaron una historia diferente y dieron una versión de esa historia a su hija, la cual se formó con una identidad que le indicaba haber nacido del vientre de la señora Cordero y del gran amor de sus padres. Ubicada en el centro del sistema familiar, Luz creció como hija única ante la cual giraban las disposiciones y motivaciones de sus padres. También de súbito, sin preparación para ello, ocho años después llega la amenaza de retirarla de sus vidas, y es durante los últimos dos años en que el matrimonio lucha por mantener a su hija en sus vidas y obtener la patria potestad en que se agudizan los trastornos que ocasiona el Parkinson en el cuerpo de la señora y en la relación de la pareja Cordero, el dolor en las extremidades, el insomnio, la fatiga, el desempeño en las actividades cotidianas disminuye, la necesidad de aumentar la dosis de medicamentos se incrementa.

En espera de la resolución de la juez, cada uno de los trastornos se exacerba, la ambigüedad trajo tensión, preocupación, incertidumbre y dolor. Una vez declarada la resolución “tienen que entregar a su hija” y llevado al acto la entrega de su hija a su madre biológica, los síntomas de gran tensión se liberan y se expresan en una notoria mejoría en la movilidad

motriz de la señora, viéndose a la pareja sonriente, tranquila y con mayor tiempo y posibilidad para estar juntos y para enojarse más.

La tensión acumulada por dos años se libera al resolverse la incertidumbre, se presenta un periodo de descanso, pero con el anuncio y presencia del enojo "*ahora nos enojamos más*".

Resuelta la incertidumbre cobra vida la ambigüedad ¿por cuánto tiempo estaremos separados? ¿La podremos ver hoy? ¿Estará bien? ¿Entenderá que seguimos luchando por ella?

Ahora ya no hay centro en el sistema familiar, el regalo se fue, y aparece la necesidad de llenar un vacío, y qué mejor que la depresión. Ahora se convierte en un elemento que distrae al dolor por la pérdida del ser amado; ambos cónyuges se ofrecen actos de amor: con el enojo, con sus manifestaciones depresivas, son su coraje, con la agudeza de los síntomas del Parkinson.

En el caso de la familia Linares, la profecía se cumplió, desde la primera sesión señalaron como motivo de consulta su interés porque la familia no se desintegrara ya que lo veían venir. Para asombro de Altagracia, fue su papá el que se retiró y no su mamá como ella lo esperaba. No obstante el interés por la integración de la familia, se proponía como paciente identificado al hijo menor. El comportamiento de Jesús ocupaba la atención de la familia y Jesús se ocupaba de mantenerlos ocupados. Sabemos que Jesús hacía muy bien su trabajo, ya que lo expulsaron de la secundaria, no mostraba motivación alguna por ninguna responsabilidad y deseaba irse a vivir a otro lugar con familiares políticos. La lucha de Jesús no fue suficiente y el señor Linares decidió alejarse físicamente de la familia y mantenerse presente psicológicamente preservando su imagen de buen proveedor. Este arreglo fue bien recibido por los hijos. No así por la señora Linares, que ahora se veía envuelta en una pérdida más en su vida, pero además de carácter ambiguo ya que los ofrecimientos recibidos por el esposo eran de mantener la relación con ella y continuar con su nueva relación. Esta situación la llevó a estados depresivos expresados en dejar de comer por un tiempo, aislarse, llorar, no tener el mismo desempeño en el campo laboral.

Aquí resulta importante señalar el papel que puede jugar el que una de las partes de la relación defina a ésta de manera concreta y tajante, mientras que la otra se resista a su aceptación. Si observamos, para la señora Linares la presencia psicológica de su esposo

estaba desdibujada o no existía, ya que a su decir; ella no contaba para nada con él en cuanto a la toma importante de decisiones y su presencia se remitía a ser un buen abastecedor. En la familia Linares la presencia física del padre era clara, no así la presencia psicológica. Una vez que el padre define su relación retirando su presencia física y ofreciendo la psicológica para la madre resulta en confusión. Ahora tenía que aprender a vivir con esa nueva definición: él ya no está físicamente presente, que era lo único que ella veía. Y si no veía la presencia psicológica ¿ahora con qué se quedaba? Parecería que su pérdida era total. Sin embargo, para sus hijos no, y ellos se lo recordaban. ¡Qué ambigüedad!

Anhelo de certezas

Para quien vive una pérdida ambigua, la ambigüedad de la espera y las suposiciones resultan estresantes, y a menudo atormentan. La única certeza es la presencia de incertidumbre. De todas las pérdidas que se experimentan en las relaciones personales, la pérdida ambigua es la más devastadora, porque permanece sin aclarar, indeterminada. Las personas anhelan la certeza, como lo señaló el matrimonio Cordero:

“Que entienda mi hija como es la situación, que nosotros no la estamos abandonando, que nosotros hemos y seguiremos luchando hasta las últimas consecuencias, que sepa que vamos a estar con ella, que la seguiremos apoyando, que sienta que la seguimos queriendo, sentir la seguridad de que pase lo que pase, el tiempo que pase no la vamos a olvidar”.

Hasta el conocimiento cierto de la muerte o de que no se va a volver a ver a la persona amada son preferibles a la continuación de la duda. No sólo falta información sobre el paradero de la persona, sino que tampoco existe la constatación oficial o de la comunidad, de una pérdida: no hay certificado de defunción, ni el luto de la *shivah*, ni funeral, ni cuerpo, ni algo que enterrar. Por el contrario en algunas ocasiones el grupo social o la comunidad no valida el acontecimiento doloroso, pero si lo señala, referido por ejemplo por la señora Linares:

“Cuando se fue mi mamá, yo vi que mi papá se derrumbó aunque saco fuerzas para sacarnos adelante. La gente me veía con lástima, y hacia cometarios crueles como: no te juntes con ella porque no tiene mamá”.

La pérdida ambigua como una consecuencia de la guerra y la violencia, actúa de forma todavía más insidiosa en la vida diaria.

Los compañeros se marchan (el caso de infidelidad), los niños también (el retiro de su cuidado por patria potestad), los padres envejecen (el principio de Parkinson).

A continuación se presentan algunos de los costos e impactos de la pérdida ambigua observados en las familias: Armenta, Cordero, Linares y Cortés.

Experimentar sensaciones paralizantes

Sentir intranquilidad, impotencia, pensamientos negativos acerca de que no esté bien el ser querido, tristeza, sentirse mal, querer estar con él o ella, sentirse atados, disminución de su estado de salud, someterse a una inmovilidad y encarcelarse en su casa pensando en la posibilidad de tener contacto con el ser amado, extender este sometimiento a familiares allegados, dificultad para concentrarse y disfrutar de los momentos fuera de la casa, preguntarse si está bien o mal que sigan conviviendo con los compañeros y amigos de su ser perdido, condimentar su vida con el principio de que si la esperanza se cumple ésta alimenta más esperanza (que les llame o verlo), que sus pensamientos, acciones y sentimientos giran alrededor de él o ella, indagando sobre él con personas cercanas a éste(a), preocupándose cuando se rompe el patrón habitual de comportamiento de él o ella, estar en espera de él o ella, tener pensamientos catastróficos al no tener noticias de él o ella, preocuparse por la no correspondencia entre lo que dice su pensar y lo que dice su sentir.

Fortalecimiento del vínculo a distancia

Buscar la forma de estar en contacto con él o ella: cargado el teléfono celular, hablar a la escuela a la que asistía, hablar a abogados, llevar papeles, estar al pendiente, seguir apoyando su vida a distancia.

Búsqueda de acercamiento

Enviarle a través de la escuela un libro en donde le dibujaron un corazón diciéndole 'estudia mucho' con la pretensión de decirle 'estamos contigo', mantener su habitación y sus pertenencias personales intactas para cuando regrese, tener presente la voz: 'nunca me vayan a olvidar' '¿qué están haciendo por mí?', dolerse porque ellos se están expresando; pero ella?, mortificarse porque ella no ve lo que están haciendo para estar juntos.

Interpretación del silencio del otro, pensar por la otra persona

"Pienso que Sofía tiene miedo de llevarla a la casa y después cómo sacarla". (Señor Cordero).

"Pienso que más bien es porque no es feliz, porque las cosas no le están funcionando". (Señora Linares)

La pérdida ambigua puede ocasionar problemas familiares y personales.

Para la familia Cordero por ejemplo el que la señora no le diera importancia a su enfermedad (principios de Parkinson), el que sus piernas se estén adelgazando y no tener la suficiente fuerza para moverlas, no salir sola a la calle, cerrar sus círculos de socialización.

Al señor Cordero, la preocupación ante el fallo legal de la permanencia o no de su hija con ellos, le ha afectado el sueño desde hace tres años.

En la relación de pareja refieren estar enojados continuamente.

"Antes no era mentirosa, ahora con lo de mi hija, yo le digo ya tomaste más medicina, lo niega, pero la veo como elevada por la droga... tengo que estar molesto para que ella haga las cosas, se levante temprano, tome sus medicamentos adecuados y no esté tan mal".

