

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN: TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

LA FORMACION DEL TERAPEUTA FAMILIAR Y SU PARTICIPACION PROFESIONAL EN EL SECTOR SALUD DIRIGIDA AL ENFERMO CRONICO Y SU FAMILIA.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGIA PRESENTA: GERARDO RESENDIZ JUAREZ

- DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY
JURADO DE EXAMEN: MTRA. CAROLINA DIAZ WALLS ROBLEDO
DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO
MTRA. CARMEN MERINO GAMIÑO
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
MTRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA



MEXICO, D. F.

AGOSTO 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.

AL SEÑOR DON JUAN DE LOS RIOS
DE LA VILLA DE VILLAVIEJA
DE LA CIUDAD DE MADRID

**NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

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

NOMBRE: Gerardo Reséndiz

SCORER

FECHA: 03/09/04

FIRMA: [Firma]

“Las historias no se acaban nunca, son eternas; y aunque parezca que tu historia termina, por que tu personalmente estás muerto, continúa.. No mueres.” (Cecchin).

DEDICATORIAS

A Rocío, mi esposa, que siempre ha sido una fuente de cariño, estímulo, paciencia y apoyo.

A mis padres y mi familia que siempre me han permitido conocer un poco más de mí a través de ellos.

A las distintas voces de familiares, amigos, docentes y colegas que me han acompañado a lo largo de este camino.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme un espacio de reflexión y formación dentro de sus aulas, pero sobre todo por fortalecer mi sentido de identidad como miembro de esta comunidad universitaria.

Al Centro Nacional de Rehabilitación que me brindó las facilidades de tiempo necesarias para llevar a termino este proyecto.

A la Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany que me acompañó durante los procesos de formación, y de elaboración de este reporte, a través de conversaciones enriquecedoras; y que me motivó constantemente para continuar mi desarrollo personal y profesional.

A las docentes que revisaron y aportaron sus comentarios para la elaboración final de este reporte: Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo, Dra. María Suárez Castillo, Mtra. Carmen Merino Gamiño, Mtra. Luz María Rocha Jiménez, Mtra. Silvia Vite San Pedro y Mtra. María Elena Rivera Heredia.

Al personal administrativo del Centro de Servicios Psicológicos, de la Facultad de Psicología, UNAM, que me facilitó el tiempo y espacios necesarios para atender a los pacientes y revisar el material audiovisual.

A los docentes, compañeros y pacientes que siempre me aportaron nuevas oportunidades de aprendizaje.

INDICE

	Página
Resumen	9
Introducción	10
1. Marco Teórico	11
Epistemología	11
Teoría General de los Sistemas	12
Epistemología Batesoniana	16
Teoría de la Comunicación Humana	20
Cibernética de Primer orden, Cibernética de Segundo Orden, Primera Cibernética y Segunda Cibernética	22
Constructivismo y Construccinismo Social	24
Modelos en Terapia Familiar	26
Modelo de Terapia Breve	26
Modelo Estructural	28
Modelo Estratégico	31
Modelo Mc Master	34
Modelo de Contrato Matrimonial de Sager	38
Modelo Dinámico Sistémico Integrativo	40
Modelo de Milán	42
Modelo de Soluciones	46
Modelo de Terapia Narrativa	48
Modelo de Terapia Colaborativos y Conversacionales	50
Equipo Reflexivo	51
Integración de Modelos	53

2. Integración de Casos. Descripción y análisis teórico metodológico de las sesiones.	55
Caso 1	58
Caso 3	68
Caso 6	79
Caso 7	91
3. Integración y Discusión del trabajo con las familias. Objetivos alcanzados, alcances y limitaciones del modelo utilizado, y aprendizaje del terapeuta con cada caso.	101
Caso 1	103
Caso 2	104
Caso 3	105
Caso 4	106
Caso 5	108
Caso 6	110
Caso 7	111
Caso 8	113
4. Integración del análisis del sistema terapéutico total con base en la cibernética de 2do orden, de acuerdo a su participación en los equipos terapéuticos de observación	114
a) Supervisiones	116
Supervisión del Modelo de Terapia Breve 1	117
Supervisión del Modelo Estructural 1	118
Supervisión del Modelo de Terapia Breve 2	119
Supervisión del Modelo Estructural 2	120
Supervisión de los Modelos de Terapia Breve y Estratégico	121
Supervisión del Modelo Estructural 3	122

Supervisión del Modelo de Terapia Breve 3	123
Supervisión del Modelo de Soluciones	124
Supervisión del Modelo Dinámico Sistémico Integrativo 1	125
Supervisión de los Modelos de Terapia Breve y Soluciones	126
Supervisión del Modelo Dinámico Sistémico Integrativo 2	127
Supervisión del Modelo de Milán	128
Supervisión de los Modelos Narrativos	129
Supervisión sin supervisor presente	130
Supervisión Narrada	131
b) Taller con Historia Familiar	132
c) Taller de Trabajo con la Familia de Origen	133
d) Trabajo con la persona del terapeuta	134
5. Reporte de actividades de Difusión	136
a) Presentación en cursos	136
Conferencia "Evaluación de sistemas familiares con un enfermo crónico"	136
Taller "Cuidando a la persona del psicoterapeuta"	138
Mesa Redonda "El papel de la familia en la rehabilitación del paciente discapacitado"	139
Mesa Redonda "Desarrollo de habilidades terapéuticas en el Programa de Residencia de Terapia Familiar"	140
Mesa Redonda "La investigación de las familias en el Centro Nacional de Rehabilitación"	141
b) Organización de cursos	142
Curso "Familia, discapacidad y enfermedad crónica"	142
c) investigación	143
Investigación "Estructura y creencias en los sistemas familiares con un miembro con discapacidad"	143

6. Consideraciones éticas que surgieron de la práctica profesional	144
7. Consideraciones Finales del Reporte de Experiencia profesional	148
Conclusiones	152
Lista de referencias	153
Anexos	157
Anexo 1 "Evaluación de sistemas familiares con un enfermo crónico"	158
Anexo 2 "El papel de la familia en la rehabilitación del paciente discapacitado"	172
Anexo 3 "Estructura y creencias en los sistemas familiares con un miembro con discapacidad"	178
Anexo 4 "Perfil de Egreso"	209

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es integrar los distintos aspectos que componen la formación del terapeuta familiar. El contenido incluye el marco teórico, la descripción y análisis teórico metodológico de 4 casos en los que participe como terapeuta, la integración y discusión del trabajo como terapeuta con las familias, el análisis del sistema terapéutico, el reporte de actividades de difusión, y las consideraciones éticas. A partir del perfil de egreso del programa de formación, se presentan las consideraciones finales que incluyen, un resumen de las habilidades y competencias profesionales desarrolladas, la incidencia psicosocial, los resultados obtenidos en el trabajo terapéutico, y las implicaciones en la persona del terapeuta. Se concluye que el programa de maestría brindó los elementos para el desempeño como terapeuta familiar, aunque la formación como terapeuta debe continuar a lo largo de toda la trayectoria profesional.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este reporte es la integración de los elementos teóricos, clínicos y de la persona del terapeuta, que fueron obtenidos y desarrollados a partir de la formación como terapeuta familiar, en la Maestría en Psicología Aplicada en la Salud con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, en el período de Agosto de 2001 a Agosto de 2003.

El trabajo que a continuación se describe es producto del análisis de este proceso de formación. Epistemología y modelos de terapia familiar fueron revisados paralelamente al momento en el que se desarrollaban habilidades de intervención con las familias y habilidades de integración con los equipos terapéuticos, pero para elaborar este escrito, fue necesario reorganizar la información de manera que fuera más clara y entendible para quien decida consultarlo.

Se tomaron 4 casos de los 8 con los que se trabajó en terapia, para realizar el análisis teórico metodológico, aunque se hace referencia a los 8 casos trabajados en terapia para comentar sobre los resultados terapéuticos, los alcances y limitaciones de los modelos, así como el aprendizaje del terapeuta.

En el texto se incluye el análisis de aspectos sobre el trabajo en los equipos terapéuticos, la supervisión y aspectos personales relacionados al terapeuta en formación. La participación en eventos académicos y la investigación son comentados brevemente, aunque se decidió incluir en los anexos, los trabajos que ilustran la participación como terapeuta familiar en el sector salud con el enfermo crónico y su familia. Las consideraciones éticas que se comentan en este trabajo, fueron resultado de el análisis realizado sobre el trabajo con las familias, los equipos terapéuticos y las supervisiones.

1. MARCO TEÓRICO

El marco teórico está compuesto de dos áreas que su vez incluyen distintos subtemas. La estructura de esta sección es la siguiente:

I) Epistemología
Teoría General de Sistemas
Epistemología Batesoniana
Teoría de la Comunicación Humana
Cibernética 1 y 2
Constructivismo y Construccinismo Social

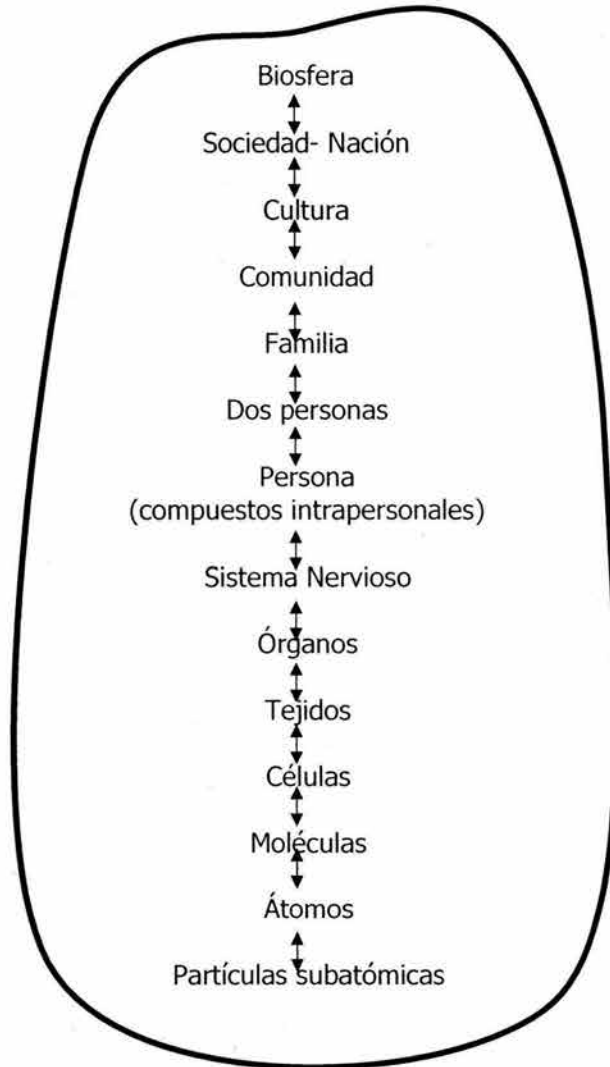
II) Modelos en Terapia Familiar:
Modelo de Terapia Breve
Modelo Estructural
Modelo Estratégico
Modelo Mc Master
Contrato Matrimonial
Modelo Dinámico Sistémico Integrativo
Modelo de Milán
Modelo de Soluciones
Modelo Narrativo
Modelo Conversacional
Equipo Reflexivo

EPISTEMOLOGÍA

Por epistemología entenderemos la manera en que conocemos lo que conocemos, la epistemología se encarga del estudio del conocimiento, de la manera en que determinados organismos o agregados de organismos conocen, piensan y deciden (Bateson,1997). Considerando que cada campo del conocimiento y cada disciplina parten de alguna posición epistemológica, la terapia familiar no es la excepción, por lo que a continuación describiré algunas de las influencias epistemológicas a la que se ha visto expuesta a lo largo de su evolución.

A) Teoría General de los Sistemas

Considera que existen sistemas en los que estamos incluidos los seres humanos. Un sistema está compuesto por una serie de elementos que una vez que establecen circuitos de relación conforman al sistema, pero cada uno de los sistemas está conectado a su vez, con otros sistemas y subsistemas; entonces pensar en la teoría general de los sistemas es pensar en distintos niveles como a continuación se ejemplifica (McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992):



Cada uno de estos niveles es influido e influye en los otros niveles. En orden descendente, cada nivel es sistema del siguiente nivel, y en orden ascendente cada nivel es subsistema del nivel siguiente.

Existen **sistemas abiertos y cerrados**, los cerrados se consideran sistemas que están aislados del medio circundante, la física y química ordinarias se ocupan de sistemas que se consideran aislados, nos hablan de las reacciones, sus velocidades y los equilibrios químicos que acaban por establecerse en un recipiente cerrado en donde se mezclan cierto número de sustancias reaccionantes. Por otra parte, se encuentran los seres vivos que son sistemas abiertos en continua incorporación y eliminación de materia, se mantienen recibiendo y generando información, como lo son los sistemas biológicos y sociales, sin mantener durante su vida un estado de equilibrio constante (Bertalanffy, 1995).

La segunda ley de la termodinámica por su parte afirma que la **entropía** es el paso de un estado menos probable del sistema a un estado más probable, que un sistema cerrado aumentará hacia su máximo, y este se alcanza cuando se logra el equilibrio; por otra parte "el concepto de **negentropía** se usa para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje codificado, un aumento de la información implica una reducción de la entropía, en estos términos la información y la negentropía son esencialmente lo mismo" (Simon, Stierlin y Wynne, 1988).

Una propiedad de los sistemas es que presentan isomorfismos, es decir, obedecen a principios generales que se observan en el funcionamiento y organización de los sistemas. Es así que se distinguen tres niveles empleados en la descripción de los fenómenos:

- a) *las analogías*, son similitudes superficiales que no se corresponden ni en factores causales ni en leyes pertinentes, más bien se corresponden como simples metáforas.
- b) *las homologías*, en las que difieren los factores, pero las leyes respectivas son idénticas en lo formal.
- c) *las explicaciones*, son las condiciones y leyes específicas que son válidas para un objeto separado o para una clase de objetos (Bertalanffy, 1995).

En lo que se refiere a los sistemas familiares se pueden observar distintos principios:

- *Causalidad Circular*: describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de "secuencia de conductas". Los procesos circulares son el interés central de la cibernética en la cual innumerables elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja. La recurrencia, como la circularidad, se caracterizan por la posibilidad que tienen causas y efectos de volver a su punto de partida inicial (Ochoa, 1995; Simon et al., 1988).

- *Totalidad*: El comportamiento de los miembros de la familia no puede entenderse como la suma de los comportamientos de los distintos individuos, sino como algo cualitativamente distinto que incluye las relaciones existentes entre ellos.
- *Equifinalidad*: Un sistema puede alcanzar el mismo estado final, a partir de condiciones iniciales distintas, es decir no existe una causa única de un problema.
- *Equicausalidad*: una misma condición inicial puede dar origen a estados finales distintos, es decir un sistema evoluciona de acuerdo a su propia coherencia interna.
- *Reglas de relación*: En los sistemas se presentan reglas que definen la relación entre los componentes del sistema.
- *Ordenación Jerárquica*: todo sistema tiene su propia organización y su propia jerarquía, en la que se define cierta responsabilidad y poder de decisión de algunos elementos sobre ciertas cosas y no sobre otras. El concepto de orden jerárquico hace referencia a la diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo. Se refiere a estados de menor complejidad que evolucionan a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos.
- *Teleología*: Es el proceso a través del cual los sistemas se adaptan a las distintas exigencias de los diferentes estadios del desarrollo, por los que atraviesa a fin de asegurar continuidad y crecimiento Psicosocial a sus miembros, este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones: "morfostasis y morfogénesis". Morfostasis, también llamada Homeostasis, mantiene la identidad y el equilibrio frente al medio, es la tendencia al no cambio. Morfogénesis: es el crecimiento y la tendencia al cambio. Estas dos funciones se articulan en un proceso complementario y dinámico. Cuando la tendencia al cambio excede los límites permitidos por el sistema, se activan mecanismos para contrarrestar esta tendencia y mantener la organización previa del sistema (Eguiluz, 2001; Ochoa, 1995).

De alguna forma la teoría general de los sistemas propone que la realidad es una totalidad que no puede ser explicada por el estudio de sus partes aisladas, sino por las relaciones que estas partes establecen entre sí y que conforman a la totalidad. Es importante aclarar que la serie de elementos por los que esta compuesto un sistema se refiere tanto a entidades físicas como a objetos abstractos, como lo son los procesos, creencias, reglas, etc. Es decir, el concepto de sistema no se limita a

entidades materiales sino a cualquier "todo" que consiste en "elementos" que interactúan.

De esta teoría se desprende que entre los distintos fenómenos hay similitudes, por lo que propone que pueden crearse principios que tengan una estructura análoga en los distintos campos, evitando caer en simples analogías que pudieran obstaculizar el progreso del conocimiento en alguna área. En este sentido la terapia familiar se ha visto influenciada por otros campos como la física, la biología, las matemáticas, la antropología, la hermenéutica, etc.

La noción de sistemas propone al ser humano como un sistema abierto y complejo, su comportamiento puede ser mejor entendido, si se amplía el foco, a un contexto más amplio del que forma parte, como elemento en relación con otros elementos. De este enfoque resulta la pertinencia de considerar al sistema familiar y social como campo de observación para entender al ser humano. Aplicado a la terapia familiar, las familias deben ser vistas no sólo como un conjunto de gente con cualidades individuales, sino también, como un conjunto de miembros que establecen vínculos e interactúan, generando la organización particular como sistema.

La familia como sistema vivo, tiene la capacidad para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Esta capacidad se refiere a la posibilidad de aprender, a la posibilidad de cambiar su organización y su estructura interna a un nivel más alto de complejidad. La familia pasa por un ciclo de desarrollo, logrando niveles de complejidad creciente, en los cuales llega a mantener estados uniformes, para más adelante alcanzar nuevos niveles de diferenciación formando nuevos sistemas.

La Teoría General de los Sistemas aportó al campo de la terapia familiar que la familia es más que la suma de sus partes; enfatizó la interacción entre las partes de un sistema y la interacción entre distintos sistemas, en este caso entre los miembros de la familia, y también entre la familia y otros sistemas como la sociedad, cultura, etc.; propuso a los sistemas humanos como organismos ecológicos incluidos en un contexto en donde se genera una red de relaciones dinámica y mutuamente influyente; permitió el abordaje conceptual de principios generados en otras áreas del conocimiento que facilitarían la comprensión de los sistemas humanos y familiares; entender que los fenómenos familiares son multicausales; considerar a la ideología, las creencias, las reglas, etc. como elementos de los sistemas; e incluir la noción de jerarquía como un componente necesario para entender la manera en que los sistemas se organizan, y en este caso los sistemas familiares.

B) Epistemología Batesoniana

Bateson (biólogo y antropólogo), fue una de las personas que más influenciaron el movimiento de la terapia familiar, tanto en sus inicios, como a lo largo de toda su evolución; no son pocos los terapeutas familiares que han regresado en mayor o menor medida sobre las ideas de Bateson para plantear nuevas aproximaciones.

Para Bateson (1998) "cualquier conjunto operante de acontecimientos y objetos que posea la complejidad adecuada de circuitos causales y las relaciones de energía adecuadas mostrará con seguridad **características mentales**; procesará la información, dará respuesta a la diferencia e inevitablemente actuará de manera autocorrectiva, sea hacia el punto homeostático óptimo o hacia la optimización de ciertas variables". Por ejemplo la computadora es siempre sólo un arco de un circuito más amplio, que siempre incluye un hombre y un ambiente, del que recibe información y sobre los que tienen efecto los mensajes eferentes que proceden de la computadora; es el sistema total en donde se encuentran las características mentales, opera mediante ensayo y error y tiene carácter creativo.

La noción de Bateson sobre mente o espíritu esta anclada en la disposición de distintas partes materiales (Bateson, 1997; Bateson y Bateson, 1989):

1. Una mente es un conjunto de partes o componentes que están en interacción.
2. La interacción entre partes de la mente es desencadenada por la diferencia, y la diferencia es un fenómeno no sustancial, no localizado en el espacio o el tiempo, la diferencia se relaciona con la negentropía y la entropía, no con la energía.
3. El proceso mental requiere energía colateral.
4. El proceso mental requiere cadenas circulares (o más complejas) de determinación.
5. En el proceso mental, los efectos de las diferencias han de considerarse como transformaciones, es decir, como versiones codificadas de sucesos que los precedieron. Las reglas que rigen tal transformación deben ser comparativamente estables, es decir, más estables que el contenido, pero en sí mismas están sujetas a transformación.
6. La descripción y clasificación de estos procesos de transformación revelan una jerarquía de tipos lógicos inmanentes a los fenómenos".

Bateson (Bateson y Bateson, 1989) enfatizaba la diferencia entre "**mapa y territorio**", términos que tomaba de Alfred Korzybski, al referirse a las epistemologías, y explicaba que las epistemologías locales continuamente han errado al confundir el mapa con el territorio, y suponer que las reglas para trazar mapas son inmanentes a la naturaleza de aquello que se representa en el mapa; al respecto Bateson decía que las reglas de comunicación y pensamiento se aplican a los mapas es decir a los procesos mentales pues en la realidad no hay mapas, ni nombres, ni clases, ni miembros de clases como tales, entonces "la enunciación ya

no tiene el sabor de una verdad desnuda y es en cambio claramente un artificio del pensamiento humano, o mejor dicho de determinados seres humanos en determinados tiempos y lugares". Con lo anterior se establecía una diferencia entre el mapa desde el que cada epistemología permite conocer su objeto de interés por un lado y el objeto de interés por el otro.

Bateson (1998) estaba interesado en estudiar los distintos niveles de aprendizaje, y utilizó el término **marcadores de contexto** para referirse a las señales o indicadores que permiten a los organismos clasificar los contextos, de esta manera explicaba como un organismo responde de distinta manera al mismo estímulo en contextos diferentes; en el caso de los seres humanos existen también marcadores de contextos de contextos. Los marcadores de contexto pueden ser digitales o analógicos, es decir, los marcadores pueden ser transmitidos como mensajes verbales o como cualquier tipo de señal no verbal.

De todas las ideas de Bateson, que encontraron en la terapia familiar un campo fértil, destacan dos por su importancia; "**la pauta que conecta**", se refiere a la suposición de este autor acerca de que los distintos elementos de la ecología están conectados a través de circuitos, lo importante es explorar las pautas que permiten entender cómo están conectados los distintos elementos. "**La diferencia que hace una diferencia**", en el entendido que los distintos elementos se conectan a través de relaciones, y que distinguimos una cosa de otra a partir de las diferencias, no de las similitudes; entonces una manera de conocer y generar nueva información, que haga una diferencia con la información que hasta un momento previo se tenía, es buscar diferencias en las relaciones y diferencias en las relaciones a través del tiempo.

Bateson percibió la importancia de la cibernética aplicada a la descripción de la interacción humana, su aportación estimuló la introducción de las ideas de la cibernética al campo de la psiquiatría y la terapia familiar. La familia dejó de ser entendida sólo como un sistema de partes interconectadas, para ser un sistema cibernético, autogobernado por mecanismos de retroalimentación. Bateson (Guttman, 1991) estaba en desacuerdo con la idea del poder en la que uno de los miembros de la familia controlaba a los demás, veía el control como un mecanismo recíproco y circular que se presentaba en la familia como sistema.

Pasó de explicar los fenómenos desde una **causalidad lineal** a una **causalidad circular**. Para él, la causalidad lineal era útil para explicar fenómenos en el mundo de los objetos sin vida, de los objetos que pueden ser sometidos a fuerzas en un sentido unidireccional, ya que los objetos son inanimados y no poseen la capacidad de interaccionar. La causalidad circular cumple mejor la función de explicar los fenómenos del mundo de las formas vivas, en las que no sólo son importantes las fuerzas sino también la información y las relaciones, este tipo de sistemas son constantemente modificados por cadenas recursivas de retroalimentación, que

parten de múltiples orígenes, desde dentro y fuera del sistema. Cuando uno describe los componentes causales del cambio sistémico, se hace inaceptable pensar en términos de la causalidad lineal, ya que esta identifica un solo factor como determinante del cambio en el comportamiento del sistema, y cuando se habla de sistemas vivos es más acertado pensar en términos de complejidad y multicausalidad, es decir, de causalidad circular.

Para Bateson un tema de especial interés era la acomodación recíproca entre el organismo y su ecología. Lo veía como un proceso fundamental, pensaba que los cambios en los organismos podían ser determinantes en la evolución de su ecología, así como los cambios en la ecología son determinantes en la evolución de los organismos. Esta concepción tiene implicaciones importantes para la terapia, por que esto traducido al ámbito de la terapia familiar, significa que los cambios de la familia tienen un efecto en sus distintos miembros, así como los cambios en uno de sus miembros tienen efectos en el sistema familiar total.

Propuso el concepto de **cismogénesis** para referirse al "proceso de diferenciación de las normas de comportamiento individual como resultado de la interacción acumulativa entre individuos" (Hoffman, 1998). Este proceso incluía las pautas de interacción simétricas y complementarias, que más adelante serían nuevamente planteadas como un axioma de la Teoría de la Comunicación Humana.

Trabajó en definir y ordenar varias clases de mensajes de acuerdo a niveles (de significado, de tipo lógico y de aprendizaje), una parte de este trabajo estaba orientado a comprender los distintos niveles a los que se comunicaban las familias. Al trabajar con las familias con un miembro esquizofrénico surgió el concepto de **Doble Vínculo**.

En 1956 el equipo Bateson, Jackson, Haley y Weakland generó uno de los escritos más discutidos en la historia de la psiquiatría "Toward a Theory of Schizophrenia" (Hacia una teoría de la esquizofrenia). En este ellos introducen el concepto de doble vínculo como determinante crucial de la esquizofrenia del niño, aunque más adelante informarían que la situación de doble vínculo es un componente necesario pero no suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia (Gurman y Kniskern, 1981; Ochoa, 1995).

En este artículo incluyen los ingredientes de una situación de doble vínculo:

*Dos o más personas.

*Experiencia repetida.

*Un mandato negativo primario.

*Un mandato secundario que choca con el primero por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Por lo regular este mandato es comunicado a niveles no verbales y ejerce su impacto sobre cualquier elemento de la prohibición primaria.

*Un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima que escape del terreno (por promesas de cariño o prohibiciones implícitas desde la infancia).

*El conjunto de los ingredientes ya no es necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en pautas de doble vínculo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland ,1956).

Los miembros del equipo se preguntaban si las pautas esquizofrénicas surgían de una incapacidad para discriminar entre los niveles de tipo lógico (ej: entre lo literal y lo metafórico). El grupo planteó la hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría aprender a aprender en un contexto en que esta dificultad fuera de alguna manera adaptativa; si podía comprenderse en este contexto el aprendizaje podrían comprenderse también los misterios del habla y el comportamiento esquizofrénicos, así la familia del esquizofrénico moldea estas formas peculiares por vía de los requerimientos de la comunicación que se imponían.

Notaron que si el paciente mejoraba otro miembro de la familia empeoraba, era como si la familia necesitara la presencia de una persona con un síntoma. Jackson se refirió a esto con su concepto de "homeostasis familiar" para describir a un sistema de información cerrado en que las variaciones del comportamiento son alimentadoras para corregir la respuesta del sistema. Para provocar una escapada se prescribía el síntoma o se empujaba a seguir en la misma dirección, dichas intervenciones amenazaban la homeostasis, y con esto se mantenía la esperanza de establecer un nuevo equilibrio o crear un nuevo equilibrio propio (Hoffman, 1998).

El doble vínculo describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. En algunas circunstancias estos callejones sin salida parecen provocar respuestas conocidas en su conjunto como esquizofrenia. El doble vínculo es en esencia una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era anulada o contradicha en otro nivel. La única manera en que se puede responder a la petición es señalando cual imposible es, burlarse de ella o abandonar el campo; pero cuando no es posible ninguno de estos cursos pueden surgir graves dificultades.

La teoría aislaba una unidad que comprendía dos comunicadores, siendo el foco de interés el tipo de intercambio entre ellos. Weakland fue el primero en romper con el molde diádico en un ensayo en 1960 "La hipótesis del doble vínculo en la esquizofrenia y la interacción en tres partes". El grupo llamo la "danza infinita de las coaliciones" al proceso en el que las familias esquizofrénicas donde al parecer dos personas pudieran reunirse para convenir o discernir, sin que interviniera una tercera persona. Dos miembros no podían formar una alianza estable ya sea por que otro miembro de la familia intervenía o por que los que se habían asociado se

sentían tan incómodos por excluir a otra persona que ellos mismos disolvían la coalición (Hoffman, 1998).

C) Teoría de la Comunicación Humana

La Teoría de la Comunicación Humana articulada por Watzlawick, Beavin y D. Jackson (1995) surge de alguna forma a partir del trabajo de investigación que desarrollaron Bateson, Jackson, Haley y Weakland de 1952 a 1962 acerca de la comunicación a distintos niveles, entendida a partir del contexto en que se presenta. En cierto sentido este trabajo derivó por un lado en el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" escrito por este grupo (Bateson et al., 1956), en el que se propone y se explica el término "**Doble Vínculo**".

Bateson estuvo atento en sus investigaciones a distintos tipos de comunicación como el juego, la fantasía, las metáforas, el humor, la risa y el aprendizaje. Los trabajos de Bateson sientan las bases para el trabajo que años más tarde desarrollarían Watzlawick et al. (1995) sobre "la Teoría de la Comunicación Humana", en donde explican los axiomas de la visión pragmática de la comunicación, que aquí describiré brevemente.

a) La imposibilidad de no comunicarse.

Toda conducta es comunicación, pero es imposible no comportarse, así es que, es imposible no comunicarse. En el ámbito de las interacciones, toda conducta tiene un valor de mensaje para el otro, es decir, no puede dejar de comunicar; por su parte el otro en la medida en que se comporta, no puede dejar de responder a nuestros mensajes.

b) Los niveles de contenido y relación de la comunicación

Todo mensaje presenta niveles de contenido y relación; el nivel de contenido transmite información (el aspecto referencial); puede referirse a cualquier cosa, independientemente de que sea falsa o verdadera. El nivel de relación transmite qué tipo de mensaje debe entenderse que es (aspecto connotativo). Es decir, el nivel de contenido transmite los datos y el nivel de relación transmite la manera en que deben entenderse (metacomunicación).

c) La puntuación de la secuencia de los hechos.

Para el observador, una serie de comunicaciones podría entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, los participantes en la interacción introducen la puntuación de la secuencia de los hechos, que tiene que ver con el recorte que cada uno de los participantes hace de los hechos, de la causalidad y de los efectos, de esta manera a decir de cada participante, cada uno podría explicar en dónde comienza y en dónde termina un circuito dado de interacción, desde la manera en que cada uno lo percibe.

d) Comunicación digital y analógica

Se refiere a dos tipos de comunicación, uno mediante una semejanza autoexplicativa (comunicación analógica) y otro mediante palabras (comunicación digital). Todo lo que sea comunicación no verbal es analógica. Predominantemente, el aspecto relativo al contenido de un mensaje se transmite de forma digital, mientras el aspecto relativo a la relación, es de naturaleza analógica. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

e) Interacción simétrica y complementaria

Puede describirse a estas como interacciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; en la interacción complementaria cada uno de los participantes complementa la interacción del otro, uno de los participantes ocupa la posición superior o primaria y el otro la inferior o secundaria (estos conceptos no se refieren a que sea mejor o peor una de estas posiciones). Cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece razones para ella, sus definiciones de la relación se encajan. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Una de las aportaciones más importantes de la Teoría de la Comunicación Humana fue el concepto de **metacomunicación**, que utilizaron para referirse a cuando usamos la comunicación para comunicar algo acerca de la comunicación. Toda interacción puede definirse como secuencias de movimientos gobernados por reglas que pueden estar o no, en el campo de conciencia de los individuos, al hablar sobre las reglas que gobiernan la comunicación y sobre el proceso que se da en la comunicación estamos haciendo aseveraciones metacomunicacionales (Watzlawick et al., 1995).

El modelo pragmático de la comunicación humana está desarrollado sobre la base del estudio de la interacción tal cual se da entre los seres humanos, y de alguna forma viene a reemplazar al modelo en que se planteaba la comunicación como una serie de elementos encadenados de forma causal y mecánica, se trataba de un modelo de comunicación basado en las condiciones ideales, con un emisor que transformaba el mensaje en señales, un canal que es el medio para transportar las señales, un receptor que es el destino a quien va dirigido el mensaje y que construye el mensaje a partir de las señales que recibe. El ruido era la principal fuente de interferencia del mensaje durante su transmisión.

D) Cibernética de Primer Orden, Cibernética de Segundo Orden, Primera Cibernética y Segunda Cibernética

La cibernética fue desarrollada y llamada así por Norbert Weiner, matemático, que estudiaba las máquinas como sistemas autocorrectivos; fue introducida por Gregory Bateson al campo de la terapia familiar, de la cibernética le interesaban especialmente los mecanismos de retroalimentación que se proponían para entender a los sistemas humanos (Hoffman, 1998; Nichols y Schwartz, 1995).

La cibernética es considerada la teoría del control y la información, se ocupa de los circuitos de retroalimentación y señala que los seres vivos son sistemas complejos con múltiples circuitos de retroalimentación que se hayan interconectados, en este sentido la retroalimentación y las correcciones pueden hacerse en diversos puntos. (Eguiluz, 2001).

Mientras trabajaban en la investigación con familias y la creación de los primeros modelos de Terapia Familiar, los terapeutas familiares adoptaron la metáfora de la **Cibernética de Primer Orden**, en este sentido se pretendía descubrir el funcionamiento y la realidad de estas familias, para crear las intervenciones que modificaran sus reglas y su interacción. Por otra parte, se consideraba al terapeuta como observador externo del sistema terapéutico con una visión objetiva, el sistema terapéutico se dividía en un observador y el sistema observado.

Un principio que incluían las primeras generaciones de terapeutas y que utilizaban como lente al observar a las familias era el de **la Primera Cibernética**, es decir, el de los sistemas homeostáticos que buscan mantenerse en equilibrio; por ejemplo, si en una familia uno de los miembros mejoraba, se esperaba que otro de los miembros empeorara, se mantenía de esta manera el equilibrio del sistema, el mecanismo que contrarresta la desviación que trasciende los límites del sistema se le llamó **retroalimentación negativa**; sin embargo, esta metáfora ayudaba a entender el no cambio más bien que el cambio. De aquí surgió la idea de los **cambios de primer orden**, que se refieren al intento de la familia por restablecer la situación que existía antes de que se presentara el síntoma (Elkaim, 1998; Maldonado, 1998; Simon et al., 1988).

Con la **Segunda Cibernética** se pasó del estudio de los sistemas homeostáticos a los sistemas alejados del equilibrio y en constante evolución; los sistemas son desestabilizados por las intervenciones que el terapeuta realiza, pero el sentido y amplitud de estos cambios son determinados por la propia coherencia interna del sistema, es decir, el sistema evoluciona de acuerdo a sus propias reglas y organización, el mecanismo que de alguna forma empuja al sistema hacia una nueva organización más allá de los límites actuales del sistema fue llamado **retroalimentación positiva**. De las aportaciones de la segunda cibernética se

incorpora la idea de **cambios de segundo orden**, que tienen que ver con cambios en la estructura familiar, cambios en las reglas y el desarrollo de nuevos recursos para la resolución de los problemas (Elkaim, 1998; Maldonado, 1998; Simon et al., 1988).

Más adelante con la **Cibernética de Segundo Orden** el terapeuta se incluye como parte del sistema observado, observador y observado forman parte del mismo sistema, se reconoce así la imposibilidad de un conocimiento objetivo por parte del terapeuta; se abandona la idea de descubrir por la de construir y coconstruir realidades en el sistema terapéutico.

De forma general la cibernética pone de manifiesto los paralelismos entre la máquina, el cerebro y la sociedad. Con respecto a la terapia familiar, la cibernética propone a las familias y más adelante al sistema terapéutico compuesto por familia y terapeuta, como sistemas autocorrectivos, guiados por los mecanismos de retroalimentación. Familia y terapeuta como sistema presentan capacidad para realizar ajustes al entorno y para realizar el proceso de aprendizaje que implica una constante transformación como sistema.

La cibernética fue utilizada en el campo de la terapia familiar para comprender el funcionamiento de las reglas familiares que gobiernan y definen lo que es permitido en cada familia; los mecanismos de retroalimentación negativa que la familia utiliza para conservar la homeostasis familiar como son la utilización de síntomas, los dobles mensajes, el manejo de la culpa, etc; las secuencias de interacción familiar que se generan alrededor de un problema; los mecanismos de retroalimentación positiva que se disparan, cuando los mecanismos para mantener la homeostasis familiar no son suficientes. Cuando la desviación del sistema excede los límites de lo permitido, se pone en riesgo la continuidad del sistema familiar, pero este desequilibrio puede ser también disparador de nuevos ajustes del sistema.

Prigogine (Elkaim, 1998) creó el concepto de **retroalimentación evolutiva** para referirse a que un movimiento que es sólo una fluctuación de un sistema en un momento, puede convertirse súbitamente en toda una disposición enteramente nueva del sistema en otro momento. La evolución del sistema va espontáneamente a situaciones que son menos probables. Todas las formas vivas son vulnerables al cambio, especialmente cuando se apartan del equilibrio, cualquier pequeña fluctuación puede amplificarse haciendo que el sistema vaya más allá de sus límites y reaparezca en un estado totalmente distinto. La forma que resulta de la retroalimentación evolutiva es impredecible así como es imposible saber cual de las fluctuaciones lo apartará del estado anterior. Los ciclos recurrentes nunca se cierran por completo, pues siempre hay espacio para nueva información. Cada ciclo se redondea para llegar a una posición tan minuciosamente distinta de la anterior que resulta imperceptible pero que a veces

representa un gran cambio. la terapia familiar se ha mezclado con este modelo de dinámica de no equilibrio. Un síntoma no es un signo de una familia disfuncional sino que es el único factor que sigue empujando a la familia hacia un estado nuevo y distinto.

E) Constructivismo y Construccinismo Social

Las ideas del constructivismo primero y más adelante del construccionismo social encuentran un campo fértil en el movimiento de terapia familiar. Ambas posturas comparten que no consideran que lo que el sujeto conoce refleje una realidad objetiva, lo que el sujeto conoce es una realidad subjetiva y en ese sentido es construida (McNamme y Gergen, 1996; Watzlawick, 1998). Aunque de distintas maneras, cada una de estas posturas recobra el interés por el individuo y por los sistemas internos del mismo, situación que en un primer momento de la terapia familiar había sido dejado de lado, así como todo lo que tuviera que ver con la caja negra. Por otra parte, el paciente pasa a ser experto en su vida y el terapeuta a ser experto en la conversación.

Para el **constructivismo** la realidad se construye a partir del individuo, que está determinado estructuralmente por su genética y su historia, es una posición hasta cierto punto biologicista. La realidad de cada individuo se construye como resultado de una combinación entre la información del medio, la estructura biológica del individuo y su propia historia. Para el constructivismo el conocimiento no se recibe pasivamente por medio de los sentidos, ni por medio de la comunicación sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente; la función de la cognición es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto, no para descubrir una realidad ontológica objetiva (Elkaim,1996; Von Glaserfeld, 1989). Algunos de los principios básicos que plantea desde el determinismo estructural son: "que los sistemas vivos son entidades que se crean a sí mismas; la ciencia sólo puede estudiar entidades determinadas por estructuras; los sistemas vivientes son cerrados desde el punto de vista informativo; mantener la objetividad entre comillas permite recordar que nosotros creamos aquello que creemos saber; la supervivencia requiere mantener una unión estructural adecuada con el medio; y el lenguaje desde el punto de vista biológico es una forma especializada de acción comunal que permite crear campos de distinción" (Efran, Lukens y Lukens, 1994).

Para el **construccionismo social**, la realidad se construye socialmente, a través del lenguaje y de las relaciones en los contextos en que nos movemos. Por un lado se encuentra el lenguaje que utilizamos en las relaciones sociales y por otro, el lenguaje interno que cada individuo mantiene constantemente, así podemos entender, la relación entre dos sistemas conectados e interdependientes: el de los sistemas externos, y el de los sistemas internos del individuo. El foco de interés

pasa a ser el de los sistemas que se conforman alrededor del lenguaje y de las relaciones. No se habla de un *self* sino de una multiplicidad de *selves*, voces y partes en interacción, que conforman la identidad del individuo. El énfasis está puesto en las conversaciones y las convenciones sociales que emergen a través del lenguaje (Andersen, 1996; Andersen, 1995; Boscolo y Bertrando, 2000; Maldonado, 1998). La realidad está anclada a los sistemas del lenguaje en los cuales vivimos, las creencias y significados cambian en la medida en que se generan cambios en nuestro contexto social, el sentido de lo que es real y de lo que está bien emerge de las relaciones.

Constructivismo y Construcciónismo Social forman parte de una era conocida como posmodernismo, que está caracterizada por la pérdida de la fe absoluta en la validez científica y en la existencia de una verdad única, y que ha influido en distintos campos como son los de la ciencia, arte, política, psicología, etc. Surgen, de alguna forma, como una crítica a la cibernética y el funcionalismo, que no dan mayor importancia a observar las acciones del observador y la influencia de sus prejuicios.

Algunas otras de las implicaciones para la terapia familiar fueron que, la aproximación terapéutica es sólo una de las posibles maneras de ver las dificultades de la gente; el paciente es experto en su vida y el terapeuta es experto en la conversación; los diagnósticos son sólo rótulos que se traen en un momento dado a la terapia; las historias del paciente pueden ser más o menos útiles que las del terapeuta, pero no más o menos verdaderas; la terapia se vuelve un esfuerzo más colaborativo, los terapeutas se encontraron más lejos de imponer estructuras y soluciones a la familia; se trata de promover el entendimiento de las distintas realidades; se considera que las historias organizan la vida de la gente y a través de los procesos del lenguaje se generan las historias

MODELOS EN TERAPIA FAMILIAR

1) MODELO DE TERAPIA BREVE (MRI)

El *Mental Research Institute (MRI)* fue fundado por Don D. Jackson en 1959. El modelo de terapia breve fue desarrollado en el *Brief Therapy Center del Mental Research Institute*, por Richard Fisch, John Weakland, Paul Watzlawick y Lynn Segal principalmente, a finales de la década de los años 60, en buena medida influenciados por la teoría de la Comunicación Humana y las ideas de Milton Erickson (Ochoa, 1995).

Trabajan en una terapia breve de aproximadamente 10 sesiones espaciadas semanalmente basadas en estrategias para evitar que sigan vigentes los elementos mantenedores del **problema**. La terapia del MRI trabaja con todo el sistema familiar o con partes del mismo, canalizando su esfuerzo hacia un cambio rápido del problema.

El objetivo es alcanzar un cambio tipo 2 en relación a la solución intentada. "Distinguen entre el cambio tipo 1 en el que los cambios son dentro de la misma clase de soluciones intentadas y que sólo contribuyen al mantenimiento del síntoma; y el cambio tipo 2 que supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología" (Ochoa, 1995).