Para la familia Linares los problemas personales se expresaron mayormente en la señora tales como: sentir dolor

"Me cuesta mucho trabajo manejar mis emociones, tengo mucho dolor, pasó lo que se veía venir:

Percibir que sus decisiones eran descalificadas por el esposo, considerarse desvalorada como persona, minimizado el esfuerzo de 23 años para mantener el matrimonio:

“Siento mucha rabia, mucho coraje, porque no se vale”, “siento que tengo altibajos, de repente mucha alegría y de repente mucha tristeza, de repente enojo y de repente nada, indiferencia, mis estados de animo son variables”.

Conectar su pérdida por la ausencia de su esposo con una pérdida también ambigua que sufrió ante el abandono de su madre cuando ésta era adolescente,

“Me causa dolor el que mi mamá se haya ido, y a la fecha los tres hermanos platicamos y a los tres nos causa dolor y a los tres en nuestras relaciones nos han tratado mal o tal vez hemos permitido que nos traten mal. A la fecha no he encontrado la forma de perdonar a mi mamá... eso me marcó”.

No saber qué hacer ante situaciones que anteriormente resolvía fácilmente, pérdida de peso por dejar de comer, inmovilizarse ante la esperanza del regreso. Para Altagracia (hija); dolor, coraje por el engaño,

“Él nos decía que fuéramos honestos y él no lo fue; se fue a vivir su momento, desilusión porque me gustaría estar con él, me siento usada por mi papá, ya que viene y quiere que lo siga atendiendo como si él estuviera aquí”.

Para Jesús (hijo), decepción y dolor al ver a su mamá sufriendo.

A la señora Armenta, caer en estados de depresión, angustia, enojo, tener episodios de obsesión por la comida, fumar. Para el señor Adolfo Cortés sus episodios de depresión, aislándose y sumiéndose en llanto, alejándose de la familia, los amigos, la escuela, tropezando con sus ejecuciones para lograr un empleo.

Estos problemas familiares y personales en ocasiones se presentan por situaciones fuera de su control o impedimentos exteriores que obstaculizan el proceso de rematar la pérdida y el duelo.

Es el caso por ejemplo, de la pérdida de una hija por demanda de patria potestad; aquí el impedimento exterior es de tipo legal que les demanda a los padres adoptivos regresar a su

hija. Parecería insospechado la gama y el tipo de reacciones que esta incertidumbre trae, ya que los elementos de razón que refiere la pareja son que su hija “*aún cuando no de origen biológico, si es su hija de vida, de hecho, de crianza*”. Verse sometidos a tal violencia les trajo dolor e incertidumbre en sus vidas, no obstante la lucha persiste aún, buscando los medios legales posibles contratando abogados y más abogados y con ello, alimentando cada día la esperanza de que llegará un día, tal vez.

“Cuando cumpla 18 años y pueda venir por ella misma a vernos”.

En el terreno terapéutico Boss (op cit.) ha desarrollado lineamientos tales como:

- a) La terapia que se basa en el reconocimiento de la ambigüedad de la pérdida libera a las personas para que entiendan la pérdida, le hagan frente y sigan adelante después de que ella ocurra, incluso si permanece sin aclaración.
- b) La premisa principal en la que se fundamenta la terapia es: cuanto mayor la ambigüedad que rodea una pérdida, más difícil resulta dominarla y mayores son la depresión, la ansiedad y el conflicto familiar.
- c) La tolerancia frente a la ambigüedad se relaciona con nuestras creencias espirituales y valores culturales, y no sólo con nuestra personalidad. Esos valores y creencias, cualquiera que sea su origen, resultan útiles para mitigar nuestra necesidad de encontrar soluciones definitivas cuando nos enfrentamos a una enfermedad que no mejorará o a una pérdida que no se puede aclarar. Sin esa posibilidad, es frecuente que las personas que se enfrentan a una situación que está fuera de su control se derrumben. Por ejemplo, antiguamente tenía sentido que no se reconociera la pérdida de un recién nacido porque las tasas de mortalidad infantil eran muy altas. En la mayor parte de las culturas, se animaba a los padres y madres a que no se apegasen a sus bebés hasta que estuvieran seguros de que éstos vivirían. Actualmente, el supuesto mayoritario sobre cómo funciona el mundo tiende a ser el de que eso ocurre bajo control. Pensamos que podemos controlar nuestro destino porque presuponemos que el mundo es un sitio lógico y justo, donde los esfuerzos son parejos a los resultados. “Las cosas buenas les ocurren a los que trabajan duro y bien y por el contrario, las cosas malas sólo pasan si hemos hecho algo mal o no

nos hemos esforzado lo suficiente”. Esa filosofía ocasiona mucha angustia cuando una persona se enfrenta con un problema como la pérdida ambigua.

- d) Los miembros de la familia, los vecinos y los terapeutas deben hablar unos con otros mientras intentan alcanzar un consenso sobre cómo responderán a las ambigüedades inevitables con respecto a quién está dentro o fuera de las vidas de los niños y adultos que han sufrido una pérdida. Los miembros de la familia de género y generaciones diferentes difieren muchas veces en su forma de interpretar una pérdida ambigua. El objetivo es conseguir cierto grado de convergencia. Si las parejas o los miembros de la familia no procuran entender cómo interpretan la oscuridad que rodea su pérdida, tendrán más problemas para tomar las decisiones que son necesarias en la vida cotidiana. Gestionar la vida familiar se volverá difícil, si no imposible.
- e) La curación necesita cierta dosis de claridad. Sólo cuando las cosas se enderezan (los cuerpos aparecen, los oficios religiosos se celebran y el duelo queda validado por la comunidad más amplia) las personas pueden dar reposo a sus pérdidas.
- f) Todas las personas involucradas en el acontecimiento familiar del divorcio, hoy en día demasiado común, pueden comprender y llevar mejor ese hecho si lo enfocan como una pérdida ambigua. Algo se ha perdido, pero algo todavía está ahí; el matrimonio ha terminado, pero se sigue siendo padre o madre. Para los niños, identificar lo que se ha perdido y pasar el correspondiente duelo, al tiempo que reconocen los vínculos que siguen existiendo en sus vidas, es un acercamiento más saludable al divorcio que decirles sin más: “Mamá y papá ya no se quieren, pero siempre te querrán”. A los niños les resulta a menudo difícil confiar en esa afirmación. Saben que han perdido algo; se les podría corroborar ese hecho y, asimismo, subrayar lo que permanece igual en la familia. Además tanto los niños como los adultos se sienten aliviados al descubrir que lo que experimentan tiene un nombre. El problema no es el divorcio en sí, sino la ambigüedad y la pérdida sin resolver que con frecuencia lo acompañan. Para aprender a vivir con la ambigüedad del divorcio y el nuevo matrimonio hace falta todo un nuevo conjunto de habilidades. Lo primero es volver a examinar qué percepción se tiene de quién es

parte de la familia y quién no. posteriormente es importante desarrollar la habilidad de abandonar una definición absoluta y precisa de familia. Eso no resulta fácil, porque las creencias y los valores asociados con la familia presentan un alto grado de variación entre las diferentes personas y lugares. Por último, ese proceso de cambio y continuidad exige un replanteamiento periódico sobre quién es parte de la familia, sobre todo durante los períodos de transición, como cuando entran personas en la familia a través del matrimonio, de una segunda unión o un nacimiento, o salen por medio de la separación, el divorcio o la muerte. Las entradas ambiguas que se asocian a las nuevas uniones y el divorcio siempre causan estrés. Replantearse la familia en las situaciones de divorcio y segunda unión es lo que permite que aumenten las probabilidades de paz y armonía. Las familias divorciadas no tienen que ser “familias rotas”; pueden ser versiones reconstruidas de la original.

En el marco de la Terapia Familiar Sistémica, las intervenciones terapéuticas con la familia Armenta, Linares, Cordero y Cortés se trataron las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la conducta de otras. Acompañaron este proceso de cambio los siguientes aspectos:

1. Reconocimiento de los recursos y fortalezas:

“Recordar las fuerzas de mi tía me hizo darme cuenta de que eso no me hacía sentir sola ni desamparada”, “tener presente la fuerza de mi nieto Hugo que le echa ganas...” (Señora Armenta)

2. **Ver** necesidades y **ver** a éstas cubiertas o con posibilidades de ser cubiertas:

Por ejemplo en la familia Armenta, observar en el nieto Samuel “problemas de hiperactividad” y ver que el niño estaba siendo atendido por un profesional de la psicología, verlo confundido en el trato que recibía de abuela o mamá, mamá o hermana, tía o hermana, abuelo o papá, papá adoptivo o hermano y ver que cada vez era más claro para el sistema quién era quién en la familia; para su nieto Hugo, ante la enfermedad de fibrosis quística la necesidad de mantener el estilo de vida para lograr la calidad de vida requerida (aún cuando continuaba viendo a su hija Victoria y a su yerno

con pocas capacidades y posibilidades, ella tomo la decisión de mantenerse en la meta de otorgar elementos para que la calidad de vida de su nieto se asegurara, abriéndose a la posibilidad **de dejarlo ir** a la guardería).

3. Recibir cuestionamientos de algún miembro de la familia o de amigos acerca de la relación de dependencia con el otro.
4. **Definir** sus relaciones con los demás: poniendo límites, no dando mayor pauta a los problemas y cortar bromeando o haciendo cosas para distraerse.
5. **Ver cosas que no veía y tomar acción sobre ellas.**
6. Hablar de sus sentimientos.
7. Hablar de un secreto.
8. Definir certezas: (necesitan estar fuertes y saludables, su ser querido tiene grandes recursos personales ya que lo formaron fuerte, inteligente y sensible, la familia atraviesa por un periodo de nido vacío, se requiere de una nueva adaptación y con ello de una nueva organización ahora como pareja, la pareja ha superado con antelación procesos de adaptación, ello habla de sus fortalezas y recursos, es hora de echarlos a andar).