Una dificultad se convierte en problema cuando se intenta resolver de manera equivocada, y después del fracaso, se aplica **más de la misma solución ineficaz**, lo que lleva al agravamiento y mantenimiento del problema. El síntoma es mantenido por los intentos de solución, mientras que los intentos de solución son mantenidos por el síntoma. Esta aproximación propone que los problemas son creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades que se presentan en la vida (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1995).

El terapeuta dirige su atención en 4 aspectos principalmente: "a) lo que sucede dentro de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto vive: consigo mismo, con los demás y con el mundo; b) el modo en que el problema presentado funciona dentro de ese sistema relacional; c) cómo el sujeto ha tratado hasta ese momento de combatir o resolver el problema, es decir, los intentos de solución que ha puesto en marcha; y d) como es posible cambiar tal situación problemática de la manera más rápida y eficaz" (Watzlawick y Nardone, 2000)

Existen 3 maneras de enfocar mal las dificultades: cuando es preciso actuar pero no se emprende la acción, se emprende una acción cuando no se debería emprender y cuando la acción es emprendida a un nivel equivocado (Watzlawick et al., 1995)

“Algunos de los intentos de solución más comunes que perpetúan el problema son: el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo, el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo, el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición, el intento de conseguir sumisión mediante la libre aceptación, y la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa” (Fisch, Weakland y Segal, 1988).

Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y su familia ante el problema, la terapia y el terapeuta. La terapia opera con las **interacciones y las conductas observables**, juzgando menos importante la historia familiar y planificando cuidadosamente las intervenciones.

El terapeuta no sólo se esfuerza por comprender con la mayor rapidez y amplitud posible la concepción del mundo de su paciente, sino que además presta atención a su lenguaje en el más estricto sentido de la palabra y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones (Watzlawick, 1992).

Desde este modelo es posible poner la resistencia al servicio de la terapia, utilizando reestructuraciones que por alguna razón son irreconciliables con la concepción del mundo del interesado, por lo que este se ve obligado a rechazarlas, pero sólo puede rechazarlas si lleva a cabo el cambio deseado. El terapeuta puede llegar no sólo a no pedir que el paciente deje su resistencia, sino incluso a pedirle más de lo mismo (Watzlawick, 1992).

Después de haber acordados objetivos sobre la base de las primeras interacciones terapéuticas, se construyen una o más hipótesis sobre los puntos indicados y se precisan y aplican las estrategias para la resolución del problema presentado. Si la intervención funciona habitualmente se observa en el paciente una clara reducción sintomática desde los primeros pasos del tratamiento, y un cambio progresivo de la percepción de sí mismo, de los otros y del mundo; el proceso se expresa en un desplazamiento gradual de la rigidez, típica del sistema perceptivo- reactivo que mantenía la solución problemática, a una percepción más flexible de la realidad con un aumento progresivo de la autonomía personal debido a la constatación de la posibilidad de resolver el problema (Watzlawick y Nardone, 2000)

Se pide que se definan los objetivos de la forma más concreta posible y entonces se utilizan algunos recursos técnicos para promover el cambio, que incluyen redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión, metáforas, ordalías y algunas otras técnicas derivadas del trabajo de Erickson. Algunas tareas paradójicas son “la petición de no apresurarse demasiado a cambiar, enfocarse en los peligros que traería un cambio, cambiar de dirección y dar una prescripción

detallada de como empeorar el problema" (Fisch et al., 1988; Watzlawick et al., 1995).

2) MODELO ESTRUCTURAL

Desarrollado por Salvador Minuchin quien durante mucho tiempo trabajó en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* con familias de nivel socioeconómico bajo. Esta clínica, bajo el mando de Minuchin y Haley, fue capaz de tomar algunos conceptos básicos de los sistemas familiares de Bateson, Bowen, Erickson y Jackson, sumando a esto el brillo estratégico de Haley y su habilidad clínica de Minuchin. En la *University of Pennsylvania Pediatric y el Child Psychiatric Department*, Minuchin empezó con éxito a trabajar con familias psicósomáticas (Guerin, 1976).

Desde este modelo, el terapeuta resulta directivo en su tarea de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas. El acento se sitúa en los **problemas estructurales** más que en el problema presentado.

Su lenguaje parece más bien derivarse de la teoría de la organización y la teoría de los roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, etc. La terapia estructural suele desarrollarse a lo largo de tres a seis meses con entrevistas semanales y se centra en variables estructurales como son los límites y las jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que, debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas el sistema familiar se adhiere a las pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual (Ochoa 1995; Hoffman, 1998).

Las variables estructurales específicas en las que se centra son "los **límites** que implican **reglas de participación** y las **jerarquías** que encierran **reglas de poder**". El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia familiar asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales modificaciones obligan a la familia a reestructurarse sobre bases menos patológicas (Ochoa, 1995).

El sistema se mantiene a sí mismo ofreciendo resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas, pero toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema, estimula mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del

sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad (Minuchin, 1979).

Los **límites** de un subsistema están constituidos por las **reglas** que definen quiénes participan y de qué manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión, como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas; pero también debe permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura. Dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como: **aglutinamiento**, cuando las familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia; y **desligamiento** cuando en las familias se desarrollan límites muy rígidos, y entonces la comunicación entre los subsistemas se vuelve difícil y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas (Minuchin y Fishman, 1996; Minuchin, 1979).

De acuerdo con esta orientación, un número mayor de familias que se incorporan a la terapia deberían ser tratadas y consideradas como familias comunes en situaciones transitorias, que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. La etiqueta de patológica debe reservarse a las familias que frente a estas tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. En las familias corrientes el terapeuta confía en la motivación de la familia como el camino para la transformación. En las familias con problemas más graves, el terapeuta debe convertirse en actor del drama familiar incorporándose a las coaliciones existentes para modificar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostasis. Las relaciones familiares se consideran con un problemática más grave cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Minuchin, 1979).

El terapeuta considera al paciente identificado como el miembro de la familia que expresa del modo más visible un problema que afecta al sistema en su totalidad. Al evaluar las transacciones de la familia el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales: "1) La estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas posibles, 2) La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes, así como la distribución jerárquica del poder 3) La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros, 4) Examina el contexto de vida familiar, analizando las fuentes de apoyo y estrés en

la ecología de la familia, 5) Examina el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio y 6) Explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia" (Minuchin, 1979; Ochoa, 1995).

El diagnóstico interaccional se modifica constantemente, a medida que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes, ya que se considera que las familias y los individuos se relacionan y cambian de acuerdo a su contexto social. La ventaja de un diagnóstico evolutivo relacionado con el contexto, es que proporciona aperturas para la intervención terapéutica, por lo cual el diagnóstico y la terapia se hacen inseparables.

El terapeuta se encargará de clarificar los límites difusos y abrir los límites excesivamente rígidos. Su evaluación de los sistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia, en función de lo cual orienta sus intervenciones terapéuticas.

"El proceso terapéutico incluye tres pasos fundamentales: 1) El terapeuta se asocia con la familia en una posición de liderazgo, 2) Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente y 3) Crea circunstancias que permitan la transformación de su estructura". En la terapia, tal como se desarrolla, estos pasos son inseparables. La familia será la matriz de la curación y del crecimiento de sus miembros. La responsabilidad de su logro o del fracaso le corresponde al terapeuta (Minuchin, 1979).

Los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico, y situarse a sí mismo como líder, se designan como operaciones de asociación; estas son la base de la terapia; si el terapeuta no puede asociarse a la familia y establecer un sistema terapéutico, la reestructuración no puede producirse y todo intento de alcanzar los objetivos terapéuticos fracasará. Las operaciones de asociación son unión, acomodamiento, mantenimiento, rastreo y mimetismo (Minuchin, 1979).

Las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Se distinguen de las operaciones de unión, por el desafío que plantean. Las operaciones de unión no constituyen un desafío, sino que disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia, ayudando al terapeuta a mezclarse con la familia, ya que juntos participan en los acontecimientos de la sesión terapéutica.

En las operaciones de unión, el terapeuta se convierte en un actor de la obra familiar, y en la reestructuración, opera como director y como actor: crea escenarios, coreografías, establece temas y lleva a los miembros de la familia a improvisar, dentro de los marcos de los límites impuestos por el drama familiar.

Pero también se usa a sí mismo incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites, y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza su posición de liderazgo dentro del sistema terapéutico para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

Existen por lo menos 7 categorías de operaciones reestructurantes:

1) *Captar las pautas transaccionales de la familia*: Dramatización de las pautas transaccionales, recreación de los canales de comunicación y manipulación del espacio.

2) *Señalamiento de los límites* (Límites de los subsistemas).

3) *Intensificación del estrés*: Bloqueo de pautas transaccionales, acentuación de las diferencias, desarrollo del conflicto implícito y unión en alianza o coalición.

4) *Asignación de tareas*: Tareas dentro de la sesión y deberes fuera de la sesión.

5) *Utilización de los síntomas*: Enfoque centrado en el síntoma, exageración del síntoma, desacentuación del síntoma, adopción de un nuevo síntoma, re-etiquetamiento del síntoma y modificación del afecto del síntoma.

6) *Manipulación del humor*.

7) *Apoyo, educación y guía* (Minuchin, 1979).

3) MODELO ESTRATÉGICO

Fue Jay Haley quien inicialmente desarrolló el modelo estratégico, influenciado por las ideas de Bateson y el trabajo de Milton Erickson, por otra parte mantiene aspectos en común con los modelos estructural de Salvador Minuchin y de Terapia Breve del MRI. Más adelante, se incorporó Cloé Madanes en el desarrollo del modelo al incluir el trabajo con "amor, sexo y violencia" desde este modelo. En 1974 Haley crea su propio programa, en el Instituto de Terapia Familiar de Washington (Mackinon, 1983; Madanes, 1993b).

El terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica, siendo uno de los principales objetivos ayudar a las familias a superar la crisis que enfrenta en su devenir vital. Una de las connotaciones más importantes de la terapia familiar fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se encontrará, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado (Haley, 1999).

Los grupos sociales con problemas presentan una **jerarquía incongruente** que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. "La jerarquía incongruente se basa en una definición simultánea de dos posiciones incompatibles de poder dentro del sistema familiar. La conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas integradas en la secuencia sintomática". Las coaliciones permanentes suelen ser parte de la secuencia, incrementándose las dificultades si estas **coaliciones** son secretas (Haley, 1993).

Madanes (1993a) agrega que **aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su intención es ayudarse** manifestándose como parte de un organismo más amplío (el sistema familiar) que reacciona frente a las manifestaciones de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo.

El tipo de interacción en torno al **síntoma es una analogía de las interacciones en otras áreas** problemáticas permitiendo a los cónyuges saber donde se encuentra situado cada uno en relación al otro en esas áreas, pero sin tener que discutirlos expresamente poniendo en peligro su matrimonio. Cuando el paciente identificado es un cónyuge, se halla en una posición inferior al otro quien trata de ayudarlo y hacerlo cambiar, pero a la vez en una posición superior en tanto que se niega a ser ayudado y a cambiar. Si abandonará la conducta sintomática perdería su posición superior respecto al otro. Asimismo si el esposo normal logra influir en el sintomático para que abandone el síntoma perdería la posición superior de ser el miembro no sintomático de la pareja. Ambos ocupan simultáneamente una posición superior e inferior, contribuyendo así a perpetuar el problema en su lucha por conservar las posiciones de poder (Haley 1993; Madanes, 1993a).

En las familias en las cuales el paciente identificado es un hijo, este se convierte en una fuente de preocupación especial para los padres que intentan ayudarlo para que deje de tener el síntoma. Tanto si la conducta del niño genera la solicitud, la protección o el castigo de sus progenitores siempre hace que su inquietud se centre en él y se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita en lugar de verse como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales. Aunque los padres por el hecho de serlo se hayan en una posición superior al niño, este se sitúa por encima protegiéndolos mediante su conducta sintomática, encontrándose todos atrapados en una situación incongruente; si su comportamiento fuera normal el niño perdería el poder que su síntoma le confiere sobre ellos, y en consecuencia la posibilidad de ayudarlos con objeto de promover el cambio, el terapeuta debe motivar a los progenitores para que abandonen la secuencia de interacción habitual, de forma que el niño renuncie a la conducta sintomática (Haley, 1993; Ochoa, 1995).

El objetivo no se limita al problema presentado en un inicio sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que se crean importantes. El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. Debe haber una definición clara de lo que la familia quiere lograr con el tratamiento. En ningún caso se persuade a la familia de que el problema esta en ella y no en el paciente identificado (Haley, 1993).

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema y tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas (Haley, 1993; Haley, 1984).

En buena medida el tratamiento esta orientado a la planeación y desarrollo de **tareas** para la familia, que permitan alcanzar los cambios deseados; las tareas permiten intensificar la relación entre la familia y el terapeuta, cuando el terapeuta les dice qué hacer entra a participar en las acciones de la familia y adquiere importancia, a través de las tareas el terapeuta permanece ligado a la vida de la familia en el período entre sesiones; la familia arroja información sobre si misma si la tarea es cumplida o si no es cumplida. Podemos hablar de dos tipos de tareas de manera general: **las tareas directas** que buscan decirle a la gente que deben hacer con el propósito de que las cumplan; y **las tareas paradójicas** que se prescriben con el propósito de que la familia no la cumpla, es decir, de que la familia cambie por la vía de la rebelión (Haley, 1993).

La tareas deben impartirse clara y abiertamente a menos que se quiera ser confuso por alguna razón en particular. Se debe procurar que participen en ellas todos los miembros de la familia, se puede excluir a alguien por alguna razón pero no de manera accidental, aún al pedirle a alguien que se abstenga de intervenir, se le esta dando algo que hacer. "La tarea debe estructurarse como cualquier otro trabajo: con alguien que la ejecute, alguien que lo ayude, alguien que supervise, alguien que planifique, alguien que compruebe su ejecución, etc. El propósito de involucrar a todos en la tarea es hacer hincapié en la unidad familiar total, salvo en casos en que el terapeuta desee encomendar una tarea a una parte de la familia con abstención de los demás miembros". El diseño de la tarea debe considerar el

problema presentado y la secuencia familiar que se presenta alrededor del problema, la tarea que se prescriba deberá ir dirigida a cambiar ambos aspectos. Siempre debe pedirse un informe sobre la tarea en la siguiente sesión (Haley, 1993).

4) MODELO MC MASTER

El modelo fue creado por Nathan B. Epstein (Gurman y Kniskern, 1981), psiquiatra y psicoanalista, influenciado por Ackerman y Kardiner en su entrenamiento psicoanalítico, se interesó por una aproximación sistémica entre 1963 y 1964, y a partir de entonces trabajó en el desarrollo del modelo. Sin embargo también han influido los conceptos de la teoría de la comunicación, la teoría del aprendizaje y la aproximación transaccional aún cuando se mantiene como infraestructura el modelo sistémico.

Este modelo creció en el Departamento de Psiquiatría de la *McGill y McMaster University* en Canadá. El modelo se apoya en la idea de que una mayor estructura de las etapas de la terapia son esenciales para poder construir bloques de tratamiento.

El modelo es pragmático, por lo que las ideas que no se pueden trabajar en terapia fueron omitidas al igual que las que no se pudieron medir confiablemente y las que no podían ser comunicadas a través de la enseñanza fueron desechadas o modificadas. Este modelo de terapia se lleva a cabo en un período de 6 a 12 sesiones, con variaciones entre cada sesión de semanas, meses o años dependiendo de los problemas de cada caso. Cuando se piensa que el tratamiento debería ir más allá de las 12 sesiones es preciso reevaluar la situación y de ser posible consultar otro punto de vista.

El poner un límite de sesiones estimula al terapeuta y la familia a involucrarse más activamente en el trabajo terapéutico y facilita el cambio, mientras que se mantienen más claramente los objetivos a trabajar. En este modelo se enfatizan más las fortalezas que las debilidades de la familia y frecuentemente guía a una rápida reducción de la tensión ocasionada por dudas y ansiedad con las que llegan por primera vez al tratamiento.

En el curso de su vida la familia trata con distintas dificultades, existen 3 áreas principales: el área de tareas básicas, el área de tareas del desarrollo y el área de tareas riesgosas. "Para entender la estructura familiar, la organización y los modelos transaccionales disfuncionales asociados con las dificultades de la familia se atienden 6 áreas: **solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control de conducta.** Se atiende a

estas dimensiones para tener una comprensión más completa de la familia" (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983).

Se utiliza el término macro- etapas para definir las etapas principales o mayores del tratamiento. Estas etapas son secuencias grandes del proceso de tratamiento que incluyen **subetapas**. Los terapeutas usan una variedad de estrategias e intervenciones a lo largo de estas macro- etapas. Tanto las diferencias de **estilo** del terapeuta como los **micromovimientos** (intervenciones) se dirigen a negociar el curso del tratamiento y las macro- etapas.

El foco de la terapia son los problemas específicos de la familia, es decir que incluye los problemas presentados por la familia al venir a terapia y los problemas encontrados en la etapa de evaluación. Se requiere la colaboración activa de la familia con los terapeutas en cada etapa por lo que de lo contrario no habrá terapia. El modelo de terapeuta es el de catalizador, clarificador y facilitador. Está involucrado en identificar, clarificar y resolver los problemas de la familia, al tiempo que el terapeuta explica sus acciones a la familia, y se asegura de ser entendido y de que estén de acuerdo con lo que está haciendo. Esta aproximación da la responsabilidad a la familia y se asegura de que la familia entienda, acepte y esté preparada para cada paso del proceso terapéutico. Son cuatro las macro- etapas: evaluación, contrato, tratamiento y clausura: cada una de estas etapas incluye subetapas donde la primera de estas es siempre la orientación.

ETAPA DE EVALUACIÓN. Consiste en 4 etapas: Orientación, reunión de la información y descripción de la situación, evaluación del funcionamiento familiar y listado de problemas. El diagnóstico de trabajo debe estar listo antes de iniciar la terapia, por lo que el terapeuta debe tomar las sesiones que sean necesarias para evaluar.

La evaluación se hace desde una posición de honestidad, tacto y de manera directa. Se explica que es lo que se está haciendo y todos los problemas se discuten abiertamente. Al tiempo que se evalúa cada dimensión, se retroalimenta a la familia sobre sus fortalezas y debilidades, se enfatizan las fortalezas como ayuda y apoyo en el plan terapéutico a seguir.

Cada dimensión de las 6 que se evalúan tiene un rango que va de mayor efectividad a la mayor ineffectividad. El funcionamiento más ineffectivo en una de las dimensiones puede contribuir a las dificultades clínicas. Y la mayor efectividad en todas las dimensiones trae la salud física y emocional óptima.

Para entender la estructura, organización y modelos transaccionales de la familia se atiende a 6 dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, control de conducta e involucración afectiva.

- a) Solución de problemas. Se refiere a la capacidad de la familia para resolver problemas de manera que permita mantener un funcionamiento familiar efectivo. Esta área se divide en problemas instrumentales y problemas afectivos. La solución efectiva del problema se describe en 7 pasos: 1) identificar el problema, 2) comunicación con la gente apropiada de acuerdo al problema, 3) desarrollar una serie de alternativas posibles, 4) decidirse por una de las alternativas, 5) llevar a cabo las acciones requeridas por la alternativa, 6) monitorear la acción y 7) evaluar la efectividad del proceso de solución del problema.
- b) Comunicación. La comunicación se divide en instrumental y afectiva. Además se evalúa si la comunicación es clara o enmascarada y si es directa o indirecta. El mensaje se puede encontrar en un continuo que va de un contenido de información claro hasta uno camuflageado o vago; también puede estar en un continuo que va desde directo (a la persona correcta) hasta indirecto (desviado a otra persona). Estos dos aspectos son independientes y pueden identificarse 4 estilos de comunicación: 1) claro y directo, 2) claro e indirecto, 3) enmascarado y directo y 4) enmascarado e indirecto. La salud a este nivel esta dada por una comunicación clara y directa a nivel afectivo e instrumental, por lo que la comunicación será menos efectiva mientras menos clara y directa sea.
- c) Roles. Son modelos repetitivos de conducta a través de los cuales los miembros de la familia cumplen sus funciones familiares. Hay 5 funciones familiares que sirven de base para los roles familiares necesarios: Proveer recursos, crianza y apoyo, gratificación sexual al adulto, desarrollo personal, y mantenimiento y manejo del sistema familiar. Para la salud en esta área es necesario que todas las funciones sean llevadas a cabo, y la distribución de roles no debe sobrecargar a uno o más miembros, mientras que la vigilancia del cumplimiento de los roles debe ser clara.
- d) Respuesta Afectiva. La respuesta afectiva es la habilidad de responder a un estímulo con los sentimientos adecuados en calidad y cantidad. El aspecto cualitativo se relaciona con otros dos aspectos: 1) el que los miembros de la familia sean capaces de responder con todo el aspecto de sentimientos de la vida emocional y 2) que la emoción experimentada sea consistente con el estímulo y el contexto. Hay dos categorías de afecto: las emociones de bienestar, que consisten en calor, cariño, ternura, apoyo, amor, consuelo, alegría y gozo; y las emociones de urgencia que consisten en respuestas de enojo, miedo, tristeza, depresión y desinterés.
- e) Compromiso Afectivo. Se refiere a que tanto se muestran interesados en las actividades e intereses de los distintos miembros de la familia. Lo importante es la cantidad de interés que los miembros de la familia

demuestran así como la manera en que se muestra este interés. Hay un rango de estilos desde la total falta de involucramiento hasta el completo involucramiento. En este continuo hay 6 tipos de involucramiento: 1) falta de involucramiento o interés en el otro, 2) falta de involucramiento sentimental, es decir, hay algún interés en el otro pero es principalmente intelectual, 3) involucramiento narcisista que se refiere en el interés en los otros solo al grado en que esta conducta se refiere a ellos mismos, 4) involucramiento empático que es el interés en el otro por consideración a los otros o por amor a los otros, 5) sobreinvolucramiento o excesivo interés en el otro y 6) involucramiento simbiótico que es un interés extremo y patológico en los otros, este solo es visto en relaciones muy disfuncionales donde hay una marcada dificultad de diferenciación. Se considera el involucramiento empático como el óptimo para la salud.