Los subrayados tienen la intención de enfatizar el elemento epistemológico que le permitió a los pacientes aprender y con ello cambiar el tipo de interacción que sostenía con los demás. Ver y definir una relación trajo luz y claridad en el camino que querían seguir. Estos elementos son primordiales para romper con la ambigüedad que venían cargando, ambigüedad envuelta de varias incertidumbres: ¿soy la esposa de mi marido aún cuando no lo vea yo cotidianamente, ni mis hijas, ni vecinos, ni familiares...? ¿Cómo comportarme con mi hija madre soltera si continúa viviendo bajo mi techo? ¿Cómo le digo a mi nieto que no me diga mamá si es a mí a quién ve más tiempo? ¿Cómo descuido la salud de mi nieto

que estuvo en peligro de muerte si veo que sus papás no están capacitados para asistirlo y además me lo dejan para cuidarlo?.

Este proceso dialéctico ver y definir, definir y ver se instaló en la forma de conducirse de los pacientes. Señalemos como ejemplo lo planteado por la señora Armenta en una conversación terapéutica *"no me había dado cuenta de que no veía"* principio que nos dio pauta para ampliar su construcción: ver que no vemos nos coloca en un lugar de reflexión.

Fueron diversos los movimientos terapéuticos que posibilitaron destejer la madeja de elementos de esta ambigüedad. El elemento central desde el inicio de la terapia consistió en **clarificar y nombrar** los sucesos de vida por los cuales estaban atravesando y a los cuales les tenían terror. Por ejemplo la familia Cordero venía guardando un secreto que cada día les pesaba más, dado que tenían la encomienda de darlo a conocer a su hija, esto aunado al temor que tenían de dañarla psicológicamente. Poder **nombrar y definir** su relación *"nosotros no somos tus papás biológicos, somos tus papás adoptivos"* abrió la posibilidad de cambio. Establecer un nuevo contrato terapéutico con la familia especificando que se trabajaría el duelo por el que estaban atravesando fue otro elemento importante en el proceso terapéutico, dada la mínima atención que le estaban otorgando al impacto que esta pérdida podría traer a sus vidas. Dar lugar a pequeñas certezas dio posibilidades a pequeños cambios; nombrar y definir, es decir darle nombre a lo que se está viviendo, sintiendo o pensando y darle un lugar que defina la nueva relación resultó la condición epistemológica para que las familias empezaran a romper con las incertidumbres que estaban llenando sus vidas. Es cierto que para la familia Cordero, por ejemplo, quedó la esperanza de que un día volverían a ver a su hija, pero ya no con una espera paralizante, confusa y dolorosa como antes. Al parecer, el matrimonio Cordero empezó a crearse otra historia, otra forma de vivir su duelo.

Terapéuticamente era necesario definir y separar los subsistemas familiares; propiciar que cada uno de los integrantes reconociera quién era y qué papel jugaba en el nuevo sistema familiar.

Se requirió así de colocar a los diferentes subsistemas en su lugar; desequilibrando la jerarquía disfuncional para establecer jerarquías funcionales (citemos a la familia Linares, en la que, al parecer, la jerarquía disfuncional otorgó oportunidades para la expresión no

adaptativa de Jesús, la gran posibilidad para el lucimiento de Altagracia, el fortalecimiento de la reina mamá, y la figura desdibujada del padre. Cuando esta estructura se modifica al plantearse la ausencia física del padre, la necesidad de un equilibrio se ve expresada, estableciendo límites claros, iluminando los recursos de la familia a través del rastreo de las experiencias de vida y de la familia de origen, reconociendo el proceso de adaptación en el que se encontraba dado el ciclo de vida de la familia; el rompimiento de premisas familiares como que enfrentarse a los demás hablando para dar a conocer una postura personal trae problemas, que la separación no necesariamente es pérdida, escuchar voces reflexivas alrededor de cómo han ido construyendo su forma de ver las pérdidas, abriéndose a la posibilidad de construir otra historia. Esto empleando el cuestionamiento circular con la elaboración de preguntas reflexivas, de relación, explicativas alrededor del problema, presuposicionales, con proyección al futuro; intervenciones apoyadas de la connotación positiva (Penn, 1982; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1978, 1980; Tomm 1985).

Goldbeter-Merinfeld (2003) resalta la importancia que reviste el lugar de los ausentes en la coreografía familiar, para la autora el trabajo del duelo se encuentra bajo la influencia de contextos emocionales y socioculturales que nos concierne a todos. Sin embargo plantea:

“los adeptos al enfoque sistémico, concentrándose primeramente en la necesidad de hacer acudir a la sesión de terapia a los miembros del sistema, se muestran bastante poco sensibles a los ausentes cuya presencia es totalmente imposible solicitar, sea porque viven a una distancia demasiado grande o porque ya han muerto” (p. 140).

La autora ha desarrollado un modelo de trabajo terapéutico donde se reconoce la presencia de los ausentes;

“la propuesta sería construir el sistema como un conjunto incompleto: siempre faltará uno u otro de sus participantes. No me refiero aquí sólo a los que no están presentes durante una sesión porque han tenido un impedimento o porque rehúsan venir, sino que pienso también en los que han ‘desaparecido’>> físicamente del sistema familiar; el ex cónyuge que no vive ya en la casa, los hijos que dejaron el nido, los parientes fallecidos, etc. Estos ausentes pueden haber sido ‘terceros pesantes’ o ‘terceros ligeros’. La función que se les había asignado en la familia hará más o menos fácil el duelo a realizar por los que están confrontados con

* Para la autora la definición de un <<tercero pesante>> es la de una persona colocada por las otras en un lugar que permita al conjunto del sistema familiar no tener que enfrentarse con la muerte de la persona allegada, no tener que vivir un <<duelo imposible>>.

su ausencia... La construcción que propongo mantiene en el 'presente familiar' los lugares vacíos de los 'terceros pesantes', de la misma manera que la historia no existe sino en su relato actualizado en forma subjetiva. Estos terceros ausentes participan en la homeostasis afectiva del sistema familiar mucho más que como fotografías colgadas en la pared o reunidas en un álbum. A veces, su ausencia física es tan intolerable –siendo su presencia indispensable para la protección del sistema- que se produce la búsqueda de un reemplazante... Si se explora la hipótesis según la cual el síntoma tendría la función de desviar a la familia de la confrontación con una ausencia insoportable, se puede sospechar entonces que no se ha hecho nada para permitir que se inicie un proceso de duelo” (p. 141, 142 y 144).

Resulta importante señalar que desde la Perspectiva Posmoderna, particularmente en la Terapia Narrativa, White (2002b) ha desarrollado intervenciones dirigidas al tratamiento del duelo ante pérdidas definidas a través de prácticas de re-integración, que citando a Myerhoff son descritas como:

“...La reagrupación de los miembros, de las figuras que pertenecen a nuestra historia de vida, de nuestros propios *yo*s anteriores y de los otros significativos que forman parte de esa historia. La re-integración es, entonces, una unificación deliberada y significativa, completamente diferente de la pasiva, continua y fragmentaria sucesión de imágenes y sentimientos que acompaña a otras actividades en el fluir normal de la conciencia” (p. 40).

En este tratamiento White plantea que a través de prácticas de re-integración las personas pueden: a) suspender o exaltar, revocar o privilegiar y degradar o ascender a determinados miembros de sus vidas, b) opinar mejor sobre qué voces habrán de ser reconocidas cuando de su identidad se trate y sobre quiénes estarán autorizados a hablar de tales cuestiones, c) recibir alternativas con respecto a la selección de nuevos miembros entre personas y grupos de personas que estuvieran disponibles y quisieran asociarse, d) sugerir posibilidades y brindar oportunidades para que las personas reconozcan más directamente las contribuciones importantes y valiosas que otras personas han hecho en sus vidas; esto, a su vez, hace que estas otras personas generalmente lo experimenten como un importante reconocimiento hacia ellas, e) al realizar estos reconocimientos de las contribuciones de los otros, se experimenta que la propia vida es descrita con mayor riqueza, f) estos actos de reconocimiento pueden hacer que las personas reactiven pertenencias que estaban inactivas, volviéndose a vincular con algunas de las figuras de su historia, g) con estos actos la

persona siente que la historia de su vida está ligada a las historias de las vidas de otros, en torno a determinados temas y a valores y compromisos compartidos, h) estos actos de reconocimiento posibilitan que la gente experimente, en su vida cotidiana, la presencia más completa de estas figuras, aun cuando estas ya no estén materialmente disponibles, i) el sentimiento de estar unido con otros de este modo y de experimentar la vida descrita con mayor riqueza abre nuevas posibilidades para la acción en el mundo y, j) hace a las personas menos vulnerables al sentimiento de soledad frente a la adversidad proporcionando un antídoto contra el sentimiento de aislamiento.