- f) Control de conducta. Son los modos que la familia adopta para enfrentar la conducta en 3 áreas: situaciones de peligro físico; situaciones que incluyen la expresión y conocimiento de las necesidades psicobiológicas y su manejo; y situaciones que incluyen la conducta de socialización interpersonal con miembros de la familia y ajenos a ella.

Hay 4 estilos de control de conducta basados en variaciones del estándar o criterio:

*Control de conducta rígido. El estándar es intolerante y específico para la cultura y hay mínima negociación o variación de acuerdo a las situaciones.

*Control de conducta flexible. Los estándares son moderados y hay oportunidad para negociar y cambiarlos dependiendo del contexto.

*Control de conducta *laissez-faire*. No se tiene un estándar y hay una total permisividad sin tomar en cuenta el contexto.

*Control de conducta caótico. Es impredecible y fortuita la variación entre otros estilos; los miembros de la familia no saben que estándares aplican en un momento y cuanta negociación es posible.

El control de conducta flexible es el más efectivo y el control de conducta caótico es el menos efectivo.

2) ETAPA DE CONTRATO. El objetivo es prepararse a escribir el contrato determinando expectativas mutuas, objetivos y obligaciones. Los pasos de esta etapa son: Orientación, opciones posibles, negociación de expectativas y firma de contrato.

3) ETAPA DE TRATAMIENTO. Incluye 4 etapas: Orientación, establecimiento de prioridades, tareas y evaluación de tareas.

4) ETAPA DE CLAUSURA. Incluye cuatro pasos: Orientación, resumen de tratamiento, objetivos a largo plazo y continuación. Aún cuando la terapia puede continuar ocasionalmente, muchas familias deben resolver sus problemas por ellas mismas. El terapeuta puede decidir verlos en otra sesión o no dependiendo de la situación. Una sesión de seguimiento es para monitorear y no una sesión de tratamiento (Epstein et al., 1983).

5) MODELO DE CONTRATO MATRIMONIAL DE SAGER

A partir de 1961 Clifford Sager comenzó a trabajar en Nueva York con la idea de contratos no escritos, junto con sus colegas Ralph Gundlach, Helen Kaplan, Malvina Kremer, Rosa Lenz y Jack Royce que eran miembros de el Comité de Investigaciones Maritales de la Sociedad de Psicoanalistas Clínicos iniciaron el desarrollo del Modelo de Contrato Matrimonial (Sager, 1997).

Sager (1997) desarrolló "el concepto de **contrato matrimonial**, partiendo de la idea de que cada cónyuge aporta al matrimonio un **contrato individual** no escrito, un conjunto de expectativas y promesas conscientes e inconscientes". Las parejas no siempre logran establecer un contrato conjunto, único, sentido, y aceptado en todos los niveles de conciencia. Los contratos son dinámicos es decir pueden modificarse con el tiempo, y en el mejor de los casos deben adaptarse a las circunstancias cambiantes que se presentan en el transcurso y evolución de la vida de la pareja.

El modelo plantea su utilidad como herramienta de exploración en la interacción marital, como medio para identificar las tipologías maritales y para el tratamiento de las desavenencias en la pareja. El concepto de contrato integra lo intrapsíquico y lo interaccional. La idea de contratos individuales matrimoniales ayuda a cada miembro de la pareja a familiarizarse con las necesidades propias y de su compañero, con sus voluntades de señalarse los aspectos problemáticos de su relación. Conforme los contratos individuales se aproximan a la consolidación de un contrato conjunto de la pareja, con cláusulas conocidas y aceptadas por ambos miembros, cabe esperar entonces que se generará un intercambio más saludable y satisfactorio. Sin embargo los cónyuges pueden estar actuando frecuentemente según contratos muy distintos e incongruentes.

Las cláusulas del contrato que se incluyen para su revisión son: **las expectativas puestas en el matrimonio**, en este sentido cada persona se casa teniendo ciertos propósitos y objetivos específicos que no siempre son plenamente conscientes; **determinantes intrapsíquicos y biológicos**, algunas necesidades individuales son de orden biológico y otras nacen del medio familiar y del medio cultural total incluye la revisión en el individuo de: la independencia/ dependencia, actividad/ pasividad, intimidad/ distanciamiento, uso/ abuso del poder, dominio/

sumisión, miedo a la soledad o al abandono, necesidad de poseer y dominar, grado de angustia, mecanismos de defensa, identidad sexual, características deseables en el compañero sexual, aceptación de uno mismo y del otro, y estilo cognitivo; y **focos externos de problemas conyugales**, que desde este modelo son síntomas de un problema subyacente. Estos focos externos suelen referirse a comunicación, estilos de vida, familias de origen, crianza de los hijos, relaciones con los hijos, mitos familiares, dinero, sexo, valores, amistades, roles e intereses.

Se toman en cuenta distintos niveles de conciencia que tiene cada cónyuge sobre: **puntos conscientes y expresados, puntos conscientes pero no expresados, y puntos no conscientes**. Se considera importante atender a distintos procesos, entre ellos, los mecanismos de defensa, especialmente los de: sublimación, sacrificio altruista, regresión, represión, formación reactiva, negación, inhibición, introyección, reversión, desplazamiento, proyección, intelectualización, anulación y fantasías. Las defensas pueden ser positivas si facilitan alcanzar los objetivos normales y alivian la tensión dentro del sistema marital, pero también pueden generar roces e incrementar la conflictiva marital.

Finalmente vale la pena incluir aquí los 8 perfiles de conducta de los cónyuges que Sager ha observado más comúnmente: **el cónyuge igualitario** busca una relación basada en la igualdad de ambos esposos, la desee o no su compañero; los dos tendrán los mismos derechos, privilegios y obligaciones; **el cónyuge romántico**, actúa como una persona incompleta que sólo pudiera adquirir plenitud con su compañero; **el cónyuge parental**, la esencia consiste en que este cónyuge necesita apuntalar su sentido de adultez actuando como un progenitor de un esposo infantil y obediente; **el cónyuge salvador**, acepta a su esposo como una persona a la que hay que salvar de una situación difícil, por su parte él está dispuesto a responsabilizarse por el salvado; **el cónyuge infantil**, manifiesta predisposición a actuar como un niño y reacciona con hostilidad si su compañero desea hacerlo, busca que lo cuiden, protejan, corrijan y guíen; **el cónyuge racional**, se niega a admitir que las emociones influyan en su conducta, trata de establecer una relación marital lógica, razonada, estableciendo obligaciones y responsabilidades mutuas; **el cónyuge camarada**, busca más bien evitar la soledad, es capaz de aceptar el trato íntimo, busca bondad y cuidado sintiéndose capaz de retribuirlos; y **el cónyuge paralelo**, busca que el compañero respete su distanciamiento emocional y su independencia, interactúa evitando la relación íntimamente compartida. En los cónyuges las características de un perfil son predominantes, pero pueden tener rasgos de alguno otro de los perfiles; parte de la riqueza del modelo es el análisis de las dinámicas que emergen de las relaciones maritales que se establecen entre los distintos tipos de cónyuges.

6) MODELO DINÁMICO SISTÉMICO INTEGRATIVO

Este modelo fue desarrollado por Raymundo Macías (1994) en su trayectoria como terapeuta familiar a partir de 1963 año en que regresa de su entrenamiento en Montreal, Canadá; destacan como influencias importantes: Erich Fromm y Nathan Epstein, habiéndose formado con ambos; con el primero en el psicoanálisis y con el segundo como terapeuta familiar.

El modelo incluye las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Las necesidades humanas o más específicamente humanas de las cuales parte, son en orden de aparición: **de relación-vinculación, de aceptación-pertenencia, de identidad-individualidad, de marco de referencia-sistema de valores y de significado-trascendencia.** Aunque no son privativas del hombre es en éste en quien encuentran su mayor desarrollo, y deben satisfacerse ya que se trata de necesidades de subsistencia.

La familia es considerada como un grupo (de dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios que, al menos en una etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones.

Macías contempla en el proyecto de vida individual y de pareja 5 áreas: 1) Ocupacional y de realización, 2) Relaciones familiares y sociales, 3) Recreativa y de tiempo libre, 4) Afectivo-íntima y 5) Espiritual y/o de significados trascendentes. Cada una de estas áreas se encuentran incluidas en mayor o menor medida en los proyectos de cada pareja, y son aspectos relevantes a considerar en la evaluación y tratamiento de las mismas. Desarrolla los **valores relacionales** que se presentan en las relaciones, independientemente de cual se trate y que están vinculadas con el desarrollo de relaciones más satisfactorias: Reciprocidad, interés, comunicación, compromiso, aceptación, aprecio, sinceridad, respeto, intimidad, comprensión, confianza, apertura, amor y solidaridad.

El conflicto es un encuentro-choque de fuerzas, tendencias, intenciones, conductas, emociones, sentimientos, intereses, ideas, valores, etc., diferentes, divergentes, contrarias, opuestas, que provocan malestar, intra y/o interpersonal, a veces muy profundo y destructivo, en diferentes niveles o ámbitos. Los niveles en los que se presenta el conflicto son: **a) Intrapsíquico o intrapersonal** que puede ser inconsciente o consciente en distinta medida. **b) Interpersonal**, se da dentro de la relación de pareja o familia o fuera de ella con otro u otros significativos. **c) a nivel de grupos o sistemas diferentes**, en los ámbitos social, étnico, religioso, político, ideológico, generacional, regional, nacional o de bloques.

El conflicto se mantiene por un circuito recursivo de reforzamiento o retroalimentación negativa que nos ata al pasado y evita la posibilidad del cambio y la construcción de un futuro nuevo, diferente, que generalmente en el fondo es lo que anhelamos. Posibles causas de malestar puede ser la falta de comunicación, la incapacidad o la indisponibilidad. Especial importancia tiene el manejo de la comunicación en este modelo. Para salir del conflicto serán necesarias las peticiones concretas de cambios realistas, que generen nuevas posibilidades de satisfacción de bienestar, de reencuentro; dirigiéndose a la reconciliación con un enfoque prospectivo al cambio y no retrospectivo hacia el reproche y la culpabilización. Se plantean de esta manera los elementos para el establecimiento de **un circuito de retroalimentación positivo**, en donde el foco es el reconocimiento de los elementos que generan bienestar en el individuo y la expresión explícita de ese bienestar al otro, generándose de esta manera circuitos de reconocimiento del cambio y la satisfacción en la relación, en los otros y en el individuo.

Para lograr el cambio y superar el conflicto, reconciliar las fuerzas o sentimientos dentro del individuo y con el mismo y entre grupos o sistemas es imperativo liberarse del resentimiento, del rencor, del odio, que esclavizan y atan al culpar, a los deseos e impulsos de venganza y de castigar, asumiendo el rol de fiscales, jurados, jueces y verdugos en uno solo, de los otros o del mismo individuo, en un supuesto celoso afán de justicia. Un camino para liberarse de las cadenas del pasado imposible de cambiar, es a través de la reconciliación con el mismo individuo y con los otros, a través del perdón como renuncia al derecho a reclamar una y otra vez la misma ofensa, queja, falta, agravio o daño.

Las etapas del proceso de reconciliación son seis: **1) Negación** del impacto, del daño, de la lastimadura, ofensa de la pérdida de armonía, paz, bienestar. **2) Vivencia preconsciente y alternante del malestar**, se presenta enojo, protesta, indignación/ dolor, tristeza, depresión. **3) Toma de consciencia nivel I**. Se reconoce que existe el conflicto pero con oscilación, regateo en depositar culpas, acusación, inculpación. **4) Toma de consciencia nivel II**, hay reconocimiento mayor del conflicto, aceptación discriminativa de responsabilidad de cada uno, reconocimiento de posibilidades y/o alternativas de solución. **5) Elección/ Elaboración del perdón** de sí o del otro, renuncia, arrepentimiento; liberación del pasado. **6) Reparación-reencuentro-reconciliación final**, reintegración de sí mismo, del vínculo, de la relación, disposición y compromiso a continuarla.

Se plantean cuatro alternativas o direcciones que pueden tomar específicamente las parejas que asisten a tratamiento: la buena integración, la mala integración, la buena separación y la mala separación; normalmente muchas de ellas llegan cuando pasan por una mala integración. En general se establece un proceso de evaluación de 3 sesiones para identificar: si existen los recursos para una buena

integración y realizar entonces terapia conyugal; si no hay los recursos necesarios y será más factible trabajar hacia la terapia de separación- divorcio; o si no es claro el camino a tomar, se realizará entonces una terapia exploratoria conyugal que permita más adelante definir si el tratamiento se orientará hacia la buena integración o hacia la buena separación.

Un elemento importante del modelo es el **esquema de evaluación familiar dinámico estructural EEFDE** (Macías, 1997), "es una mapa dinámico que sirve para representar gráficamente a la familia; los elementos que se toman en cuenta principalmente son: la significancia de los miembros, el involucramiento, la jerarquía, el establecimiento de vínculos afectivos entre los miembros y la permeabilidad".

7) MODELO DE MILÁN

La psicoanalista Mara- Selvini Palazzoli empezó a investigar acerca del tratamiento de familias con un miembro anoréxico; debido a que tuvo pocos avances de manera individual en el tratamiento, formó en 1967 un equipo con otros analistas: Boscolo, Cecchin y Prata. El equipo trabajó primero siguiendo el enfoque del Modelo de Terapia Breve del MRI, en 1972 invita como consultor a Watzlawick para asesorar al equipo sobre como trabajar con la familia como sistema. Más adelante el equipo decide volver a revisar los trabajos de Gregory Bateson de donde emerge un modelo conceptual y metodológicamente consistente con la epistemología circular. Este equipo se gestó en el Centro de Estudios de la Familia en Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Mackinon, 1983).

El trabajo incluía una ficha con información sobre la familia que se llenaba vía telefónica cuando se concertaba la sesión; introdujeron por otra parte una habitación con un espejo unidireccional atrás del cual un equipo observaba y escuchaba la sesión. Dos terapeutas conducían la sesión y dos observan. Propusieron un método para llevar a cabo la sesión que en adelante se extendería de manera más o menos generalizada a las otras escuelas de terapia familiar. "La sesión se ha desarrollado en 5 partes: a) La pre- sesión, b) la segunda parte o sesión es de duración variable, c) en la tercera parte los terapeutas y observadores discuten la sesión y deciden como concluirarla, d) En la cuarta parte los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión, e) finalmente el equipo se reúne para hacer comentarios de la intervención final, las reacciones de la familia y hacer previsiones" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

Se trabajaba con tratamientos de 10 sesiones con un intervalo de cerca de un mes. La decisión de elegir el número reducido de 10 sesiones estaba inspirada en la convicción de que con estas familias o se logra rápidamente el cambio o se pierde el tren. Al comienzo se usaba la práctica de la sesión semanal y fue

casualmente gracias a que algunas familias tenían que realizar largos viajes que se efectuaron entrevistas más distanciadas y así se descubrió que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces. A raíz de esto se extendió esta praxis a todas las familias, basados en la experiencia de que un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado. Las intervenciones desestabilizaban al sistema familiar, y requerían de un tiempo cercano a un mes para encontrar una nueva organización. Se definió entonces como **terapia breve larga**, ya que eran pocas sesiones distanciadas por períodos relativamente largos (Selvini et al., 1994).

El trabajo del equipo pasó de las intervenciones y mensajes paradójicos a la utilización de rituales; en esta etapa los miembros del equipo veían a la familia y sus miembros como envuelta en un juego en el que los terapeutas podían salir victoriosos o vencidos si la familia los involucraba en su propio juego; en ese sentido el lenguaje con el que describían a la familia era un lenguaje de guerra, hablaban de estrategias e intervenciones, lenguaje tomado de las prácticas militares. Por otra parte la función de los observadores era la de evitar que los terapeutas fueran tragados por los juegos a los que la familia los invitaba (G., Cecchin, comunicación personal, 31 de Octubre 2003).

Influidos por las ideas de Bateson modificaron su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes, el foco de interés no está ya únicamente en el nivel de acción (patrones conductuales), sino también en el nivel del significado (creencias).

Los objetivos de la evaluación son determinar el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional.

La entrevista se rige por 3 principios (Cecchin, 1989; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980):

***Hipótesis**, son formulaciones sobre el funcionamiento familiar que el equipo elabora con objeto de seleccionar y ordenar dentro de un cúmulo posible la recogida de información durante la sesión.

***Neutralidad**, es la actitud del terapeuta de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración hacia todos los miembros de la familia, sus creencias, valores y opiniones. Es una maniobra técnica que le permite alcanzar el mismo grado de proximidad y distancia con todos, e impide ser arrastrado hacia el juego familiar.

***Circularidad**, es la capacidad para confirmar o falsear hipótesis, estableciendo conexiones y diferencias a partir de la información elicitada en la familia como

respuesta a sus preguntas. La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo según pautas particulares a las que identificamos como familias. Los miembros de las familias ponen de manifiesto su conexión en tanto comunican información en forma de lenguaje verbal y no verbal. Este lenguaje describe el intercambio de mensajes que, en los sistemas problema, son a menudo confusos e inaceptables para la familia. Las preguntas circulares definen y aclaran esas ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en la familia en forma de nuevas preguntas. De esta forma, el sistema familia- equipo terapéutico crean conjuntamente, por medio del lenguaje, sentidos múltiples que dan lugar a considerar un mayor número de alternativas en vez de reducirlas (Boscolo et al., 1987; Selvini et al., 1980).

Al generar nueva información se puede alterar el sistema de creencias de la familia, aunque esta alteración no tiene que ser consciente, ya que gran parte de la información esta implícita y solo es nueva en cuanto se convierta en explícita a través de las preguntas formuladas. Una vez liberada de las limitaciones de sus puntos de vista lineales la familia podría abordar sus dificultades por sí misma desde una nueva perspectiva. El grupo de Milán postula **la no directividad** del terapeuta con respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. La **modificación del sistema de creencias familiar** posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una metaregla del cambio, que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema. El terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida sino que ha de buscar ella misma una solución que le resulte adecuada. El equipo terapéutico se mantiene neutral con respecto al cambio en parte por que considera que el sistema familiar será más creativo que él.

Las intervenciones que incluyeron en esta etapa fueron: redefiniciones, connotaciones positivas (se buscaban intenciones positivas en la familia), metáforas, prescripciones paradójicas y prescripciones ritualizadas (en donde se prescribe una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal). Finalmente se generó la entrevista circular como método de intervención, la preguntas generaban nueva información que modificaba las creencias familiares.

En 1980 el grupo se divide en dos: Selvini y Prata se centran en la prescripción invariable basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos; se mantienen modernistas buscándolo los modelos básicos disfuncionales de la familias esquizofrénicas, en este sentido se ubican en la cibernética de primer orden y descubrir o llegar a conocer los principios e intervenciones válidas para todas las familias. "Cecchin y Boscolo continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada

familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología"; se interesan en el proceso de preguntar y en el constructivismo, luego en el construccionismo social, centrándose en la cibernética de segundo orden y la construcción de realidades (Boscolo et al. , 1987).

Para Mara Selvini la evaluación buscaba conocer el juego familiar, siendo este desadaptativo en los sistemas que presentan una patología ya que los roles y funciones no responden al ciclo evolutivo que enfrentan. Las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar el juego; a cambiar las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas. Su evaluación se basaba en una causalidad circular, con un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que el de la causalidad lineal. Se trata de patrones recursivos de interacción. En su última época continuaba utilizando la prescripción invariable basada en el supuesto de que las anteriores alianzas y coaliciones se rompen por la redundancia de la unión entre los padres.

Boscolo y Cecchin decidieron cultivar la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, que además contribuye a falsear o confirmar la hipótesis que elaboran para cada familia. En la entrevista circular se pregunta a un tercero por la relación entre otros dos miembros del sistema, se buscan diferencias en el tiempo y en las relaciones. El terapeuta se volvió un perturbador del sistema a través de las preguntas generadoras de nueva información más que un estratega que cambiaba las estructuras y las interacciones; entonces las preguntas se volvieron poderosas y las familias podían cambiar algunas cosas por ellas mismas (Boscolo et al., 1987; Cecchin, 2001).

El foco de interés se volvió el terapeuta, cuando empezaron a formar estudiantes con el modelo de Milán, Boscolo y Cecchin se dieron cuenta que sus estudiantes estaban más interesados en lo que pasaba con el terapeuta que con la familia, los estudiantes querían saber por que preguntaban de una manera o de otra, por que dirigían la pregunta hacia un miembro o hacia otro, etc., los estudiantes se interesaban en la construcción que el terapeuta hacia de la realidad, sus estudiantes fueron su segunda influencia importante además de Bateson al desarrollar el Modelo (G., Cecchin, comunicación personal, 31 de Octubre 2003).

Para Boscolo y Cecchin cayó el principio de la neutralidad, están ahora más interesados en ser curiosos sobre los distintos puntos de vista e historias de los distintos miembros de la familia; actualmente han incrementado el interés por los tiempo dentro del proceso de terapia sistémica; la irreverencia como una postura del terapeuta; el trabajo con los prejuicios del terapeuta; y finalmente se ha incrementado su interés por la metáforas narrativas y conversacionales en su trabajo (Boscolo y Bertrando, 2000; Boscolo y Bertrando, 1996; Cecchin y Apolloni; 2003; Cecchin, Lane y Ray; 2003; Cecchin, Lane y Ray; 1997).

8) MODELO DE SOLUCIONES

El desarrollo del modelo lo inician desde 1978 Steve de Shazer e Insoo Berg en el *Brief Family Center en Milwaukee*. Más adelante se incorporan O'Hanlon, Weiner Davis, Furman y Ahola. La idea central gira alrededor de las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. En un inicio la principal influencia fue el Modelo de Terapia Breve del MRI y las ideas de Milton Erickson, pero más adelante se han visto influenciados por las prácticas posmodernas y el uso del lenguaje en la construcción de realidades (Cade y Hudson, 1995; Hudson, 1993; Hudson y Weiner, 1990).

No tienen un modelo de individuo o familia normal, desarrollado. Están interesados en el lenguaje como los clientes se describen a ellos y a sus problemas. Los significados aparecen en la conversación y son utilizados en el proceso de negociación. Conforme conversan pretenden construir juntos una realidad en la que creen; piensan que un cambio en el lenguaje del cliente traerá cambios en otras áreas, así como un pequeño cambio puede llevar a otros cambios. No imponen valores, dejan que los clientes sean quienes establezcan los objetivos y utilizan los recursos de los clientes para ayudarlos. Creen que los clientes ya tienen habilidades para resolver sus problemas pero los pierden de vista. Se **enfocan en los recursos y las soluciones**. No creen que se necesite saber mucho acerca del problema para solucionarlo. Su objetivo es coconstruir una realidad donde los problemas sean solucionables (Furman y Ahola, 1992 ; Hudson y Weiner, 1990).

Su forma de evaluar conlleva una intención de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual en la entrevista se emplea el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. El énfasis recae en averiguar cuales son **las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes**, es decir, cuales son las excepciones de la misma. Este enfoque trabaja con sistemas familiares completos, subsistemas o individuos que acuden solos a terapia. Desde esta postura el paciente y su familia están motivados para solucionar el problema, **los problemas son los problemas y no señales de un conflicto subyacente**.

La estrategia terapéutica consiste en alterar el sistema de creencias que impide percibir cambios en la situación sintomática. Por ello el terapeuta lo orienta a las **excepciones o soluciones eficaces**, estableciendo o ampliando aquellas diferencias entre lo que ocurre cuando el problema esta presente y cuando no lo está. Estas diferencias suelen pasar inadvertidas para el sujeto quien al centrar totalmente su atención en el problema es incapaz de verlas o les resta importancia

Su interés no es evaluar el síntoma sino iniciar cuanto antes la solución. Por lo que la sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y

conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema. El objetivo es ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento del cliente en el área del problema y fuera del mismo. Se definen **de manera concreta los objetivos** y como sabrán que los han alcanzado. Se inicia la solución mediante el cambio mínimo que se generaliza después.

Se formulan **preguntas presuposicionales** sobre la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual del cliente. "Estas preguntas inducen al cambio de manera que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema". El terapeuta establece y subraya aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los clientes no han notado o consideran casualidades, y les ayuda a determinar que necesitan para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas. Normalmente **se usa una pausa para preparar la intervención final** (Hudson y Weiner, 1990).

Las técnicas de intervención son: redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, tareas paradójicas, rituales, intervenciones sobre la secuencia sintomática, intervenciones sobre el patrón del contexto, elogios y tareas de formula. Estas últimas se prescriben con independencia del contenido concreto del problema que presenten los clientes. Han desarrollado **la pregunta del milagro, las preguntas por excepciones y las preguntas de escala**. Actualmente se reencuadra el contexto de la situación del cliente y no solo los aspectos problemáticos (Hudson y Weiner, 1990).

"Si el cliente no describe soluciones eficaces, ni contesta las preguntas a futuro sin el problema, entonces se adopta el enfoque del MRI y una actitud pesimista si la optimista no ha resultado. El terapeuta retomará la orientación centrada en las soluciones eficaces en cuanto el sujeto le brinde el menor indicio de excepciones". La terapia termina cuando se cumplen las metas establecidas o el cliente decide dejar de asistir. En ambos casos se pregunta por las estrategias utilizadas con éxito para solucionar el problema y como puede seguir aplicándolas en el futuro (Cade y Hudson, 1995).

Lo importante es devolver a la persona una imagen de competencia, basada en estrategias o recursos para hacer cosas satisfactorias y saber resolver los problemas que se presentan en su transcurrir vital. Saber que es competente en determinadas áreas, aunque no estén directamente enlazadas con el problema, también puede favorecer una expectativa generalizada de control interno para resolver con éxito las dificultades con las que ha de enfrentarse (Ochoa, 1995).

9) MODELO DE TERAPIA NARRATIVA.

Michael White y Cerril White en Adelaide, Australia y David Epston en Nueva Zelanda han desarrollado el enfoque narrativo, que ha influido primero en sus países de origen y más adelante en el movimiento de terapia familiar de distintas partes del mundo (White y Epston, 1993).

Con la influencia de **Michael Foucault**, White construyó un modelo destinado a librar a la gente de la opresión de sus problemas, como un pueblo puede ser librado de un estado opresivo. "Con esto dejó la metáfora cibernética para establecerse en la metáfora narrativa, viendo como los problemas de la gente están relacionados con las historias que tienen de ellos mismos, que están frecuentemente reflejadas en las **prácticas culturales opresivas**". Tiene un interés político y piensa en liberar historias alternativas que han estado oprimidas para la cultura dominante. Guía activamente a las familias en la disolución de sus problemas (Nichols y Schwartz, 1995).

Foucault analiza a la sociedad contemporánea a través de las leyes de poder (donde el estado oprime a la gente manteniéndolos divididos y haciendo que se sientan responsables de sus propios problemas). La metáfora que utiliza White consiste en describir la relación entre la gente y sus problemas como un combate por el control, como si el problema fuera un adversario viviente.

Cree que la gente es oprimida por los problemas. Explora el efecto que el problema tiene en la familia, los momentos en que el problema no domina la vida familiar (como en el enfoque centrado en soluciones) y **el efecto que la gente tiene en la vida del problema**. White utiliza las preguntas para separar a la gente de las historias opresivas de la cultura.

No está interesado en las causas de los problemas, sino en cómo evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo. Su creencia es que la gente con problemas frecuentemente desarrolla la descripción saturada del problema en sus vidas. Los eventos negativos en sus vidas y los aspectos negativos de su personalidad están en un primer plano, creando un sentimiento de impotencia y consecuentemente volviéndose una víctima fácil del problema. Debido a que los miembros de la familia tratan y fracasan solucionando sus problemas entonces la historia de fracasos viene a dominar a la familia.

La terapia ayuda a la gente a localizar, generar y traer historias alternativas que ofrecen un distinto sentido a los pacientes sobre ellos mismos y una distinta relación con los problemas. Busca que una nueva y mejor historia pueda emerger. La nueva historia ilumina a la persona o a la familia al mediar entre pasado, presente y futuro a través del curso de sus vidas y sus problemas. La gente está a cargo de los problemas y no al revés.

El primer paso para construir una historia, es separar a la gente de la vieja historia o la **historia saturada del problema** que les ocasiona impotencia o frustración. Guía a las familias a participar en lo que llama **conversaciones externalizadoras** acerca de sus problemas, el problema es una entidad separada, externa a la persona que lo tiene, se trata de una entidad con vida propia la cual domina a la persona o a la familia. Esta externalización ayuda a entender a los miembros de la familia que los problemas no son las relaciones familiares ni personales. Más bien es la relación del sujeto con el problema o el problema mismo lo que traen dificultades. La externalización permite nuevas opciones para escapar a la opresión de los problemas, los distintos miembros de la familia o personas involucradas pueden trabajar juntos para derrotar al problema más que culpar a otro por esto (White, 1994; White y Epston , 1993).

Una vez externalizado el problema, White hace preguntas que consideran la relación de la familia con el problema. Como la gente se separa de sus problemas y examina su relación con estos, la gente encuentra que hay momentos en que tiene algún control sobre este, es decir, sobre los problemas. Pregunta cuando el problema no los derrota e identifica áreas de la vida que no han sido dominadas por el problema y a través del proceso de preguntar emergen historias alternativas. White los ayuda a expulsar sus problemas y después los ayuda a reorganizar su pelea contra estos.

Un grupo de preguntas examinan la influencia del problema sobre la vida de los miembros de la familia, y un segundo grupo de preguntas es acerca de la influencia de los miembros de la familia sobre la vida del problema. Estas preguntas introducen una nueva historia y ayudan a la familia a ver que son dominados por el problema, pero las preguntas refuerzan el proceso de externalización, debido a que al responder tienen que hablar del problema como una entidad separada. Las preguntas son diseñadas para ayudar a la gente a separarse de sus problemas, a dar poder a la gente por encima de sus problemas y a darse cuenta de que ellos no son quienes pensaron que eran (Durrant y White, 2002; White, 1994).

Sugiere que el problema depende de sus efectos para sobrevivir, pero al no permitir que afecte en la gente, los clientes cortan el sistema base de vida del problema. La gente empieza a percibir su relación con el problema como diferente y empieza a salir de la opresión. Con la preguntas se cambian sus historias sobre ellos mismos y sobre otros. Esto permite al cliente reescribir sobre el mismo y sobre su historia familiar. La terapia puede incluir en algún momento documentos escritos que fortalezcan la historia alternativa.

10) MODELO DE TERAPIA COLABORATIVA Y CONVERSACIONAL.

Harlene Anderson y Harold Goolishian iniciaron el desarrollo esta postura, más adelante personas como Lynn Hoffman se incorporan en el desarrollo de esta modalidad de trabajo. "Se han llegado a identificar con **la metáfora de la narrativa, con el poder del lenguaje y las historias con que la gente se sostiene a sí mismo**". Sostienen conversaciones empáticas sobre las situaciones que taren a la gente a terapia, de las cuales emergen nuevos significados; el estilo de Anderson y Goolishian es desestructurado a través de una **conversación fluida, corriente y no directiva** (Nichols y Schwartz, 1995).

La más profunda influencia conceptual de estos teóricos es el psicólogo Kenneth Gergen quien con su teoría del **construccionismo social** dice que la gente esta siendo formada por las interacciones con otros. Es creado (como plástico y fluido) a través de la conversación, lo que hace sentido con que pueda ser cambiado por la conversación; **nuevos significados emergen de la conversación** que hace que el cliente se sienta mejor, se disuelvan o se disminuyan sus problemas. La dificultad para describir esta aproximación es que se trata de una actitud en la práctica como terapeutas orientados a las prácticas conversacionales y no de un modelo propiamente desarrollado.

La mayoría de los terapeutas de esta corriente colaborativa desean dotar de poder a las familias, y cambiar la terapia a una búsqueda de nuevas opciones y entendimiento, dejando el lugar de expertos. "Debido a que disminuyen el uso de técnicas, **su aproximación es difícil de describir, es más una actitud o filosofía que un método particular**. Debido a esto los líderes del movimiento escriben más sobre su punto de vista, que de lo que hacen en terapia" (Nichols y Schwartz, 1995).

Parte de la participación de estos teóricos es la convicción de que los clientes frecuentemente no son escuchados por que los terapeutas hacen terapia a ellos y no con ellos. El que no tomen una posición de conocimiento facilita una conversación con los clientes en la que las experiencias y los conocimientos anteriores del terapeuta no son la guía. En este proceso el terapeuta y el cliente experto son encargados de resolver el problema.

Los terapeutas colaborativos no solo reflejan, sino que también ofrecen ideas y opciones, pensamientos siempre tentativos, y esta es la diferencia con el enfoque no directivo de Rogers. Las preguntas son primordiales ya que son la herramienta del conocimiento del terapeuta. Desarrollan responsabilidad y una escucha activa, atendiendo las necesidades del cliente, y tratan de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser.

Cada pregunta viene de una honesta y continua postura terapéutica de no entendimiento. Las preguntas no son generadas por una técnica o un machote de preguntas. Esta posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente. No hay un modelo intrínseco del funcionamiento humano.

Anderson cree que la consulta es para la familia, muestra curiosidad y aprecio por la realidad del cliente, lo que trae a su vez la curiosidad del cliente. Refleja, empatiza, ofrece una connotación positiva; y en ese momento hace sentir a los clientes que su historia ha sido escuchada y los ayuda a escuchar otra historia.

No están interesados en las conversaciones patologizadoras, sino por reconstruir nuevos significados que emerjan de las conversaciones colaborativas. Invitan a la gente darse permiso para ser de nuevo humanos con significados de compasión, honestidad y humildad.

Algunos de los principios que siguen en el desarrollo de su trabajo son que: "los sistemas humanos están en el lenguaje y en los sistemas generadores del lenguaje; la construcción de la realidad es una acción social más que un proceso mental e independiente del individuo; la mente individual en realidad es una composición social y el self es relacional; la realidad y los significados que atribuimos a nosotros mismos, a los otros, a las experiencias y eventos de nuestras vidas es un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversación y en acción a través del lenguaje con otros y con ellos mismos; el lenguaje es generativo, da orden y significado a nuestras vidas y a nuestro mundo, y funciona como una forma de participación social; y el conocimiento es relacional y es generado en el lenguaje en nuestras prácticas diarias" (Anderson, 1997).

11) EQUIPO REFLEXIVO

Tom Andersen es un psiquiatra noruego, que anteriormente a desarrollar la modalidad de trabajo de equipo reflexivo, utilizó junto con su equipo el método de Milán, pero no logro los resultados que esperaba en su práctica como terapeuta, lo que lo llevó a generar esta modalidad de trabajo (Andersen, 1994; Nichols y Schwartz, 1995).

Para Andersen tenemos dos conversaciones, una de ellas es una **conversación externa** con los otros y la otra es una **conversación interna** con nosotros mismos. Lo que sucede en la conversación externa se convierte en una perspectiva más dentro de la conversación interna. El entrevistador espera una pausa en el flujo de la conversación del sistema para hacer su pregunta; algo de lo que se diga va a ser particularmente importante en la cabeza del entrevistador, lo que va a generar una **apertura**, que pueden ser consideradas como incitaciones para

continuar el diálogo. Nunca se puede saber que camino seguirá el diálogo (Andersen, 1996; Andersen, 1995).

El terapeuta sigue al cliente, no sólo al oír la palabra sino al ver como el cliente se expresa con palabras, y se dará cuenta de que cada palabra es parte de un cuerpo en movimiento. La palabra hablada y la actividad forman una sola unidad. "El terapeuta puede observar como **distintas palabras tocan de manera distinta**" al cliente, el escucha puede percatarse de ligeros cambios en la cara, los ojos, el habla, etc; incluso de las palabras con las cuales el cliente cierra sus oídos (Andersen, 1994).

El desarrollo lo que llama un **equipo reflexivo o reflecting team**; nivela el juego en el campo de la terapia sin esconder nada a sus clientes, donde él y su equipo discuten abiertamente sus reacciones a lo que la familia dice. El equipo reflexivo es una aproximación que ha sido usada ampliamente en el consenso de la terapia colaborativa. En este método los observadores vienen del otro lado del espejo unidireccional y discuten lo que oyeron en la sesión mientras la familia y el terapeuta los escuchan. Posteriormente se le pregunta a la familia por la reacción que le provoca en ellos lo que vieron y escucharon en el equipo.

Constantemente se hacen preguntas acerca ¿quien puede hablar con quien sobre que temas, aquí y ahora? , ¿Cuáles son los temas que los que están presentes quieren tocar?, ¿Alguien debería hablar y los otros escuchar?, etc. En general las preguntas durante la conversación buscan la posibilidad de establecer nuevas aperturas; buscan preguntas poco usuales sobre descripciones de comparación, de relación y de diferencia; preguntas sobre explicaciones posibles; sobre distintas conversaciones; etc.

Las guías que utilizan para la reflexión de los miembros del equipo en la sesión son: sólo se comenta lo que se presentó en la entrevista; las ideas son presentadas tentativamente; los comentarios son formulados como positivos, o al menos no como atributos negativos o comentarios culpabilizantes; los miembros del equipo mantienen contacto visual mientras conversan; se comparten las percepciones, pensamientos e imágenes que los miembros del equipo tuvieron; las reflexiones intentan presentar distintos lados de un dilema moviéndose de una posición de esto "o" lo otro, a esto "y" lo otro; las reflexiones no deben ser muy usuales ni muy inusual en cuanto al estilo, ritmo y palabras usadas en la conversación; no se usan diagnósticos ni términos psicológicos; los terapeutas deben tratar de usar el lenguaje y las metáforas de los clientes.

Este proceso produce apoyo y un ambiente de honestidad en el que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia debido a la interacción directa con ellos.

12) INTEGRACIÓN DE MODELOS

A continuación integro las influencias más importantes de cada modelo de terapia familiar a partir de los expuesto anteriormente y algunas características en las que coinciden o discrepan los distintos modelos.

Tabla 1. Principales influencias de los modelos de terapia familiar.

	Teoría la Comunicación Humana	Modernismo	Posmodernismo	Constructivismo	Construccionismo Social	1ra Cibernética	2da Cibernética	Cibernética 1er Orden	Cibernética 2do Orden
MRI	X	X	X	X		X		X	X
Estructural		X				X		X	
Estratégica	X	X				X		X	
Mc Master						X		X	
Dinámico Sistémico Integrativo		X					X	X	X
Contrato Matrimonial		X				X		X	
Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata)	X	X				X		X	
Milán (Boscolo- Cecchin)	X		X	X	X		X		X
Soluciones	X		X	X			X		X
Narrativa			X		X		X		X
Conversac.			X		X		X		X
E. Reflexivo			X		X		X		X

En esta tabla se muestra (X) las principales influencias epistemológicas de acuerdo a lo descrito en el apartado de epistemología de este trabajo; muchos de éstos modelos podrían haber estado expuestos a otras influencias que aquí no aparecen o incluso estar ahora evolucionando en nuevas direcciones. Todos estos modelos fueron también influenciados, por la Teoría General de los Sistemas y las ideas de Gregory Bateson.

Tabla 2. Algunas características de los modelos de terapia familiar.

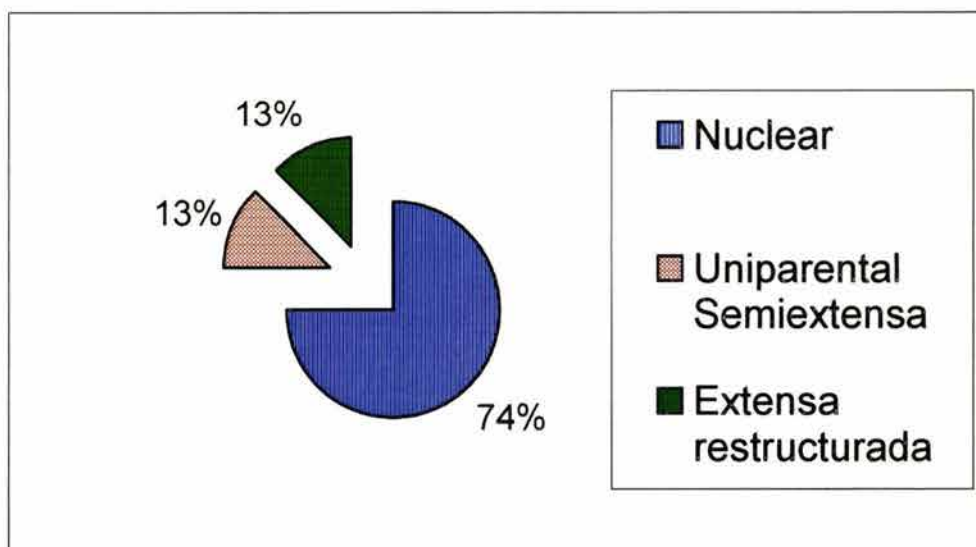
	Foco de interés del modelo		Puntuación		Nivel predominante al que va dirigida la intervención		Foco de atención en el tratamiento		Rol del terapeuta	
	Proceso	Estructura	Jerarquía	Causalidad circular	Información/ Significados	Comportamiento/ Interacción.	Evolución del sistema	Problema presente	Directivo	No directivo
MRI	X			X		X		X	X	
Estructural		X	X			X	X	X	X	
Estratégica		X	X			X		X	X	
Mc Master		X	X			X		X	X	
Dinámico Sistémico Integrativo		X	X			X	X	X	X	
Contrato Matrimonial		X	X		X	X	X	X	X	
Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata)	X			X	X	X	X	X	X	
Milán (Cecchin-Boscolo)	X			X	X		X			X
Soluciones	X			X		X		X	X	
Narrativa	X		X		X		X	X	X	
Conversac.	X			X	X		X			X
E. Reflexivo	X			X	X		X			X

La tabla muestra algunas de las coincidencias y diferencias entre los modelos de terapia familiar; las categorías a partir de las cuales se realizó este análisis fueron tomadas en su mayoría de un artículo de Mackinnon (1983).