“A través de estas prácticas de re-integración, en la revisión de los integrantes del club de la vida de una persona, aquellos integrantes a los que se honra o se eleva en estatus pueden considerarse los que han proporcionado el contexto para la generación de los valores y habilidades para la vida preferidos. Frecuentemente, se trata de las alianzas históricas que han sido significativas en la derivación de la descripción preferida de su identidad que hace la persona. Al examinar esas asociaciones, aquellos saberes y habilidades y aquellas descripciones de la identidad pueden ser identificados y explorados en sus particularidades (los descubrimientos, los actos de darse cuenta, las conclusiones, los aprendizajes, las prácticas de resolución de problemas, etcétera que son significativos, quedan más densamente descritos). Esto contribuye muy significativamente a que la persona se sienta poseedora de un conocimiento, a dar forma a nuevas propuestas para la acción en sus vidas y a que estas propuestas se expresen de maneras específicas” (pp. 41 y 42).

White (2002b) nos ilustra cómo a través de explorar conversaciones que él llama “decir de nuevo hola”, se incluye la relación con el ser querido ausente, contribuyen para acercarlos a las personas en sus vidas cotidianas experiencias del tacto y las voces de los seres queridos ausentes; propiciaron que las personas se desprendieran de la desesperación, el abatimiento y del sentimiento de vacío que se había convertido en la experiencia central de sus vidas, recuperando un sentido de identidad familiar y confortante. La pregunta sería ¿Cómo conducir el tratamiento cuando la familia se ve envuelta por una pérdida ambigua? ¿Qué tipo de práctica de re-integración podemos construir ante la incertidumbre: “¿Estoy o no casada, ya que mi marido está desaparecido hace décadas?” “¿Cómo respondo a la pregunta de cuántos hijos tengo, si he dado a uno en adopción?” “¿Somos todavía una pareja, aunque mi marido tenga demencia y ya no me reconozca?”.

Queda camino por recorrer para los terapeutas familiares interesados en co-construir nuevas narrativas que posibiliten, como señala White dar forma a nuevas propuestas para la acción en sus vidas y a que estas propuestas se expresen de maneras específicas.

3. Formación e Intervención Terapéutica

Justo en este camino recorrido durante mi formación en el Programa de Maestría presento el siguiente análisis formulado desde las distinciones que fui elaborando, en las diversas etapas que viví en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la supervisión directa e indirecta, las implicaciones del trabajo en equipo, la elaboración de productos tecnológicos individuales y colectivos y el crecimiento de mi práctica terapéutica.

La puntuación del terapeuta

Desde el abordaje de las distinciones, precisaré que en las dos familias restantes a las que no hice referencia durante el análisis clínico, también observé la presencia de la pérdida, pero de carácter definido, no ambigua como en las cuatro restantes. En la primera familia, una pareja de esposos se presentó a terapia después de haber perdido a su bebé de 7 meses de gestación aproximadamente. La segunda familia (familia Rendón) incluía a una joven estudiante del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco; en este caso el aviso de la pérdida era hacia la salud, las expresiones somáticas (gastritis y colitis nerviosa) hablaban de la violencia intrafamiliar en particular en los padres de esta joven.

Esto da pauta para hacer referencia a cómo la puntuación del observador cobra sentido. Resalté ambas pérdidas en el proceso terapéutico vivido con las familias. No obstante, las enfermedades crónico degenerativas y psicosomáticas bien habrían podido ser otra categoría que hubiera permitido el análisis de la familia Armenta, la familia Cordero y la familia Rendón, como también el análisis de las relaciones complementarias versus simétricas en las dos parejas de matrimonios jóvenes.

Podemos considerar que la puntuación de cada uno de los terapeutas observadores nos puede ofrecer una serie de posibles combinaciones.

La persona del terapeuta

En particular, trabajar con los jóvenes, me atrae más, dada la vinculación que como docente he tenido. Resultaron satisfactorios los cambios observados en ellos, qué decir ante la erradicación de los síntomas de colitis y gastritis de la joven Rendón. No obstante, trabajar con las seis familias me permitió comprender el momento empático en el que me vi involucrada al inicio de las sesiones. El dolor como elemento común en estas cuatro de las seis familias me preocupaba y de repente quería saltar mi idea antigua de que la responsabilidad de la cura, avance o evolución de la familia estaba en la persona del terapeuta. ¡Qué importancia tiene para la formación del terapeuta la visión sistémica y la cibernética de segundo orden!

Albueme (2000) plantea que para Delgado y Gutiérrez, la metodología para la auto-observación supone:

“Partir de premisas básicas hacia una definición clara y precisa de lo que se va a observar para llegar a niveles altos de certeza y comprensión del sentido de las acciones de los sujetos, pues certeza y comprensión del sentido son los fundamentos de la validez de la auto-observación. El concepto de certeza se refiere a la probabilidad que otra conciencia objetiva atribuye al objeto y con ello coopera en su constitución. La certeza por tanto aumenta en función del conocimiento vivencial de la persona auto-observadora al asumir la premisa epistemológica de conjugar una doble dimensión existencial, es decir se disuelve la barra separadora mediante la integración del sujeto y objeto. La auto-observación constituye un procedimiento de aprendizaje conocimiento inverso del realizado, porque se aprende a ser un observador de sí mismo. Es una reconstrucción del conocimiento a través de la experiencia del sujeto” (p. 17).

“Participación y observación son dos dimensiones presentes en la experiencia humana. Familia, alumno-terapeuta, y supervisor (equipo) son partes interactuantes del proceso formativo donde el objetivo es la “búsqueda del equilibrio entre la teoría, la práctica y el crecimiento personal del equipo” (alumno-terapeuta, supervisor y familia)” (Albueme, 2000; p. 21).

Terapeuta y paradigmas anteriores

Otra distinción la ofrece el uso del lenguaje de acuerdo a la filosofía del terapeuta en relación a su campo de acción profesional. Describiré cómo el empleo del concepto “trabajo” y “muchachos” me permitió comprender que el terreno epistemológico que el terapeuta pise, define a éstos y a la realidad que se construye.

El concepto “trabajo” con el cual inicié mi formación como terapeuta familiar sistémica conllevaba una visión que me llevaba a centrarme en las acciones a emprender para conocer y proyectar la diferenciación de la persona. Al momento de decir “veamos su trabajo” parecía a los oídos de los demás que el lenguaje era académico, con el riesgo a ser acompañado con la idea de que la terapia significaría “educar”. Tomar distancia analítica y distinguir cómo el uso de la palabra puede dar significado a la relación que se construye fue fundamental.

Por otra parte, al referirme a una de las parejas de jóvenes esposos como “muchachos” y siguiendo mi filosofía de acercarme a los jóvenes desde una relación de igualdad, me dio la oportunidad a través de las observaciones de mis supervisoras y de que introdujera a mi visión el análisis sistémico (que me ha llevado todo un proceso) de entender cómo en el plano terapéutico estaba siendo isomórfica con el sistema de esa familia.

Cuando los observadores entramos en el mundo de nuestras observaciones, se abre la posibilidad de cambiar nuestra forma de percibir el proceso terapéutico, la enseñanza-aprendizaje, la supervisión, y porque no la forma en que nos conducimos y formulamos nuestra filosofía de vida.

Terapeutas: sujetos éticos

Resulta interesante el planteamiento que hace Von Foerster (1984) en relación al origen y diferencia entre los códigos morales y la ética. Pensar que mi relación es de independencia con lo que observo me facilita el señalar o decir a los demás qué hacer, qué pensar, “debes de”; esto es diferente a concebirme dentro o en interdependencia con lo que observo ya que el planteamiento se dirige a mi persona “cómo debo pensar”, “cómo debo actuar” y agregaría “cómo quiero actuar”. Colocarme como sujeto ético conlleva observar cómo se

trazan en mis observaciones mi historia personal, familiar, la visión que tengo de género, la posible presencia de valores que pueden estar influyendo en mi descripción, el mundo de elecciones (entre las diversas elecciones que tenía, decidí actuar así), el grupo de referencia o, como diría Elkaim (1990), lo que siente el terapeuta remite no solamente a su historia personal, sino también al sistema en que este sentimiento emerge: el sentido y la formación de esa experiencia vivida se vuelven herramientas de análisis y de intervención al servicio mismo del sistema terapéutico.

“Abstraemos de la definición que hacemos de nosotros mismos en relación a nuestro género, momento de vida, marco referencial, los contextos en los que interactuamos y que nos determinan, así como nuestras relaciones con los otros significativos, nos impide servirnos de esas convergencias con las singularidades de los otros, que entendemos porque resuenan con nuestras historias. Reflexionar sobre nuestras historias de vida, nos permite también curiosear sobre las diferencias que reconocemos en los otros y que con mayor razón necesitamos conocer. Reconocer que son diferentes a nuestras identidades o similares, pero singulares, define caminos de comunicación sobre convergencias y divergencias, que a través de nuevas relaciones –las del terapeuta y los individuos en interacción- pueden favorecer a la construcción de nuevas realidades, para el terapeuta, y los individuos del sistema terapéutico. Cambios en las visiones del terapeuta sobre sí mismo porque también sus propias visiones e historias se ven modificadas en el interactuar terapéutico (Fortes, 2000, p. 41).

Para algunos autores todo terapeuta ético debe preguntarse a sí mismo, cómo es posible llevar a cabo la terapia.