2) INTEGRACIÓN DE CASOS (Integración de productos de trabajo clínico por familia)

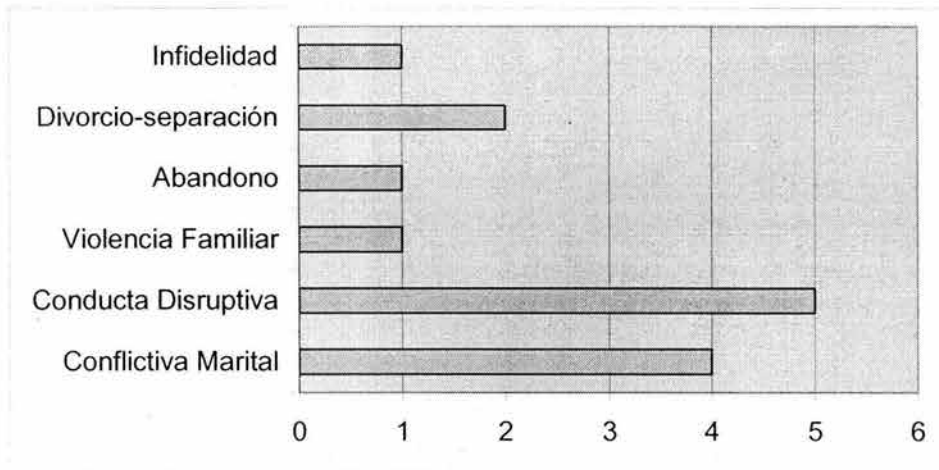
Información estadística sobre los casos atendidos como terapeuta

Figura 1. Estructura familiar de las 8 familias atendidas como terapeuta o coterapeuta.



En esta ilustración se presenta la composición de las distintas familias con las que se trabajó como terapeuta o coterapeuta; es importante destacar que tres de las familias (casos No. 3, 7 y 8) se encontraban en un período de transición en el que se generó una nueva composición familiar con respecto a la primera sesión. La familia (caso No.3) pasó de ser una familia extensa a ser una familia extensa uniparental, y las otras dos familias pasaron de ser familias nucleares a familias nucleares uniparentales; los datos que se presentan en la gráfica se refieren a la composición inicial de las familias, tomada de la primera sesión.

Figura 2. Motivos de consulta más frecuentes de las familias atendidas como terapeuta o coterapeuta.



En esta ilustración se presentan los distintos motivos de consulta que atendí como terapeuta. Es importante mencionar al respecto, que el número de motivos de consulta no coincide con el número de familias atendidas, ya que en la mayoría de los casos, se presentaba más de un motivo de consulta. Con respecto a los motivos de consulta la infidelidad se presentó por parte del varón en una familia con hijas adultas jóvenes; fueron dos separaciones a nivel conyugal en las que los hijos se encontraban en etapa adolescente y de adultos jóvenes; el abandono fue en una familia en la que se desconoce al padre, y la madre dejó a su hijo al cuidado de la madrina, desligándose de toda responsabilidad; en el caso de la violencia familiar se trataba de un varón que maltrataba verbalmente a la mujer que formaba parte de su tercer matrimonio, con anterioridad el maltrato había sido físico; la conducta disruptiva de los hijos era el motivo de consulta más frecuente, pero normalmente se acompañaba de otras problemáticas; la conflictiva marital era un motivo de consulta frecuente, pero en estos casos no se planteaba la problemática como una decisión clara de separación.

Tabla 3. Integración de los casos atendidos como terapeuta o coterapeuta.

Familias	Estructura familiar	Ciclo vital de la familia	Motivo de consulta	Modelo de terapia familiar utilizado.	Número de sesiones.	Alta, baja o en proceso terapéutico.
Caso 1	Nuclear	Con hijos en etapa escolar y preescolar	Conflictiva marital y conducta disruptiva	Estructural	16	Alta
Caso 2	Nuclear	Con hijo pequeño	Conflictiva marital	Terapia Breve y Soluciones	11	Alta
Caso 3	Extensa reestructurada	Con hijo en etapa adolescente	Conflictiva Marital y Violencia Familiar	Terapia Breve y Milán	7	Alta
Caso 4	Uniparental semiextensa	Con hijo en etapa escolar	Conducta disruptiva y Abandono	Narrativo	10	En proceso
Caso 5	Nuclear	Con hijos en etapa adolescente y adultos jóvenes	Conducta disruptiva	Dinámico sistémico integrativo	9	Alta
Caso 6	Nuclear	Con hijas . adultos jóvenes	Conflictiva marital e Infidelidad	Terapia Breve y Soluciones	9	Alta
Caso 7	Nuclear	Con hijos adultos jóvenes	Divorcio-separación, y conducta disruptiva.	Estructural	15	Alta
Caso 8	Nuclear	Con hijos en etapa adolescente y adultos jóvenes	Divorcio-separación, y conducta disruptiva.	Estructural	7	Alta

En esta tabla se describen algunas de las características de los 8 tratamientos en los que fui terapeuta o coterapeuta, durante los dos años de formación como terapeuta familiar. El promedio de sesiones por tratamiento fue de 10.5 sesiones. El 87.5 % de los casos fueron dados de alta y el 12.5% continúa siendo atendido por otros terapeutas, se trata de 1 caso en el que reportaron que las sesiones les habían permitido entender mejor su situación actual, pero que deseaban continuar con el apoyo terapéutico, ya que hasta ahora no había sido suficiente para resolver la problemática por la que asistieron en busca de tratamiento, por lo que decidí junto con la coterapeuta que llevaba el caso, canalizarlos con otros terapeutas dentro del mismo programa de la maestría para dar continuidad al tratamiento.

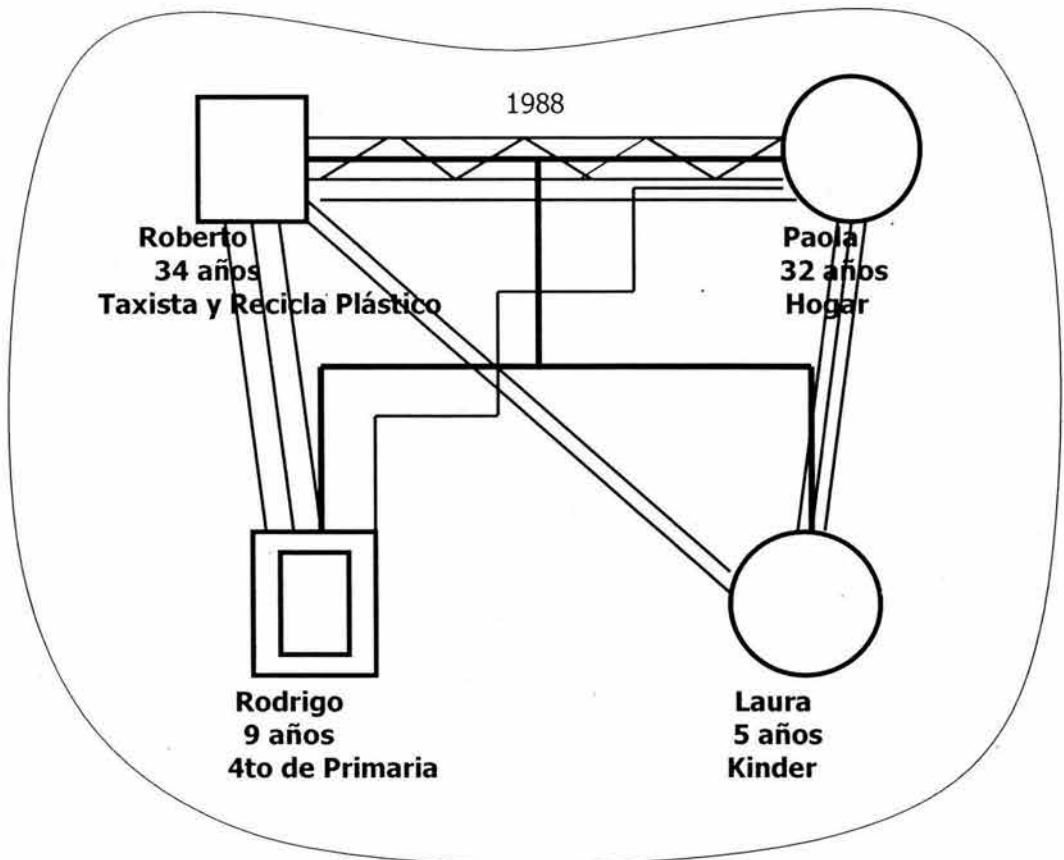
Se seleccionaron 4 de los 8 casos que trabajé como terapeuta o coterapeuta, para desarrollarlos en este apartado. Cada caso incluye el familiograma, objetivos, hipótesis, contenido, proceso, análisis teórico metodológico, intervenciones, evolución de la demanda, conformación del sistema terapéutico, recursos, limitaciones y seguimiento. Los nombres de los miembros de la familia fueron cambiados para guardar el anonimato.

CASO 1

Motivo de consulta: Conflictiva Marital y Conducta disruptiva

En realidad el motivo de consulta inicial, es la agresividad de Rodrigo, con otros niños y con la madre.

Familiograma:



Número de sesiones del tratamiento: 16 sesiones (Del 19 de Abril de 2002 al 23 de Septiembre de 2003).

Modalidad: Terapia familiar con equipo terapéutico detrás del espejo incluyendo supervisor.

Modelo: Supervisión de Modelo Estructural

Objetivos:

Desarrollar pautas de comunicación más respetuosas y de resolución de conflictos, que permitan a la pareja un mejor manejo como subsistema parental y conyugal al enfrentar la problemática de pareja y familiar. Disminuir la presencia de conducta disruptiva en los hijos y los padres.

Hipótesis:

Paola y Roberto tratan de resolver sus diferencias parentales y conyugales a través de los hijos, Rodrigo representa las dificultades de la familia y Laura representa la armonía familiar. Paola y Roberto hablan de su relación a través de cada uno de los hijos, al hablar sobre la situación de Rodrigo y su mal comportamiento las amenazas de abandono de los padres se intensifican, momento en el cual entra en escena Laura para cambiar el foco de atención y disminuir la tensión familiar.

Contenido:

El problema que identifican al iniciar la terapia es que Rodrigo es rebelde con su madre, que le ha dicho que la odia. La relación con el padre es más cercana, y la expresión de afecto es más frecuente. La relación entre Paola y Laura es más satisfactoria, hay mayor entendimiento y cercanía que con Rodrigo. Como antecedente en la relación de pareja se encuentra que presentaban violencia familiar en la que llegaban a los golpes, actualmente se insultan. La madre asistió anteriormente a un grupo de Neuróticos Anónimos, como un apoyo, en donde pudo empezar a hablar sobre lo que sentía. Una manera en la que ahora pelean es a través de los hijos, cada uno de los padres piensa que el control de conducta del otro padre es excesivo con los hijos, por que los insultan y golpean, este es un motivo frecuente para que comiencen los insultos entre los padres. Entre Rodrigo y Laura se repite una relación de insultos y rechazo, como en la relación de sus padres. Roberto y Rodrigo identifican a Paola como una mujer con dificultades para expresar afecto, por que no lo aprendió en su familia de origen; Paola explica su propio padre maltrataba a su madre, y que ella no esta dispuesta a que se repita esta historia; que por otra parte siente que Rodrigo ha aprendido a ser impulsivo por que Roberto es impulsivo.

Durante el tratamiento Roberto y Paola amenazan en repetidas ocasiones de abandonar a la familia, explican que esto se debe a que el problema es en la pareja y piensan que si uno de ellos se va, entonces la harán menos daño a los hijos, prueba de esto es que los hijos se comportan y son más obedientes cuando sólo esta uno de los padres. En una sesión en que sólo asiste la pareja por acuerdo

con el terapeuta, hablan de su dolor, Roberto habla de que sufre cuando ella le dice que se va a ir con otro, aunque ha logrado controlar sus celos y Paola explica que su dolor es que el habla mal de su familia de origen y también le dice a los hijos que anda con otro. Logran reconocer el dolor del otro y su cariño como pareja. Después de este momento la familia deja de asistir durante 6 meses, en este período Paola regresó al grupo de neuróticos anónimos; al regresar al tratamiento de terapia familiar, Paola ya no se toma personal las cosas que le dice Roberto, se organizaron como un equipo, se apoyan en las decisiones que toman sobre la manera de educar a los hijos y la mayor preocupación es que Rodrigo quiere usar tatuajes de agua y vestir como cholo como un primo materno; ya no hay quejas en la escuela aunque llega a contestar mal a Paola.

La relación entre Laura y Rodrigo mejoró, se apoyan y se cuidan como hermanos, cada uno de ellos identifican que han tomado cosas positivas de cada uno de sus padres. Laura ha sido durante todo el tratamiento la vocera familiar sobre los problemas, les dice también a los padres cuando Rodrigo se encuentra en problemas. La pareja vuelve a amenazar con separarse (cinco sesiones antes de que termine el tratamiento) por que han tenido dificultades para ponerse de acuerdo con la educación de los hijos, han vuelto a insultarles y gritarles, la diferencia es que en este momento ambos padres tiene la misma autoridad y respeto de los hijos. Casi en la parte final del tratamiento Paola comenta que para ella es útil saber, que en distintas ocasiones ha sido el recuerdo de la relación con su padre, que la maltrataba, lo que le ha impedido tener una mejor relación con su esposo y tal vez con su hijo, por que ella no quiere verse manipulada como su madre por un hombre. Rodrigo explica que su padre es noble pero usa botas para verse como macho, para Roberto es difícil hablar de la relación con su padre por que no recuerda mucho y decide no hablar más al respecto. Paola piensa que es difícil que Roberto hable de su familia de origen, a lo mejor quiere guardar una imagen de su familia, pero lo importante es que se de cuenta de sus vivencias, para no repetir lo malo.

Después esta última sesión, hay un período de tres meses en el que la familia no asistió, explican que han tenido distintas ocupaciones, han salido de vacaciones, por otra parte a Rodrigo lo operaron del apéndice pero ya se encuentra mejor, se reincorporaron los hijos a las actividades escolares por eso no vienen a la sesión. Rodrigo mejoró su comportamiento, aprendió que hay cosas de su primo que no debe copiar, ahora se modera al vestirse, piensa más las cosas antes de decirlas o hacerlas, aunque llega a intervenir en las diferencias entre los padres para que ya no discutan. Por su parte Paola ha dejado de ofender a Rodrigo; entre los padres hablan las cosas antes de tomar una decisión. A Laura la encuentran centrada, se esfuerza por mejorar cada día más en la escuela. Roberto y Paola están siendo una pareja que funciona como modelo en sus familias de origen, han aprendido a identificar cuando intervenir y cuando no en sus familias, ya que esto les ha llegado a traer problemas. Como pareja buscan estar más atentos a las

necesidades del otro y con mayor disposición para hacer cambios, sobre todo Paola. Para Paola en este proceso de tratamiento han aprendido a conversar, comentan que tal vez estarían separados de no haber venido a terapia, por otra parte también disfrutaban de los comentarios del equipo aunque a veces sentían que les golpeaba en su ego, pero aprendieron a canalizarlo, aprendieron a hacerse responsables de lo que hacen, aprendieron a escuchar y a conocer quien era cada uno de ellos, cuales eran sus necesidades e iniciaron un proceso para comprenderse mejor.

Proceso:

Paola se desespera por el mal comportamiento de Rodrigo, entonces le grita, interviene Roberto en defensa de Rodrigo, la intensidad de la discusión se incrementa hasta que Laura, jugando, desvía el foco de atención de los padres. A Rodrigo se le observa triangulado entre los regaños de la madre y la defensa el padre; por otra parte se presentan coaliciones en las que Rodrigo defiende a Roberto de Paola, y Laura defiende a Paola de Roberto. En la medida en que la madre insulta al hijo, esto activa al padre, rescatando al hijo y generando un mayor involucramiento afectivo en esta relación por parte del padre. La historia familiar que define la madre es a ella como hija de un hombre neurótico, luego ella como neurótica, y finalmente Rodrigo como candidato a continuar la historia. Aunque se presenta conflicto constante entre Rodrigo y su madre, en realidad se encuentra en una relación muy intensa, tal vez incluso más intensa que la del padre y la madre.

Se observa a nivel de los hijos la misma pauta de conflicto entre los padres que se traduce en una lucha por alcanzar una mayor jerarquía en la toma de decisiones. Pasan en la sesión de las maniobras de abandono a la lucha por los hijos. Al parecer el resentimiento de la madre se repite a través de tres generaciones, con su padre por lo que lastimó a su madre, con su esposo por no ser el hombre que espera y a quien le hace ver todas sus carencias y a su hijo con quien actúa todo su malestar. En los momentos en que el padre establece una coalición con los hijos, la madre queda anulada con respecto a su versión de las cosas.

En la primera sesión que asiste sólo la pareja, se plantean sus dificultades como pareja, los mal entendidos y de alguna forma la manera en que pueden evitar generar dolor en el otro. La sesión va creciendo en el aspecto emotivo, por momentos interrumpen la conversación tratando de recuperar la respiración y las palabras para continuar hablando. Al generarse un espacio sin los hijos esto ayuda a fortalecer la fronteras de la pareja y por otra parte a liberar de la triangulación, al menos temporalmente a los hijos. Por otra parte la madre define la necesidad de crear una frontera en la que recupere su espacio personal que le permita recuperar áreas de su identidad hasta ahora olvidadas. En esta sesión el foco es puesto en la relación de pareja, en este sentido la pareja recupera significancia en el sistema familiar.

La familia después de la sesión de pareja tardó 6 meses en regresar a terapia, en tres ocasiones más, la familia dejó de asistir a la terapia, el tiempo que dejaban de asistir variaba entre 1, 3 y 6 meses, era un tiempo en el que la familia trabajaba en reestructurarse, la familia necesitaba tiempo para generar una nueva organización.

Al regresar al tratamiento la mayor jerarquía estaba ubicada a nivel Parental, los límites intersistémicos eran más claros, la mayor significancia la tenía el comportamiento de Rodrigo, aunque en menor medida que antes. Las coaliciones se transformaron en alianzas entre los miembros de los subsistemas, el subsistema fraterno y el subsistema Parental. Los límites intersistémicos tienen en este momento mayor permeabilidad, con posibilidades para cerrarse hacia el exterior.

El foco de atención cambio en la siguiente sesión hacia los hijos, se observa a ambos padres interviniendo para que Laura y Rodrigo escuchen mientras el otro padre habla, se observa entonces una autoridad compartida, estableciendo límites claros y jerarquías definidas. Los miembros de la familia establecen más comúnmente contacto visual unos con otros, la significancia de los miembros se distribuye, pasando de la atención de lo que pasa en los hijos a lo que pasa en la pareja. Para este momento la familia reconoce el liderazgo del terapeuta y se le acepta en los movimientos que hace dentro del sistema familiar. En el sistema familiar se mantienen límites más claros y permeables, con la posibilidad de abrirlos y cerrarlos de acuerdo a sus necesidades; se encuentran más involucrados en satisfacer las distintas necesidades de sus miembros al interior de la familia.

La cohesión familiar se incrementa en situaciones de emergencia, como la muerte de un tío en la que conectan con otros miembros de la red social significativa. La preocupación de la familia es por las relaciones que Rodrigo vive fuera del hogar. La alianza de los padres también se observa, al establecer las reglas y hacerlas valer conjuntamente, se relevan en las intervenciones para controlar el comportamiento de los hijos, aunque es el padre quien se ubica con una mayor jerarquía definiendo las reglas a las que se deberá ajustar Rodrigo; los hijos por su parte se apoyan en sus decisiones y se cuidan

Tanto la Paola como Rodrigo buscan redes de apoyo fuera de la familia, Paola en un grupo de autoayuda y Rodrigo con su primo. Laura por su parte es la vocera familiar, principalmente con las situaciones de riesgo a las que se encuentra expuesto Rodrigo con las compañías que busca, que se dedican a la vagancia. El rol de vocera de Laura les impide a Rodrigo y sus padres no tener mayor cercanía, Laura sirve como puente entre ellos; pero por su parte Laura se encuentra triangulada entre hablar a los padres de lo que pasa a Rodrigo o ser leal a su hermano y guardar los secretos. Roberto nuevamente amenaza con irse de la casa

si no trabajan conjuntamente para que Rodrigo evite las compañías de riesgo, y si Paola no lo apoya en el control de conducta de Rodrigo.

Laura se alía con el tratamiento, y aunque Roberto esta por abandonarlo, Laura decide que continuara en el como pareja o como madre si Roberto se va. En este momento, la mayor jerarquía con respecto a la toma de decisiones hacia el cambio es establecida por Paola. Para la siguiente sesión la familia nuevamente se ausenta, al regresar al tratamiento Paola, Roberto y Laura tratan sobre la imagen que tienen de Roberto como persona, hombre y padre hacia adentro de la familia, el foco de atención es Roberto, el terapeuta genera una alianza con la familia acerca de la importancia de conocer un poco más a Roberto. Una de las aspectos importantes es que en las historias de las familias de origen, emerge que quienes se han encargado de organizar a las familias son la madres, siendo los padres figuras maltratadoras o periféricas: Roberto se encuentra ante el reto de ser una figura cercana a los hijos, pero también de alcanzar un lugar de autoridad en el sistema familiar.

Para el final de la terapia se encuentra una mejor distribución de la significancia de cada miembro de la familia en el sistema, los límites intrasistémicos son más permeables aunque llegan por momentos a ser difusos. La mayor jerarquía esta depositada en el subsistema Parental, y se manejan sobre todo alianzas más que coaliciones entre los miembros de la familia. Se combinan en sus miembros dos posibilidades, por un lado la de diferenciación del núcleo familiar y por otro lado pertenencia-participación de una identidad familiar. Los límites intersistémicos son claros. En este momento para Roberto todavía es difícil diferenciar entre los procesos de responsabilidad ajenos y los propios.

Análisis Teórico- Metodológico:

De acuerdo al modelo de terapia estructural destacan 5 elementos de análisis: 1) La estructura de la familia. La familia pasó de una estructura familiar con límites difusos y jerarquías poco claras, a límites claros donde los hijos no participan más en los problemas maritales, han establecido un subsistema fraterno fuerte y las jerarquías están definidas con los padres en el nivel más alto; para este modelo los límites claros y las jerarquías definidas y organizadas, en las que los padres tienen un nivel más alto, es señal del buen funcionamiento de la familia. 2) La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de alianzas y coaliciones del sistema. La familia pasó de utilizar como pautas transaccionales predominantes las coaliciones de Rodrigo y Roberto contra Paola, y de Laura y Paola contra el Roberto a desarrollar alianzas entre Paola y Roberto por un lado y, Laura y Rodrigo por el otro. 3) La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros. La significancia familiar cambio y se redistribuyó, de ser el foco de atención el comportamiento disruptivo de Rodrigo y la historia Familiar de Paola, pasó a desarrollarse sensibilidad por las acciones de los distintos miembros de la familia.

Del aislamiento familiar y del sufrimiento individual, pasaron a conectar de una mejor manera con sus familias de origen, especialmente con familia materna y a involucrarse con el sufrimiento de cada miembro de la familia.

4) Examina el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio. Con respecto a la etapa del ciclo vital, al iniciar la terapia no lograban integrar un sistema Parental capaz de resolver sus dificultades, se encontraban atorados en la conformación como subsistema de pareja, y debido a esto, tampoco eran capaces de atender a las necesidades individuales de cada uno de sus miembros, posteriormente iniciaron el proceso de reestructuración familiar que les permitió cubrir las funciones familiares y atender algunas de las demandas de los distintos miembros de la familia. 5) Explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia. La conducta disruptiva de Rodrigo los mantenía tratando de resolver problemas de los hijos, y de alguna forma evitaba que resolvieran sus dificultades a nivel conyugal, depositaban en este triángulo con Rodrigo sus dificultades y en el triángulo con Laura todo aquello de los que se enorgullecían, y fue hasta que comenzaron a trabajar como pareja que lograron liberar a sus hijos de sus síntomas y roles estereotipados.

Intervenciones principales:

Alianza con los miembros de la familia; el terapeuta se alió con los distintos miembros de la familia para desequilibrar y reestructurar las jerarquías, el hecho de aliarse con un miembro de la familia modifica la posición de los demás, pone de relieve los lados fuertes de un miembro de la familia y promueve que se experimenten nuevas alternativas. En este caso el se alió con los padres, para fortalecer su posición y permitir que dentro de las sesiones se volvieran un equipo sólido que controlará el mal comportamiento de los hijos; se alió con la madre y los hijos para reestructurar la posición del padre como una autoridad incuestionable y permitirle a la madre recuperar su jerarquía en el sistema; la alianza con Rodrigo permitió hacer evidente su disposición a colaborar con el tratamiento y a hacer evidentes las dificultades entre los padres; se alió con Paola para evidenciar la importancia de responsabilizarse de sus acciones en las que agredía a su hijo y por otra parte dejaba en claro que Roberto no se hacía cargo de su proceder en la familia, cuando se mostraba impulsivo o poco participativo.

Cuestionamiento del síntoma; la familia asiste a la terapia individualizando a uno de sus miembros como la fuente del problema, pero el terapeuta interviene cuestionando el síntoma, haciendo evidente que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción familiares. Cuando llegó esta familia a la terapia el paciente identificado era Rodrigo, desde las primeras sesiones el terapeuta hizo evidente que Paola y Roberto resolvían sus disputas conyugales y parentales, peleando y culpando al hijo por sus problemas, pero por otra parte Laura funcionaba como puente de comunicación entre Rodrigo

y sus padres, con esto impedía un real acercamiento, por que se creaba un límite rígido entre los padres y el hijo.

Señalamiento de límites; el objetivo es trabajar en diferenciar los procesos de autonomía e interdependencia de los distintos miembros y subsistemas de la familia, se trata de generar reglas de participación entre los distintos miembros de la familia. Durante las sesiones se manipulaba el espacio físico que ocupaban los miembros de esta familia, utilizando esta herramienta como metáfora de las reglas de participación; si Rodrigo se encontraba sentado en medio de los padres mientras discutían en la sesión, se le pedía que se ubicara a lado de su hermana, en el equipo de los hijos, explicando que su lugar no era estar en medio de los conflictos de sus padres. En otras ocasiones se pidió que solo vinieran los Paola y Roberto a la sesión, por que los temas a tratar en esa sesión correspondían sólo a los padres.

Recreación de los canales de comunicación; esta intervención va dirigida a provocar diálogos entre los miembros de la familia, puede ser utilizada cuando un miembro de la familia quiere utilizar al terapeuta como escucha, mientras esta hablando de otro de los miembros de la familia que se encuentra presente. En este caso se le invitaba a los padres a hablar entre ellos cuando los temas tenían que ver con una decisión que debían tomar como padres o como pareja; se le pidió también que a Paola y Rodrigo que hablaran sobre su relación entre madre e hijo sin que participara ni Laura ni Roberto en esta conversación, este canal de comunicación se había perdido y en otras ocasiones era interrumpido por Laura o Roberto.

Escenificación; cuando el terapeuta logra que la familia interactúe para discutir algunos de sus problemas desencadena secuencias que escapan al control de la familia, las reglas habituales prevalecen y los mecanismos interactivos se manifiestan con una intensidad semejante a la que se presenta fuera de casa; el terapeuta puede intervenir entonces proponiendo interacciones alternativas. Cuando Paola y Roberto estaban en una sesión de pareja y comenzaron a culparse, uno al otro, de su malestar como pareja, el terapeuta les pidió que se hablaran de frente, dirigiéndose al otro y teniendo contacto visual con el fin de aumentar la intensidad de la interacción; después el terapeuta intervino planteando interacciones alternativas en la cada uno escuchara, y después devolviera lo que había entendido al otro miembro de la pareja.

Reestructuración; es una manera en la que el terapeuta interviene facilitando que la habilidades y funciones se manifiesten y se generalicen en un áreas y relaciones distintas a la que se presentan normalmente. El terapeuta se alió con Rodrigo reconociendo las habilidades negociadoras que había aprendido de sus padres y que utilizaba con sus amigos, y se le invitó a incluir estas habilidades en la relación con Paola en los acuerdos sobre sus responsabilidades como hijo.

Foco e Intensidad; el foco se refiere a la maniobra que utiliza el terapeuta en la que elige un tema para trabajar y deja de atender otros temas, que aunque son importantes, no son útiles para la meta terapéutica de ese momento; no se ve llevado de un tema a otro sino que investiga en mayor detalle un campo limitado. La intensidad se refiere a la intervención que realiza el terapeuta para asegurarse que un mensaje que considera importante le llegue a la familia. En distintas ocasiones durante el tratamiento se repitió el mensaje que "los problemas de la pareja son de la pareja y no pueden resolverlos los hijos", este mensaje buscaba generar límites más claros y al ser repetido constantemente se le daba mayor intensidad al mensaje. En otra ocasión se le pidió a Paola que utilizará su posición como madre para hablar con Rodrigo, dejar en claro quien era la madre y quien pondría las reglas en casa; el terapeuta durante esta interacción, evitaba las intervenciones del padre y las interrupciones de Laura, esta era una manera de facilitar que la madre recuperara su jerarquía. Por otra parte el terapeuta les alentaba a la Paola y Rodrigo a continuar esta interacción como una manera de generar mayor intensidad.

Evolución de la demanda:

El motivo de consulta fue evolucionando, paso de los problemas entre Paola y Rodrigo; luego la atención se dirigió al funcionamiento de Paola y Roberto como padres; después a constituir un subsistema fraterno fuerte entre Laura y Rodrigo; más adelante a diferenciar la importancia de cada uno de los miembros de esta familia; después a trabajar para recuperar a Rodrigo, evitar que continuara cercano a las malas compañías y permitir un mayor acercamiento con sus padres, para lo que Laura debía dejar de ser puente de comunicación; finalmente en trabajar en que Roberto pudiera ubicarse en un lugar de padre que le permitiera tener autoridad, pero también estar más cercano afectivamente a su familia, y permitirles a Paola, Rodrigo y Laura, estar más cercanos a él.

Conformación del sistema terapéutico:

El sistema terapéutico estaba conformado por los miembros de la familia, el terapeuta, el equipo detrás del espejo y la supervisora, el terapeuta se adentraba en el sistema familiar para posteriormente tomar distancia y salir con el equipo detrás del espejo. El terapeuta utilizó maniobras de unión reconociendo y explorando la importancia de los temas familiares, como la conducta disruptiva de Rodrigo, las conflictiva marital que era un tema que estaba parcialmente cerrado, la experiencia de Paola y Roberto con sus propios padres; el dolor de Rodrigo como chivo emisario y el conflicto de lealtades de Laura. A través de maniobras de acomodamiento, el terapeuta se volvió uno más de los miembros de la familia, aliándose desde distintas perspectivas con cada miembro de la familia. La familia también se acomodó para unirse al terapeuta, permitiéndole formar parte de esta y reconociendo su liderazgo. El terapeuta utilizó maniobras de mantenimiento respetando los tiempos que la familia necesitaba para asumir una nueva

organización y reconociendo los intentos de la familia por hacer cambios. Rastreó la pautas de interacción y sucesos significativos, con preguntas para clarificar y mostrando interés por los acontecimientos.

Recursos y Limitaciones:

Un recurso importante fue la capacidad de la familia para cerrar sus límites, trabajar en su reorganización después de lo sucedido en la sesión, después abrir sus límites, regresar a las sesiones y continuar con el proceso de tratamiento. La capacidad de Paola para buscar en el grupo otra fuente de apoyo personal, además del tratamiento familiar, constituyó otra herramienta valiosa que permitió tener una puerta de entrada a sus historias en las familias de origen. Después de las primeras sesiones los miembros de la familia, desarrollaron la capacidad de pasar de las explicaciones individuales a las familiares los problemas y las fortalezas de la familia. Una limitación importante fue la dificultad de Roberto para conectar su situación actual con su historia personal con su familia de origen y para hacerse cargo de su participación en los problemas que se habían generado como pareja.

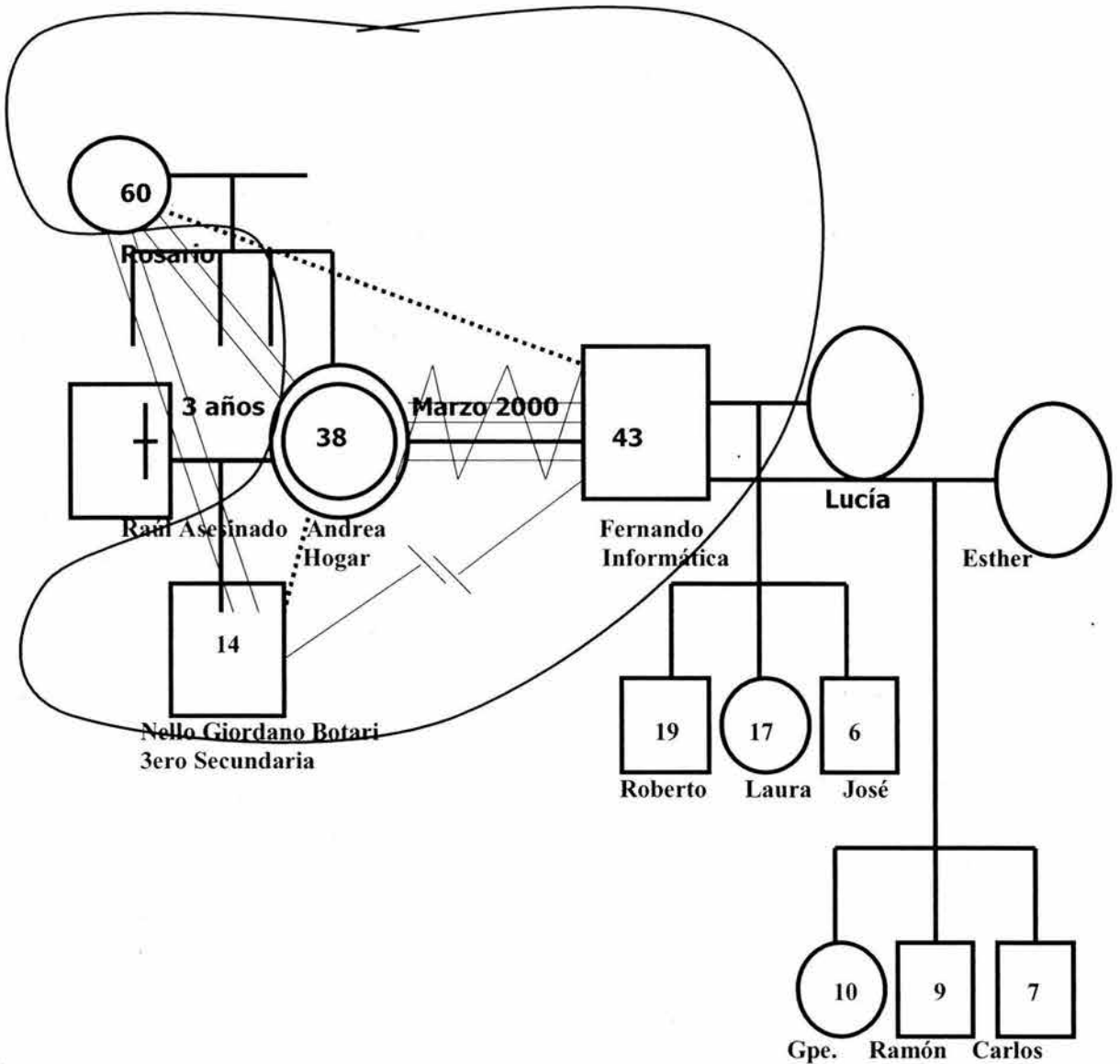
Seguimiento: No fue posible contactarlos, se les llamó 10 meses después de que terminó la terapia, pero el teléfono de casa aparece como inexistente y el teléfono celular esta puesto en la modalidad de buzón, se han dejado mensajes en este pero no han llamado. Durante el proceso de terapia sucedió algo similar. y no les llegaron los mensajes al buzón teléfono celular. por que se encontraban fuera de la ciudad.

CASO 3

Motivo de consulta: Conflictiva Marital- Violencia Familiar

Asisten a solicitar apoyo ambos miembros de la pareja por presentar conflictos de pareja constantemente, con antecedentes de violencia física; actualmente se presenta violencia psicológica principalmente.

Familiograma:



Número de sesiones del tratamiento: 7 (Del 04 de Marzo de 2003 al 22 de Abril de 2003).

Modalidad: Terapia individual con equipo terapéutico detrás del espejo y supervisión narrada.

Modelo: Supervisión de Modelo de Terapia Breve y Terapia Sistémica Individual de Milán.

Objetivos:

Modificar las creencias y pautas interaccionales que mantienen la presencia de la violencia familiar. Fortalecer la imagen de la paciente como mujer y ser humano, de manera que le permita recuperar interés por su persona, y procurarse atención y respeto. Generar alternativas de relación no violentas, que permitan un mejor manejo de la conflictiva de pareja.

Hipótesis: La violencia como síntoma representa en esta pareja una relación muy intensa en la que sus miembros están pobremente diferenciados, la identidad de Andrea queda prácticamente sometida y anulada, y otras relaciones significativas se han estado debilitando. Esto permite que se genere una interacción predominantemente complementaria en la que Fernando se encuentra en una posición de control y sometimiento con respecto a la posición de Andrea de sumisión; por otra parte, el aislamiento y el cerco de silencio que se establece en este tipo de relaciones, facilita también que el circuito que se ha establecido en esta relación se mantenga.

Contenido:

La pareja asistió al centro de servicios psicológicos, solicitando tratamiento urgente, debido a los constantes conflictos en la relación de pareja y el sufrimiento que esto les está produciendo. Por este motivo el personal del centro de servicios psicológicos decidieron consultarnos, sobre la posibilidad de establecer con nosotros una cita lo más pronto posible, la cual queda programada para la siguiente semana, una vez que se ha comentado la situación con el equipo y se consultan los horarios disponibles para recibirlos.

En la primera sesión asisten ambos miembros de la pareja. Los miembros de la pareja son Andrea de 38 años, pasante de administración de empresas, actualmente desempleada y Fernando de 43 años trabaja en el área de informática. Andrea tuvo un matrimonio anterior con duración de tres años, a su esposo lo asesinaron, este acontecimiento sucedió en el Salvador (de donde ella es originaria) hace aprox. 13 ½ años, de este mismo matrimonio es producto un hijo que actualmente tiene 14 años; hace 8 años decidieron venir a vivir a México. Fernando está iniciando con Andrea su tercer matrimonio, 6 hijos son fruto de sus dos matrimonios anteriores, tres hijos en cada caso. Hace dos años están casados

Andrea y Fernando, tiempo desde el cual se han presentado los problemas entre ellos; a lo largo de la sesión de la primera sesión se observa una discusión acalorada, en la que se presenta una cercanía intimidatoria de Fernando hacia Andrea, con movimientos que más bien parecían para amenazar la integridad de esta; por otra parte Andrea comentó que se sentía devaluada, con poco valor y oprimida. De la información que Fernando incluye es que es exigente, que fácilmente detecta errores, que hubo violencia física en alguna ocasión pero ya no se presenta y que Andrea está resentida, por que una vez tuvieron una dificultad, se dejaron de hablar y él buscó a una de sus ex parejas, finaliza Fernando este comentario, diciendo que Andrea "no puede cantárselo toda la vida". En un momento de la sesión Fernando dice que ya no vendrá a las sesiones, por que no escuchó que Andrea dijera todos sus errores que ella ha cometido y él viene a escuchar eso.

Posterior a esta sesión asiste Andrea únicamente, aún cuando se acordó con Fernando que él tomaría una sesión individual para comentar su situación en la pareja.

Andrea está viviendo con su mamá y con su hijo; Fernando se fue a vivir a otro lado, iba indignado por que un día antes Andrea no le escuchó llegar y no salió a recibirlo, estaba Andrea reunida con sus hermanas. Para Andrea los problemas con las familias se resuelven entre los dos, para Fernando cada quien resuelve con su familia, y este ha sido otro de los motivos por los que han discutido. De la historia de la pareja Andrea comentó que se conocieron 4 meses, y Fernando apresuró las cosas para casarse pronto. Desde la noche de bodas Fernando le dijo que seguramente ella se había acostado con alguien ese día por la mañana; así relató distintos sucesos en los que se presentan distintos problemas con la pareja, una vez la ha corrido de la casa Fernando y otras ella se ha ido, manera en que ha acostumbrado resolver sus dificultades. De las áreas fuertes es la sexual donde hay satisfacción de ambos, por otra parte encuentra que Fernando es más atento y cariñoso cuando ella está enferma. Para Andrea es el hombre quien debe proveer en lo económico, para Fernando cada quien se debe proveer según explica ella. Él le ha dicho: "inútil, huevona, mantenida, buena para nada y pendeja", y luego también le dice que ella es capaz, pero Andrea ya no lo cree. Al explorar sus recursos comenta que su familia la veía anteriormente como emprendedora y segura. Andrea identifica como importante el recuperarse a sí misma, ser alegre, emprendedora, terminar con la depresión y la baja autoestima.

Andrea no llegó a la siguiente sesión por que tuvo una entrevista de trabajo. En la sesión en la que se volvió a presentar, Andrea comenzó a identificar y recuperar partes de su historia personal, en las que trabajó en la embajada y fue coordinadora en la vicepresidencia de El Salvador, actividades en las que era reconocida y tomada en cuenta. De su historia familiar comentó que sus padres se divorciaron, duraron 25 años casados y ahora llevan 25 años de divorciados,

identificó a su papá como un hombre mujeriego; Andrea ha logrado establecer un límite claro con su mamá, ya que se molesta que conozca a la pareja actual del papá, sin embargo ha logrado aclarar a la madre sobre su derecho a acercarse tanto a su papá como a su mamá.

Identificó que en lo que respecta a su situación, ha ganado definitivamente su espacio en el proceso terapéutico, incluso es una actividad que Fernando respeta completamente; para este momento ya habían tenido nuevamente conversaciones entre Andrea y Fernando, por lo que la madre de Andrea se molesta, pero nuevamente Andrea logró establecer un límite claro con ella. Fernando le ha comentado que no quiere descartar la posibilidad de venir aquí. No le parece que Fernando tenga otra relación con sus ex parejas, más allá de lo relacionado con los hijos que procreó. Para que Andrea decida regresar con Fernando debe ver en que ya no haga expresiones de agresión no verbal, tener acuerdos mutuos sobre el manejo de la pareja a futuro, que Fernando modere sus expresiones de malestar y que tengan la posibilidad económica de rentar un departamento. Comenta que no esta dispuesta a recibir maltratos ni a tener una relación de pareja en la que continúen peleando todo el tiempo.