- El terapeuta debe reflexionar en voz alta o en su conversación interna (Andersen, 1996); de ahí puede abrir nuevos caminos para los consultantes y para él mismo.
- El terapeuta debe reflexionar que no es el mismo que era antes de una sesión con el sistema terapéutico. (Ceberio y Watzlawick, 1998).
- Tomar la formación en serio, ya que esto constituye un signo de la madurez de un campo profesional. (Bloch, D., 1980).

- El buen trabajo clínico debe incluir el reconocimiento del factor fundamental que es la socialización basada en el género del paciente. (Tarragona, 1990; Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1988).
- En general, nuestro objetivo debe ser llegar a tener una postura crítica que favorezca la toma de conciencia de las relaciones de poder que se ocultan dentro de los supuestos de todo discurso social, incluyendo al discurso crítico mismo. Así, no sólo nuestra teoría sino también nuestra práctica deben reflejar una conciencia de las relaciones de poder ocultas. No basta con dejar de culpar a las mujeres o con valorar a los grupos étnicos. El activismo, especialmente a favor de una "buena causa", corre el riesgo de reforzar las ilusiones de poder de los profesionales (Lynn Hoffman, 1991).

4. Terapeuta en formación

Empleo de modelos

Otra distinción la visualizo en el empleo de un modelo de Terapia Familiar Sistémica. Como terapeuta en formación subrayo la importancia del empleo de modelos de terapia directiva como el Estructural y de Terapia Breve Centrada en el Problema en cuanto a que otorga de estructura, de orden, de sistematización y de posibilidad para ejercitarse en la visión sistémica, interaccional y relacional. Desde el Modelo de Milán empecé a encontrar la posibilidad de abrir nuevas consideraciones socioculturales que hacían eco en las preguntas que me venía haciendo con respecto a la terapia. No porque los modelos a los que me referí no consideren lo sociocultural, sino porque en este modelo en particular la forma de concebirlos y de abordarlos abarcaban análisis de ese interjuego entre lo individual, lo familiar, lo social, lo cultural. Plantear por ejemplo el uso de un ritual como intervención terapéutica, donde se encerraba toda una serie de significados sociales a resaltar ya fuera para fortalecerlos o para romper con ellos o el empleo de la connotación positiva donde el significado de la interacción familiar cobraba un sentido de utilidad para

la homeostasis de la familia, quitaba mucho la idea de culpabilizar o victimizar a los miembros de la familia.

Considero que por el momento de mi formación como terapeuta me dirigí hacia el empleo de los Modelos Estructural y de Terapia Breve Centrada en el Problema fortaleciendo mis intervenciones a partir de los fundamentos del modelo de Milán y de la Narrativa empleando el lenguaje externalizante durante varias sesiones.

“Las narraciones se construyen cuando se violan las creencias constitutivas de la psicología popular. Creencias como que el mundo está organizado de determinada manera, que se quieren determinadas cosas, creencias sobre el presente, el pasado y el futuro; que nos relacionamos con el tiempo de determinada manera, de nuestra manera, de nuestra cultura. La esencia de la psicología cultural es la construcción de significado. Sólo podremos comprender la interpretación y elaboración de los significados a medida que seamos capaces de especificar la estructura y coherencia más amplia en la que se crean y transmiten significados específicos” (Brunner 2002; p. 37)

White (2002a) señala que las lecturas que los terapeutas realicen vinculadas con el desarrollo reciente de la teoría social, entre ellas la teoría crítica pueden aportar elementos al terapeuta para considerar:

“Las diversas maneras en que estamos –o podríamos estar- reproduciendo la cultura dominante dentro de la disciplina terapéutica. También nos puede ayudar a considerar la manera en que diversos aspectos de esta reproducción cultural pueden resultar dañinos para las personas que solicitan nuestra ayuda y, asimismo, para nuestras propias vidas...El pensamiento crítico nos alienta a revisar nuestros supuestos y a hacer visibles algunas de nuestras prácticas cotidianas de vida y de relación que damos por sentadas. Una consecuencia de esto es que nos hacemos más conscientes de los efectos que tienen estas maneras de pensar y de actuar y una segunda es que se nos hace más factible responsabilizarnos por los efectos reales de nuestro trabajo en las vidas de las personas que solicitan nuestra ayuda” (p. 40).

Modalidades de supervisión: Supervisión sin la presencia del supervisor.

Continuando con las distinciones abro el espacio para señalar cómo se puede presentar el desarrollo y desempeño de un terapeuta en formación en relación al tipo de modalidad en la supervisión. La supervisión en vivo donde familia, terapeuta, equipo terapéutico y supervisores están presentes en un mismo espacio y tiempo ofrece diferencia cuando la

supervisión es sin supervisor presente, es decir, la intervención terapéutica se realiza sin la supervisión directa a través de un video grabado de la sesión. Bajo esta última modalidad las líneas de intervención parecían fluir de manera más espontánea, aunque señalábamos por ejemplo el temor o la duda que nos acompañaba, alrededor de la línea propuesta para la familia. En esta modalidad se atendió el compromiso ético de analizar las intervenciones y rastrear las posibles interacciones que alrededor de nuestra línea de intervención se podían haber generado. De manera afortunada puedo señalar que en esta experiencia de supervisión atendimos cuatro casos, si bien la incertidumbre se mantuvo, el desarrollo del proceso terapéutico fue ganado autonomía y solidez para el terapeuta y el equipo.

5. Diseño de otras intervenciones

Intervención en Red

La intervención con multifamilias permite enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática ofreciéndole otras posibilidades.

“Consiste en 5 sesiones grupales, quincenales, de una hora y media de duración cada una a la que acude el adolescente con uno o más adultos significativos (madre, padre, hermano mayor, tutor). Cada tutor es atendido por dos terapeutas en presencia de todo el equipo formado por otros 8 terapeutas. Durante la primera sesión cada uno de los miembros del grupo expone las razones por las cuales están presentes, en esta sesión se busca que cada miembro se sienta acompañado en sus preocupaciones y, al mismo tiempo desetiquetar a los alumnos. En la segunda sesión se forman dos círculos, uno de adolescentes y otro de adultos, los adultos observan sin intervenir, los adolescentes exponen su problemática y su visión de lo que ocurre en sus familias que los afecta o ayuda. Con esta forma de intervención se pretende propiciar una nueva visión del adulto sobre lo que ocurre al adolescente y sobre su participación en ello. Durante la tercera sesión, se forman dos círculos pero en esta ocasión quienes hablan son los adultos. Los adolescentes observan en silencio. Se trabaja con los padres sus preocupaciones y sus dificultades para entender a sus hijos, así como los mitos familiares que les impiden mejor convivencia. Con esta manera de abordar a los adultos se pretende que los padres se apoyen entre sí para construir otra visión sobre sí mismos y sus hijos, validar sus temores y encontrar alternativas al mismo tiempo que propiciar que los adolescentes escuchen y comprendan la visión de los padres. En la cuarta sesión se trabaja con los miembros de la red buscando reforzar las nuevas historias que se han construido al escuchar al otro. En la quinta sesión se trabaja con

todos los miembros del grupo explorando cambios, reforzando las estrategias para comunicarse y ayudarse mutuamente” (Rodríguez y Sod, 1996, p. 14).

Para Elkaïm (1989)

“La eficacia de estas prácticas se debe al extraordinario impacto que puede tener la dinámica de un grupo a través de una captación compartida de la crisis y el respeto del otro... la red puede aportar transformaciones aunque solo sea por el increíble número de soluciones que posibilita... la transformación o curación puede resultar de una simple redefinición de los mensajes con lo que surge un contexto vital diferente” (p. 37).

Intervenir con multifamilias amplió el panorama tanto de visión como de impacto. Contar con la integración de la historia personal, profesional, de ejercicio terapéutico, de la visión de género de 10 terapeutas en formación, conjugada con la observación-participación de nuestra terapeuta supervisora que tejía y entretejía la conversación terapéutica comprometida con el sistema terapéutico total familias-terapeutas principales-equipo de terapeutas y la persona del terapeuta supervisor constituyó un espacio de construcción. La observación del problema, enfocarse solo en las soluciones, hasta plantear una paradoja surgía de las propias familias en la conversación terapéutica ante lo relacional. La cercanía de experiencias de generaciones: jóvenes escuchando a jóvenes, padres a padres y entre generaciones jóvenes con padres, daban eco a las voces terapéuticas en el que algo sucedía que en el espacio de trabajo se percibía una atmósfera de escucha, de interés por el otro.

Modalidad didáctica

Con respecto a la modalidad didáctica o sistema instruccional que se empleó para la capacitación y formación es de destacar la oportunidad que tuvimos de observar directamente el trabajo terapéutico de algunos de los principales exponentes de los modelos que en ese momento revisábamos, como fue Salvador Minuchin, Harlene Anderson, Lynn Hoffman y Janine Roberts. Escuchar y observar las formas diversas en las cuales ven y trabajan la terapia familiar me otorgó posibilidades para reflexionar e interrogar acerca, por ejemplo, del papel de las diferencias culturales que atraviesan las intervenciones de

estos terapeutas con respecto a las que desarrollamos en nuestro contexto social particular. También observé la importancia que tienen los rituales familiares en la conformación de formas nuevas y diferentes de vivir un proceso individual o particular, y del lugar o función del poder en el terreno terapéutico.

Este tipo de reflexiones que se dieron en diferentes momentos, ya sea de manera inmediata al revisar un modelo o bien a distancia en el tiempo de haberlo revisado; continúan y continuarán ya que desde mi perspectiva este proceso de aprender conlleva ir y regresar a los diferentes puntos y niveles de análisis en los que nos encontremos.

Continuando con esta modalidad didáctica, fuimos muy afortunados al recibir información directa de terapeutas familiares con una perspectiva y línea de trabajo específica como la violencia intrafamiliar (aspectos legales, tratamientos específicos, hombres violentos), adicciones, pareja, visión de género, hipnosis ericksoniana, programación neurolingüística, ya que esta formación nos dotó de herramientas teórico metodológicas para nuestro trabajo terapéutico.

Los productos tecnológicos que diseñamos como los videos didácticos y los manuales de los Modelos de Terapia Familiar Sistémica, así como los trípticos del ciclo vital y la historia de la Terapia Familiar, sintetizan la conjunción de diferentes elementos en la conformación de un equipo de trabajo cuya meta era la de construir y elaborar un material didáctico que sirviera para el fortalecimiento del aprendizaje de los fundamentos teóricos, metodológicos de la Terapia Familiar Sistémica y de las técnicas de cada modelo. El objetivo didáctico y operativo se cumplió, pero además se logró que las ideas, propuestas, expectativas que hasta el momento se tenía de 10 terapeutas en formación acerca de cómo era trabajar bajo un modelo de Terapia Familiar Sistémica se acompañaran y se concretaran en la realización de cada material. Observar estos productos tecnológicos de manera retrospectiva nos puede ofrecer una visión de qué es lo que posiblemente estábamos comprendiendo en ese momento y pensar cómo lo veríamos en el momento actual. (En la parte correspondiente a Anexos presento ejemplos de los Manuales de Terapia Estructural, de Terapia Breve y de Terapia Centrada en Soluciones cuya estructura general comprende sus Fundadores, Antecedentes, Sistema Conceptual y Técnicas Terapéuticas acompañadas de ejemplos hipotéticos con ilustraciones).

Diseño y aplicación de talleres: Productos tecnológicos de atención a la comunidad.

El diseño y aplicación de talleres de formación dirigido a diferentes poblaciones (niños, adolescentes, parejas, adultos) en los cuales se difundieron formas alternativas de entender, ver y relacionarse con los demás, ofreciendo temáticas como: comunicación no violenta, la comunicación en la pareja y pareja y afectividad (de manera particular, ya que se construyeron diversos talleres por los participantes de la Residencia) permitió ampliar la visión de intervención dirigida hacia la prevención y posible detección de problemáticas relacionadas con la salud y la intervención clínica.

El taller de Comunicación No Violenta que reporto, fue dirigido a 15 estudiantes pertenecientes al Programa Académico para Estudiantes de Excelencia (PAEA) de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. El taller que conformó una propuesta metodológica para desarrollar comportamientos protectores en los jóvenes desarrolló el objetivo general de que los estudiantes asistentes conocieran un modelo de comunicación que les permitiera el entendimiento mutuo entre ellos y su grupo social: familia, amigos, novio(a), maestros. Dicho taller estuvo compuesto de seis sesiones de dos horas cada una, donde se expusieron estrategias que los jóvenes pueden emplear para mejorar la relación con los otros.

El taller de Juventud y pareja fue dirigido a estudiantes del segundo semestre de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. Este taller que también conformó una propuesta metodológica para desarrollar comportamientos protectores en los jóvenes implementó el objetivo general de que los jóvenes participantes adquirieran elementos para enfrentar las posibles dificultades de la pareja a través de reflexionar sobre el proceso de construcción de la pareja, así como los problemas más comunes que aparecen en el vínculo. Los contenidos temáticos fueron las construcciones sociales sobre el ideal de pareja y el amor: enamoramiento y amor, amor erótico, amor de pareja y celos; los mapas de la realidad de la pareja su impacto en: la identidad, diferenciación, comunicación y sexualidad y problemas más comunes.

Recibir la retroalimentación de nuestras intervenciones de manera directa por las personas que participaron en los talleres, en la intervención en red, en la intervención clínica a través de la Terapia Familiar Sistémica se convierte en un aspecto fundamental para la motivación, compromiso e implicación como profesional formado en el campo de la salud.

Elaboración y Aplicación de Proyecto de Investigación

Se llevó a cabo el desarrollo y aplicación de dos proyectos de investigación, el primero de carácter cuantitativo y el segundo de carácter cualitativo. En el cuantitativo se tuvo como objetivo general identificar los niveles de ansiedad en una muestra poblacional de la carrera de psicología de la F.E.S. Iztacala, empleando el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Participaron 80 jóvenes del turno matutino con una edad entre 17 y 38 años, del segundo semestre de la licenciatura en Psicología de la F.E.S. Iztacala UNAM. Se encontró que los niveles más altos de ansiedad en la muestra estudiada, correspondieron al rango de edad de 17 a 21 años. Conforme aumenta la edad, a partir de los 17 hasta los 21 años, también aumenta la probabilidad de exposición de las mujeres a situaciones sociales y ambientales estresantes, de acuerdo con lo encontrado también por Caballo y Cardeña, (1977) y Ge et al. (1994). Sin embargo de acuerdo a esta investigación, al parecer después de los 21 años de edad, la ansiedad tiende a disminuir a niveles promedio. De acuerdo con los resultados obtenidos en las medias y en los niveles de significación se encontró que la muestra de género femenino evidenció mayores niveles de ansiedad, en comparación con el género masculino, dichos resultados son congruentes con los planteados y encontrados a nivel empírico por los autores revisados para esta investigación.

Siguiendo los planteamientos de Valles (2000); quién señala que:

“Una manera de arrojar luz sobre la naturaleza de los diseños en la investigación cualitativa consiste, sencillamente, en recordar que no hay un polo cualitativo frente a otro cuantitativo, sino más bien un continuo entre ambos (o, si se quiere, una diversidad dentro de cada uno). Ello supone romper con la imagen tradicional, en la que el investigador hacía uso de los métodos y técnicas cualitativos con propósitos sólo exploratorios o sólo descriptivos; o cuando se trataba de conocer culturas exóticas o fenómenos sociales complejos” (p. 77).

Se entrevistó a dos jóvenes de la muestra quienes obtuvieron los niveles percentiles más altos en el instrumento IDARE tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado, dado que consideramos que la entrevista como técnica implica “colocarnos en la perspectiva del otro”. Para Mella (1998),

“Ésta obedece a la necesidad de escudriñar en los significados que la interacción social tiene para aquellos que participan en ella, centrándose en el carácter unívoco de cada situación social. Entrevistamos a la gente para encontrar cosas que no podemos observar directamente; como sus sentimientos, pensamientos e intenciones, su historia y cómo la gente ha organizado el mundo y los significados que le atribuyen a lo que está ocurriendo en el acontecer cotidiano” (p. 38).

Aplicabilidad y justificación del video didáctico

La creación de los dos videos didácticos para ejemplificar de manera visual las técnicas de Terapia Familiar Sistémica tanto del Modelo Estructural como del estratégico contempló la siguiente estructura:

Para el Modelo Estructural, el video está integrado por dos componentes generales; la **explicación** de la técnica empleada y la **escenificación** de la misma. En él se ilustran a través de un caso ficticio los tres bloques que comprenden las técnicas de terapia familiar estructural: Técnicas para el reencuadre que se utilizan para cuestionar el síntoma, técnicas de reestructuración que se emplean para cuestionar la estructura familiar y técnicas de consolidación para cuestionar la realidad familiar.

Para el Modelo Estratégico se representaron dos casos clásicos desarrollados por Haley adecuándolos a la cultura mexicana en atención al empleo del lenguaje y al uso de los símbolos.

Es amplio el campo de aplicabilidad de este tipo de material didáctico ya que ofrece la posibilidad de ejemplificar las herramientas metodológicas enseñadas en el aula a través de imagen y sonido. En él, el que observa tendrá diferentes puntos de observación y de análisis según sea su puntuación.

Se abre el telón:

“Al mirar al interior de una familia, puede que uno quede súbitamente atrapado por múltiples tramas. Estas pueden ser caprichosas, desafiantes, absurdas o dramáticas, pero todas son perturbadoras, pues provocan la exasperante sensación de ser completas. Es como si uno mirara al pasar el escaparate de una tienda y viera allí refulgir el universo.

Pero lo cierto es que el terapeuta familiar está siempre en presencia de imágenes cambiantes. Con frecuencia se centra en una pieza bien definida: el miembro de la familia que ésta presenta como el paciente identificado. Pero hay centenares de otras piezas con bordes borrosos o claros que es preciso unir para ver la pauta y quizá cambiar el orden de las piezas” (Minuchin, 1985; p. 20).

Pero hay centenares de otras piezas con bordes borrosos o claros que es preciso unir para ver la pauta y quizá cambiar el orden de las piezas. Justo este mosaico con diversas partes que representan un todo es escenificado a través de no sólo un video didáctico, sino en las interacciones vivas y vividas en una cotidianeidad. Es tarea del observador delimitar su campo de observación y con ello la puntuación que realiza, ya que a través de ello podrá:

- Definir la composición de la familia (si es familia nuclear, extensa)
- Observar los parámetros estructurales: geografía de la familia (en que orden y como se sientan o ubican en el espacio geográfico), territorio (el espacio emocional que ocupa cada uno de los miembros ¿quién es central? ¿quién periférico?), límites/fronteras, alianzas, coaliciones,
- Determinar el momento de desarrollo o ciclo vital en el que se encuentra la familia, con el propósito de clarificar posibles relaciones con la presencia del síntoma.
- Observar la capacidad de adaptación que porta la familia: su flexibilidad, su destreza para reestructurar, su resonancia,
- Observar posibles jerarquías disfuncionales.
- Observar las interacciones de los miembros.
- Identificar los diferentes subsistemas del sistema.
- Conocer las funciones ejecutivas de los miembros en los diferentes subsistemas.
- Formular una o varias hipótesis sistémicas.

Esta primera puntuación nos puede llevar a una segunda del orden del empleo de la técnica:

- ¿Para qué empleo está técnica?
- ¿Por qué en este momento?
- Además de la observación del momento de preparación de la técnica.

Posteriormente podremos reconocer los diferentes momentos que cada una de las técnicas conforma y con ello reconocer cómo se pueden ir conjugando y complementando una con otra en un orden armonioso y continuo.

Se puede emplear la posición de experto a la vez que se ilumina una interacción isomórfica con el propósito de cuestionar la realidad familiar.

La gran ventaja que ofrece un material en video es la posibilidad de congelar una imagen, proyectarla en cámara lenta, regresarla, pausarla, con el propósito de identificar, reconocer o analizar aquellas partes que estén presentes en el interés del observador-aprendiz.

La experiencia, hasta el momento, me indica que no hay como llevar a cabo o practicar la técnica para aprenderla; sin embargo la observación de ésta acompañada de su teoría y fundamentos metodológicos es crucial para el desarrollo profesional, así como la comprensión del contexto en que se aplique.

“Minuchin plantea que es un desafío enseñar a los demás, él trabaja con comportamientos analógicos, tanto que sus discípulos deber ver a muchas familias antes de que puedan empezar a reconocer las pautas invisibles que un experimentado terapeuta estructural reconoce a la primera mirada. No sirve de mucho depender de las propias facultades racionales cuando se trabaja estructuralmente, así como no sirve de mucho aprender ballet leyendo acerca de él o viendo bailar. Baste decir que para ser un buen terapeuta estructural se requiere mucha experiencia y una intensa supervisión, en vivo, por un maestro” Hoffman (1987, p.76).

¿Cómo practicar la terapia?, ¿cómo hacer para que las familias cambien? ¿cómo interviene la persona del terapeuta en esta unidad terapéutica? El telón queda abierto dada la amplia gama de preguntas que el terapeuta se puede hacer acerca de la terapia.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

A manera de conclusión presento la síntesis de algunos puntos que considero debo resaltar:

- Respecto a la puntuación del terapeuta podemos ver dos aspectos: uno que favorece la intervención y otro que la limita; el primero posibilita la detección rápida o el manejo de una problemática definida, pone en relieve aún lo que se presenta en un estado disimulado o transfigurado, para leer entre líneas la historia no dicha de las personas, sin que esto se confunda con una mera interpretación, por el contrario la curiosidad del terapeuta bajo su puntuación se constata en el arte de hacer terapia; el segundo selecciona discrecionalmente la realidad y corre el riesgo de perder de vista otros aspectos por estar tan centrados en la propia puntuación. Es en estos casos en los que el trabajo en equipo ayudó a promover la flexibilidad de diversas puntuaciones y a la amplitud de las mismas.
- Un elemento relevante es la superación del empleo de los modelos de intervención, ¿cómo trascender la influencia de la técnica y de la fragmentación que provoca una visión estructurada por modelos? Fue un cuestionamiento que de manera permanente se presentó en mis intervenciones, había que diferenciar entre la pertinencia de la aplicación del modelo con una familia determinada o la influencia de aplicar el modelo recientemente estudiado. Considero necesario un trabajo constante de ampliación conceptual y de contexto que implique lo social, político, económico y cultural que conlleve a una metavisión, metaconcepción y en consecuencia una metaintervención.
- Las consideraciones alrededor de la persona del terapeuta, y como sujeto ético, revisten de gran importancia en la trascendencia del espacio terapéutico como la máxima expresión de respeto hacia el anonimato de las familias, en los diferentes círculos plenarios de carácter clínico-formativo y de tiempo libre, por ejemplo en la pre y post sesión, en los seminarios y en los pasillos. Comúnmente la relación de respeto y atención que se despliega frente a las familias no logra mantener su continuidad fuera del espacio terapéutico, por ello a manera de sugerencia se debiera considerar esto como un principio ético que todo terapeuta se conduzca con

respeto ante las familias frente y detrás del espejo como un continuo en el proceso terapéutico. De la misma manera ser cuidadosos con los expedientes y solicitar autorización de la familia para el manejo de la información generada en los espacios terapéuticos, cuando se tenga la intención de hacer publicaciones, presentaciones en congresos, conferencias o en los reportes de experiencia profesional.

- Subrayo el cuidado de la persona del terapeuta, porque mi formación se vio favorecida desde distintos niveles: El clima de seguridad, confianza y respeto que propiciaron las supervisoras y el equipo de trabajo, las condiciones adecuadas para el desarrollo de un trabajo continuo: la asignación de las familia a cada terapeuta, el acceso de los escenarios clínicos y equipo técnico, la atención a los procesos de la adquisición de habilidades y competencias profesionales, la búsqueda de ser empáticos no sólo con la familia sino también con la persona del terapeuta, en consecuencia se sugirió solicitar apoyo terapéutico si se consideraba necesario.
- Considero que la figura de tutor planteada en el Programa de Maestría adquiere un carácter primordial para el desempeño de los terapeutas en formación. En particular quiero señalar que el apoyo tutorial fue un espacio en el que confluieron diversas momentos de análisis: teórico, metodológico, clínico, administrativo, contextual y personal, me permitió tener condiciones que potenciaron y posibilitaron mi formación integral con la que cuento.
- Finalmente resalto las modalidades didácticas que definieron al Programa de Maestría en Psicología, en el que da una visión inicial a través del tronco común para unificar criterios en la Psicología y dar pie a la aplicación del Programa de Residencia específicamente el de Terapia Familiar Sistémica mismo que se caracterizó por su énfasis en sus Prácticas Clínicas Supervisadas llevando un total de 1600 horas de supervisión. Adicional a esta característica señalo la sustitución del desarrollo y elaboración de una tesis por una exigencia aún mayor que es el examen y el reporte de habilidades y competencias profesionales para la obtención del grado.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuerne, F. (2000). El proceso formativo en psicoterapia familiar: Propuesta de evaluación cualitativa en el proceso de supervisión. En: Centeno, G. M., Barrientos, M. P., Juárez, O. D. y Jiménez, G. R. (comps.) *La Terapia Familiar en México*. Hoy. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Andersen, T. (1996). Reflections processes: Acts of informing and forming. En: S. Friedman (Ed). *The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy*. 11-37. New York: Guilford Press.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Andolfi, M. (1980). Cómo llevar a la terapia a las familias con una organización rígida: intento de integrar las intervenciones estratégicas y estructurales. En: Fishman, H. Ch. y Rosman, B. L. (1988) (comps.) *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.
- Andolfi, M. y Zweling, I. (1993) (comps.). *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Paidós Barcelona/Buenos Aires/México.
- Aurón, F. (2000). La sinfonía de la supervisión. En: Jiménez, G., Barrientos, M., Juárez, O. y Centeno, G. (comps.) *La Terapia en México*. Hoy. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Bergman, J. (1991). *Pescando barracudas. Pragmática de la Terapia Familiar Sistémica breve*. Paidós. Terapia Familiar. Barcelona.
- Bertalanffy, L. Von (1986). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Bloch, D. (1980). El futuro de la Terapia Familiar. En: Andolfi, M. y Zweling, I. (1993) (comps.) *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Paidós Barcelona/Buenos Aires/México.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica*.

Diálogos sobre teoría y práctica. Amorrortu editores. Buenos Aires.

Boss, P. (2001). La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.

Bowen (1966). Aplicación de la teoría de la familia en la práctica clínica. En: Andolfi, M. y Nichilo M. (1991) (comps.) De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Paidós. Barcelona/México.

Bruner, J. (2002). Actos de Significa. Madrid. Alianza Editorial.

Caballo, V. & Cardeña, E. (1997). Sex differences y the perception of stressful life Events in a Spanish sample: some implications for the Axis IV of the DSM-IV. Personality and Individual Differences, 23, 353-359.

Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1988). La construcción del Universo. Herder. Barcelona.

Cooklin, A. (1988). La unidad ambulatoria familiar: la reforma de los elementos de la vida familiar. En: Fishman, H. Ch. y Rosman, B. L. (comps.) El cambio familiar: desarrollo de modelos. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.

De Shazer, S. (1999). En un origen las palabras eran magia. Gedisa. Barcelona.

Elkaim, M. (1989). Las prácticas de Terapia en red. Gedisa. España.

----- (1990). Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico. Gedisa. Barcelona.

Falicov, C. (2002). Migración, pérdida ambigua y rituales. En Perspectivas Sistémicas, Num. 69, Diciembre/Febrero.

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

- Fortes, J. (2000). Tú... Yo... Nos-Otros: Identidades familiares, una reflexión a fin de milenio. En: Centeno, G. M., Barrientos, M. P., Juárez, O. D. y Jiménez, G. R. (comps.) La Terapia Familiar en México. Hoy. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Friedman, S. (2001). El nuevo lenguaje del cambio. Gedisa. Barcelona/España.
- Ge, X., Lorenz, F., Conger, R., Elder, G. & Simon, R. (1994). Trajectories of stressful lifeevents and anxiety, symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467-438.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2003). El duelo imposible: Las familias y la presencia de los ausentes. Herder. Barcelona/España.
- Haley, J. (1973). Terapia no convencional. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- (1976). Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Hoffman, L. (1981). Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. Fondo de Cultura Económica. México.
- (1985). Beyond power and control: toward a "second order" family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3 (4), 381-396.
- (1989). "Una posición constructivista para la Terapia Familiar". *Psicoterapia y Familia*. Vol. 2, No. 2, 41-53.
- (1990). "Constructing Realities: An Arto f Lenses". *Family Process*. Vol. 29, No. 1, 12.
- (1991). "A reflexive stance for family therapy". *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. Vol 10, No. 3 y 4, 4-17.
- Keency, B. (1994). Estética del cambio. Paidós. Barcelona.

- Kohen, C. (1997). Traumas políticos, opresión y rituales. En: Imber-Black, E., Rpberts, J. y Whiting, R. (comps). Gedisa. Barcelona.
- Licea, J., Paquentin, F. y Selicoff, H. (2002) (Comps). Voces y más Voces: El equipo reflexivo en México. Alinde. Instituto de Psicoterapia.
- Luepnitz, D. (1988). The Family Interpreted Feminist Theory in Clinical Practice, Nueva York: Basic Books.
- Madanes, C. (1982). Terapia familiar estratégica. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Mastache, M. y Limón, A. (1996). La transición construccionista en la Terapia Familiar. En: Tesis. Antecedentes, evolución y tendencias contemporáneas en la Terapia Familiar Sistémica. México: Facultad de Psicología de la UNAM.
- Maturana, H. y Varela, F. (1985). El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano. Editorial Universitaria. Santiago Chile.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción Social. Paidós. Barcelona.
- Mella, O. (1988). Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación Cualitativa. Santiago: CIDE. 25-74.
- Minuchin, S. (1974). Familias y Terapia Familiar. Gedisa. Barcelona.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar. Paidós. México/Buenos Aires.
- Neuburger, R. (1997). La familia dolorosa. Mito y terapias familiares. Herder. Barcelona.
- O'Hanlon W. H. y Weiner-Davis, M. (1989). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Paidós. Terapia Familiar. Barcelona/Buenos Aires.
- Onnis, L. (1990). Terapia Familiar de los trastornos psicósomáticos. Paidós. Barcelona.

- Parry, A. (2001). Sin Red. Preparativos para la vida posmoderna. En: Friedman, S. (comp.) El nuevo lenguaje del cambio. Gedisa. Barcelona/España.
- Penn, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, Vol. 21, No.3; 267-280.
- Rodríguez, G. y Sod, A. (1996). La práctica de intervención en red al servicio de la educación. *Trabajo Recepcional*. ILEF.
- Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* Vol. 19; 3-12.
- Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). Paradoja y Contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Paidós. Barcelona/Buenos Aires/México.
- Stierlin, H., Rucker-Emden, I., Wetzel, N. y Wirsching, M. (1999). *Terapia de Familia. La primera entrevista*. Gedisa, Barcelona/España.
- Swora, M. (2001). Commemoration and the healing of memories in Alcoholics Anonymous Ethos Vol 1, No. 3, pp. 58-67 .
- Tarragona, M. (1990). La mujer en la Terapia Familiar: hacia una terapia sensible al género. En: *Psicoterapia y familia*, Vol 3, No. 2, pp. 20-27.
- Tomm, K. (1985). Reflexive questioning: A generative mode of inquiry. Unpublished manuscript..
- Umbarger, C. (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis. 75-105.
- Von Foerster, H. (1984). "On Constructing a reality". In: *The invented Reality*. De Paul Watzlawick, Norton & Comp.

- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1988). *The invisible Web: Gender Patterns in Family Relationships*, Nueva York : The Guilford Press.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000) (comps.). *Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós. Terapia Familiar. Barcelona/Buenos Aires.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. Terapia Familiar. Barcelona/Buenos Aires.
- White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.
- (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.
- (2002b). *En enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.
- Wynne, L. (1988). *Estructura y linealidad en la Terapia Familiar*. En: Fishman, H. Ch. y Rosman, B. L. (comps.) *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Gedisa. Terapia Familiar Barcelona.
- Zwerling, I. (1993). *Terapia familiar y psiquiatría comunitaria*. En: Andolfi, M. y Zweling, I. (1993) (comps.) *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Paidós Barcelona/Buenos Aires/México.

ANEXOS

EJEMPLO DE MANUAL TERAPIA ESTRUCTURAL



TECNICAS PARA EL CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR

TECNICAS DE CONSOLIDACIÓN

CONSTRUCTOS COGNITIVOS
INTERVENCIÓN PARADÓJICA
SISTENCIA EN LOS LADOS FUERTES DE LA FAMILIA.
INTRODUCCIÓN DE METÁFORAS

ESCENIFICACIÓN

EL TERAPEUTA ASISTE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA QUE INTERACTUEN EN SU PRESENCIA CON EL PROPÓSITO DE VIVENCIA LA REALIDAD FAMILIAR COMO ELLOS LA EXPERIMENTAN.

ESTRATEGIAS Y SUS DOS EJEMPLOS E INFINIDAD
MODOS DIFERENTES DE INTERACTUAR.

ESCENIFICACIÓN: DANZA EN CUATRO MOVIMIENTOS

PRIMER MOVIMIENTO:

EL TERAPEUTA OBSERVA LAS INTERACCIONES ESPONTÁNEAS DE LA FAMILIA Y DECIDE LOS CAMPOS DISFUNCIONALES QUE CONVIENE ILUMINAR.

SEGUNDO MOVIMIENTO:

EL TERAPEUTA ORGANIZA SECUENCIAS ESCÉNICAS EN QUE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA BALAN SU DANZA DISFUNCIONAL EN PRESENCIA DE EL.

TERCER MOVIMIENTO:

EL TERAPEUTA PROPORCIONA INFORMACIÓN PREDICTIVA E INSPIRA ESPERANZAS A LA FAMILIA.

CUARTO MOVIMIENTO:

EL TERAPEUTA LUMINA EN CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS LOS CAMPOS DISFUNCIONALES Y LAS NUEVAS FORMAS DE INTERACTUAR.

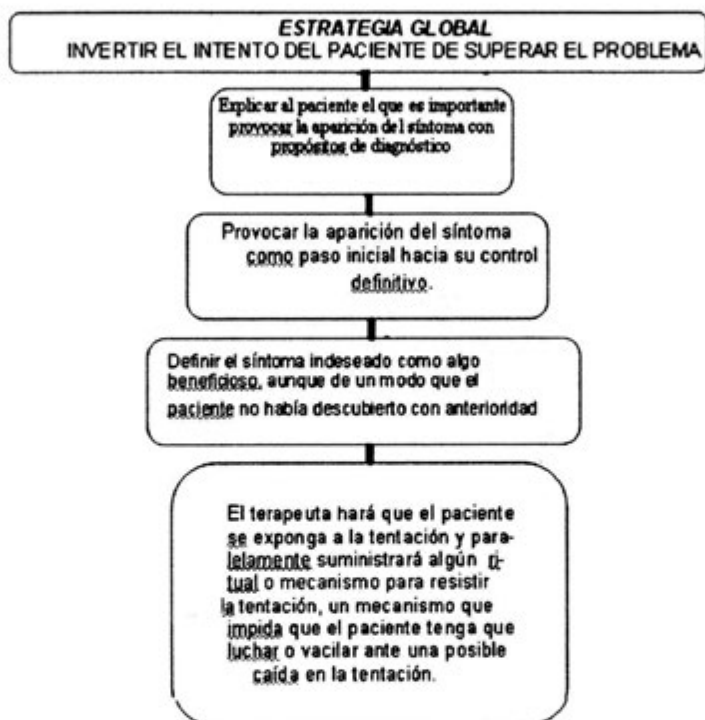
EJEMPLO:

SE PRESENTA LA FAMILIA ZARAGOZA, PRESENTANDO COMO PACIENTE IDENTIFICADO A DANIEL, UN ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE EDAD, QUE AL DECIR DE LOS PADRES ES MUY REBELDE Y DESOBEDECIENTE CON ELLOS.

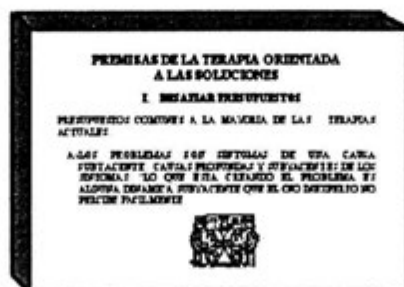
PRIMER MOVIMIENTO: INTERACCIONES ESPONTÁNEAS

EJEMPLO DE MANUAL TERAPIA BREVE

ESTRATEGIA GLOBAL



EJEMPLO MANUAL TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES



PRODUCTOS TECNOLÓGICOS (COLECTIVOS)