Conforme avanzaba la terapia, Andrea fue identificando que para regresar a vivir como pareja deberían tener más armonía, resolver los pleitos de mejor manera, tener más tiempo de convivencia con su hijo, llegar a acuerdos de ambos lados de la pareja. En un momento Fernando le dijo que no podría estar sólo, y que buscaría a una de sus ex parejas, y Andrea le pide que lo haga pero que se defina que es lo que quiere, ante lo que Fernando recapacitó y evita ahora esos comentarios. Andrea ha logrado hacer respetar los tiempos que destinan a la pareja estableciendo un límite; aunque se han presentado amenazas de ruptura de la relación por parte de Fernando, Andrea se ha mantenido más tranquila, incluso ha destinado tiempo para pensar en otras cosas, se siente más segura y libre para buscar trabajo, ya no esta pegada al teléfono por el miedo a que Fernando llame. Las llamadas de Fernando son ahora para rectificar sobre su comportamiento, lo que facilita que tengan conversaciones y lleguen a acuerdos. No quiere perder a Fernando pero tampoco esta dispuesta a ahorcarse por él. Comenta que se siente en paz con ella, más tranquila, ahora no esta dispuesta a compartir el pastel o es para ella o no lo es, se refería a que Fernando tendría que decidir estar sólo con ella como pareja o irse. Antes no se atrevía a hacer las cosas sólo las pensaba "La heroína era yo en mis sueños, pero no me atrevía a decirle las cosas a Fernando". Se siente más mujer incluso algunas personas le echan piropos. Ha recobrado el control sobre su vida nuevamente.

A partir de este momento Andrea no se volvió a presentar a sesión, el terapeuta tuvo contacto telefónico posterior con ella, se encontraba trabajando de tiempo completo, se escuchaba contenta aunque atareada, se estaba tomando su tiempo

para tomar decisiones con respecto a su relación de pareja. Se buscó un espacio y tiempo para acordar una cita pero sus tiempos estaban muy comprometidos.

A partir de la información de las últimas sesiones y de los contactos telefónicos con Andrea se encontró que: 1) Ha desarrollado la seguridad necesaria en la toma de decisiones responsables. 2) Identifica y reconoce sus capacidades personales, así como es capaz de hacerse respetar en su condición de mujer y ser humano. 3) Ha logrado modificar el ambiente familiar en donde se presentaban conductas disruptivas tomando parte activa en el establecimiento de nuevas reglas basadas en el respeto y compromiso de pareja y familiar. 4) Recuperó el interés por su persona, y ahora se hace cargo de fortalecer su autoestima y procurarse atención. 5) Se ha involucrado nuevamente en una actividad laboral fortaleciendo la confianza en si misma y en sus capacidades en el ámbito de trabajo.

Proceso: Esta terapia se llevó a cabo un período de 2 meses, se programaron 7 sesiones, pero en realidad se llevaron a cabo 4 sesiones, en las que la paciente tuvo una mejoría rápida.

Desde el primer momento fue claro que la puntuación de los hechos que hacía cada miembro de la pareja sobre los problemas que enfrentaba, era distinta. Andrea culpaba a Fernando de utilizar violencia física y verbal en la relación, y de haber mantenido relación con alguna de sus ex parejas, cuando tuvieron dificultades como pareja; Fernando por su parte pensaba que Andrea no le da su lugar en la relación y no se hace responsable de que es ella quien lo hace violentarse y tratarla mal, lo que quiere es que ella acepte sus errores y de alguna forma que se valide la forma de control que utiliza sobre Andrea. Fernando asiste a la terapia, y de esta manera hace un cambio para no cambiar, es decir, un cambio tipo 1, en el que decidió participar en la terapia, pero sin hacerse responsable de ningún cambio personal. La comunicación debían entenderse a dos niveles, a nivel de contenido venía a una sesión de terapia a mejorar su relación, pero en realidad a nivel relacional no esperaba ningún cambio en el plano personal.

Aunque durante la primera sesión la interacción que se observaba era simétrica, por estar basada en la igualdad, con respecto a que ambos se hacían cargo de culpar al otro de las dificultades en la relación; por otra parte se establecía como patrón predominante el de las interacciones complementarias, basadas en la diferencia de poder y de género, es decir, Andrea había perdido su capacidad para darse cuenta de su existencia como una mujer, había perdido su identidad y había pasado a ser sólo una parte de la sombra de Fernando. Mientras Fernando se volvía más enérgico, ella se hacía más indefensa, y menos capacidad para decidir tenía sobre su vida. Una interacción significativa fue cuando decidió continuar en la terapia, aún cuando Fernando no continuaría. El intento de solución que hasta ese momento había utilizado era "dominar un acontecimiento temido aplazándolo", tomaba la decisión de enfrentar la situación pero en realidad sólo imaginaba que la

enfrentaba, " era preciso actuar pero no emprendía la acción". El intento de solución formaba parte del problema, mientras menos actuaba para detener el ciclo de la opresión que le imponía la pareja, más incapaz se sentía para salir esta situación y con menos derechos para pedir respeto hacia ella. Predominaba en Andrea la confusión y las dificultades para distinguir entre lo que ella quería como familia y pareja, de lo que Fernando quería y había establecido.

La primera decisión que tomó fue dejar que Fernando se fuera de casa y de esta manera se ponía a salvo de nuevas amenazas de violencia. Esta distancia le permitió volver a reconocerse como una mujer valiosa con vida propia. Este cambio fue acompañado de otros como la decisión de incorporarse a una actividad laboral en donde era reconocida y respetada; y la decisión de destinar un tiempo para recuperarse como mujer y persona. De alguna forma estas decisiones llevaron a que las reglas sobre la comunicación se modificaran, especialmente las vinculadas a su posición de género, se trataba de un cambio tipo 2.

Creencias culturales de género se encontraban incluidas en la aceptación de la violencia, la negación de sus propias necesidades como persona y la idea de mantener el matrimonio pase lo que pase, siendo mujer, ella pensaba que era quien debería adaptarse a las necesidades del hombre, en este caso de Fernando. Andrea había perdido en distintas ocasiones sus vínculos más importantes con los hombres, había perdido durante algún tiempo el derecho a tener relación alguna con su padre por prohibición de su madre; había perdido a su pareja anterior, la cual fue asesinada y estaba por perder nuevamente su relación de pareja y su matrimonio, esto era parte del temor que le impedía mirarse a ella. "La acción se emprendía a un nivel equivocado", esperaba que su pareja cambiara en vez de dirigir la acción hacia el cambio personal. El ciclo comenzó a invertirse, cada vez Andrea se mantenía y respetaba sus decisiones, las interacciones rígidamente complementarias comenzaron a alternarse con interacciones simétricas.

Las sesiones le permitieron establecer una relación terapéutica entre hombre y mujer en la que un hombre (terapeuta) trabajaba conjuntamente con ella en el fortalecimiento de su identidad como mujer, y analógicamente se fortalecía su seguridad en la generación de relación igualitarias con los miembros del género masculino. Los cambios fueron dando simultáneamente en las pautas de interacción y las creencias que sostenían la manera en que se relacionaba con su pareja y con ella misma. Durante la terapia se fue fortaleciendo su identidad como mujer y como miembro de una familia. Andrea logró activar nuevamente su red social significativa familiar y generó una nueva red compuesta principalmente por compañeros de trabajo, de cierta forma este fue uno de los cambios que permitió romper el cerco que la situación de violencia le impuso, y que le impedía asistir en búsqueda de alternativas para buscar apoyo.

Análisis Teórico- Metodológico:

A partir del modelo de terapia breve destacan 4 elementos de análisis. 1) Lo que sucede en la relación de la paciente consigo misma y con los demás. Andrea se encontraba en una relación consigo misma en la que ella no existía, y con los demás se relacionaba a partir de las necesidades y carencias que los otros tenían, pasó en el transcurso de la terapia a darse un lugar especial en el que la necesidad y valor que ella tenía, era igualmente importante al lugar que le daba a las demás personas significativas en su vida. 2) El modo en que el problema funciona en el sistema relacional. Mientras más permitía que Fernando la humillara e insultara, menos capaz se sentía para tener una vida por derecho propio, ni a participar en las decisiones que se tomaban en la relación; cuando cambio el tipo de relación que deseaba tener con ella misma, se empezó a dar atención y dejó de permitir que Fernando la tratará de esta manera, estos cambios a su vez la hicieron que tomara mayor seguridad y llevaron a Fernando a practicar una relación de pareja en igualdad de condiciones para cada uno de los miembros de la pareja. 3) El modo en que el sujeto ha tratado hasta el momento de resolver el problema. El intento de solución era dominar un acontecimiento temido aplazándolo, mientras había aplazado enfrentar su situación en la relación de pareja donde vivía violencia, más se agravaba el problema y menos capaz se sentía de enfrentarlo; cuando comenzó a asistir a las sesiones de terapia fue tomando decisiones que parecían pequeñas, como cuidar más de su persona, aprender a vivir respetándose, pero que la llevaron a verse como una persona valiosa y a tomar decisiones sobre lo que ya no iba a permitir en una relación. Otro intento de solución que utilizaba desde hacia mucho tiempo, era que la solución la intentaba la emprendía a un nivel equivocado, cada vez accedía a aceptar cosa en la relación con las que no se sentía bien, esperando que el cambio viniera de la pareja, sin hacer cargo de su participación para modificar la relación. 4) ¿Como es posible hacer un cambio rápido y eficaz?. El sistema terapéutico debió enfocar una primera serie de intervenciones para generar un cambio rápido y eficaz, a interrumpir la interacciones violentas y luego a trabajar con Andrea para que desarrollará modalidades de interacción que le permitieran aprender a verse como parte de una pareja y de una familia pero también como un individuo independiente con valor y necesidades propias.

Intervenciones principales:

Tareas directas; son intervenciones cuyo objetivo es cambiar la interacción entre algunos miembros de la familia, especialmente relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo la realización de otra interacción alternativa. Se le pidió a Fernando Andrea que como parte de el contrato de la terapia debían comprometerse a que la violencia desaparecería, de otra manera la terapia no podría continuar, pero que si ellos tenían temas sobre los que quisieran hablar podían utilizar las sesiones de terapia. En otra ocasión se le pide a Andrea que escriba que es lo que no esta dispuesta a aceptar en su relación Fernando y que es lo que debe ver para decidir continuar en la relación. Se el pidió también que

identificará sus recursos a través del siguiente mensaje del equipo "Los hombres del equipo piensan que estas dando un paso grande y firme al regresar a trabajar y darte tiempo para cuidarte pero no saben ¿cómo le hiciste?".

Tareas paradójicas; son las intervenciones en las que el terapeuta, parece promover la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas, le plantea al paciente el dilema de hacer voluntariamente lo que por lo general se sostiene que es involuntario y espontáneo. No apresurarse; siempre que haya cambios y mejorías el terapeuta puede recordar al paciente que los cambios lentos pueden ser más sólidos; con ello por un lado se previenen recaídas al evitar que el sujeto se esfuerce demasiado y por otra parte se da el mensaje que es preferible el cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio y no sólo los grandes cambios. Es una variante de tarea paradójica por que el terapeuta le pide al paciente que no cambie demasiado en un contexto en que lo que espera el paciente es hacer más cambios. En una ocasión el terapeuta le dice a la paciente que "le parece que es una decisión muy valiente que se mantenga respetando sus propias decisiones de tratarse y respetando este espacio suyo, esta decisión de estar mejor implica cambios que no sabemos si le van a acomodar a Fernando, el equipo se pregunta si por ahora podría ser mejor que no tomes una decisión apresurada de volver a juntarte con Fernando y te des el tiempo necesario para recuperarte tú, sentirte mejor contigo y más clara en lo que vas a hacer. Esta intervención busca también romper la pauta en la que el intento de solución es separarse cuando la pareja esta en conflicto, para inmediatamente después reunirse y comenzar el mismo ciclo con la misma pauta.

Redefinición; es el intento de modificar el significado o la interpretación atribuidos a los síntomas, de esta manera la familia o el paciente quedan liberados de la necesidad de presentar el síntoma, se le considera especialmente útil con familias que presentan alguna capacidad de reflexión y la comprensión. Cuando se da la separación y Fernando se va de la casa, se redefine esta situación como una oportunidad para poner en orden su vida.

Intervención en la pauta; una vez que el terapeuta ha reunido información sobre la pauta, inicia junto con el cliente la búsqueda de alternativas para modificar la pauta, a menudo se invita al cliente a modificar las interacciones relacionadas al problema en un grado pequeño e insignificante. Se les invita en la primera sesión a utilizar el consultorio como un lugar para discutir sobre los asuntos que normalmente pueden llegar a convertirse en violencia, y de esta manera se pretende modificar la ubicación del síntoma. Con Andrea se acuerda que si existen amenazas de que las peleas por teléfono lleguen a convertirse en violencia verbal deberá interrumpir la llamada hasta que se den las condiciones para continuar la conversación. En otra ocasión se le comentó que alguien del equipo había observado que en el momento que tomaba una decisión firme, recuperaba una

parte de ella que se había extraviado y parecía que también Fernando modificaba su postura, en la que la amenazaba por una más conciliadora.

Reenmarcado; es el proceso por el cual el terapeuta alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto. El terapeuta le comentó a la pareja mientras discutían sobre quien era el culpable de su situación de pareja y decidían quien debía venir a la terapia, que "se trata de una situación en la que cada quien puede decidir, que tiene que ver con el manejo de la responsabilidad personal que cada quien haga con respecto a su relación de pareja y no con encontrar a un causante de su situación". En otra ocasión se interviene con Andrea reenmarcando al plantear la posibilidad de recuperarse ella antes que recuperar a su familia o matrimonio "le estas pasando mal pero estas siendo valiente al hacer algo por estar mejor, tal vez antes de hacer algo por tu matrimonio lo vas a tener que hacer por ti". El terapeuta reenmarcó los cambios al explicar que seguramente se trata de cambios que están pasando afuera de ella pero también dentro de ella, en este sentido se plantea como un proceso circular en donde existe influencia reciproca entre los cambios al interior de su persona y al exterior.

Desenmarcado; el terapeuta desafía directa o indirectamente los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco. Se desafió su percepción de hacer un plan de vida para dos personas (de pareja) al comentarle el terapeuta que no esta tan seguro de que un plan de vida para dos pueda alcanzar para tres personas, refiriéndose al rol de madre de la paciente con un hijo adolescente.

Preguntas circulares; informan respecto a las diferencias, las nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos, generan nueva información en el sistema. Estas nuevas conexiones contribuyen a cambiar las premisas personales de los diferentes miembros de la familia. Las preguntas circulares la facilitaron a Andrea distintos puntos de vista y buscar diferencias sobre lo que otras personas ven en ella, lo que ella ve, lo que la cultura le invita a hacer y lo que ella quiere hacer como mujer; por otra parte estableció diferencias entre la Andrea de antes y la Andrea de ahora, entre la Andrea de hace años y la Andrea de hace meses. Ejemplifican estas intervenciones, preguntas como ¿Cómo es distinta la Andrea de hace diez años de la de hace 2 años?, ¿Qué cosas crees que le gustaría a tu hijo que tuvieras como madre?, ¿Qué tipo de relación de pareja preferiría tu madre que tuvieras?, ¿Qué crees que pensaría tu padre de verte en una relación de pareja donde hay violencia?, ¿Qué crees que vieron tu jefes en tus empleos anteriores que les gustaba de la manera en que trabajabas con ellos?, ¿Qué cosas admiraban tus hermanas de ti como mujer cuando eras más alegre?, ¿Qué te gustaría recuperar de la Andrea de hace 10 años?, etc. Las preguntas circulares fueron especialmente importantes para permitirle ubicarse en un lugar distinto como mujer en la relación de pareja y con los demás en general.

Evolución de la demanda: La demanda de atención fue cambiando a medida que avanzaba el tratamiento, primero se trataba de trabajar con la pareja con respecto a la conflictiva en la que ambos miembros estaban inconformes con la manera en que el otro miembro de la pareja se comportaba en la relación, luego la atención se dirigió a interrumpir el ciclo de la violencia, después a recuperar la identidad de Andrea como persona y mujer, y recuperar y ampliar su red social significativa, el siguiente paso fue evaluar las alternativas posibles para establecerse en una relación de pareja y mantener su función de madre en la relación con su hijo; en ambas relaciones su interés era también negociar con los tiempos mantener un tiempo especial para ella.

Conformación del sistema terapéutico:

El sistema terapéutico estaba conformado por la paciente, el terapeuta y el equipo detrás del espejo; el terapeuta se adentraba en la sesión para posteriormente tomar distancia y salir con el equipo detrás del espejo. A la paciente se le informó que se trataba de un tratamiento breve que podría durar aproximadamente 10 sesiones, aunque en ocasiones los problemas por los que vienen los pacientes desaparecen antes y la terapia termina también antes, mensaje que buscaba generar una expectativa de los cambios en períodos breves de tiempo. El terapeuta utilizó una actitud igualitaria pero respetuosa con la que la paciente se pudiera sentir aceptada, pudiera paulatinamente ir tomando mayor control sobre su vida; esta fue una actitud que favoreció la conformación del sistema terapéutico por que le permitía a la paciente establecer una relación terapéutica con un terapeuta hombre, que reconocía su esfuerzo por cambiar la situación en que vivía, y modificaba por otra parte su percepción como mujer, en la que no era validada en su experiencia por su esposo actual. Otra herramienta valiosa para conformar el sistema terapéutico fue la utilización del lenguaje y metáforas de la paciente, como cuando empezó a hablar de la importancia de poner límites y alrededor de esta metáfora, el terapeuta le pedía que hablara sobre los límites que debía ponerse ella y los que debía poner a los demás. Se negociaron objetivos concretos y los pasos para ir alcanzándolos, como fue en el caso de la violencia, en el que un primer paso fue ponerse a salvo y comenzar a tener actividades que la ayudaran a recuperar su seguridad.

Recursos y Limitaciones: Un recurso para esta terapia fue la capacidad que la paciente fue desarrollando para pasar de una posición pasiva a una activa en la que fuera de las sesiones trabajaba haciendo cambios en su vida que le permitían recuperar su seguridad. Al principio del tratamiento una limitación fue el aislamiento en el que vivía la violencia, había fragmentado y perdido la mayoría de sus vínculos cercanos, pero conforme avanzó el tratamiento fortaleció la relación con algunos de sus familiares y creó nuevas redes en su ambiente de trabajo. Una limitación fue que la terapia debió suspenderse por que su trabajo no le permitía continuar asistiendo y esto impidió continuar trabajando con sus creencias sobre el

género. Otra limitación importante fue la poca disposición de Fernando para continuar el tratamiento de pareja y las alternativas de relación no violentas.

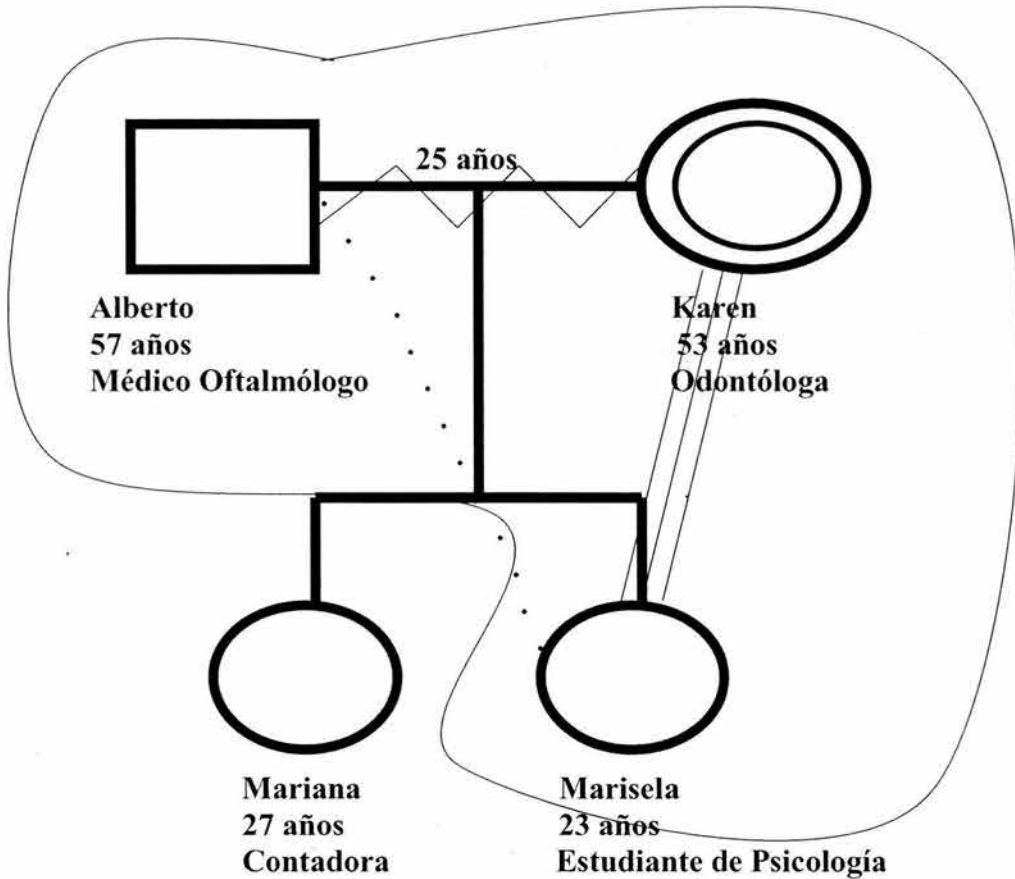
Seguimiento: El terapeuta le llamó a Andrea, un año y cuatro meses después de que terminó la terapia, pero ya no vive en ese lugar, la persona que contestó, fue una mujer, y mencionó que no tenía manera de contactarla por que no tenía relación alguna con ella.

CASO 6

Motivo de consulta: Conflictiva Marital- Infidelidad

Asistió Karen en busca de apoyo debido a que se presentaba una situación de infidelidad en su relación de pareja y no sabía como manejar la situación.

Familiograma:



Número de sesiones del tratamiento: 9 sesiones (Del 12 de Mayo de 2003 al 30 de Septiembre de 2003).

Modalidad: Terapia individual con equipo terapéutico detrás del espejo incluyendo supervisor.

Modelo: Supervisión de Modelo Terapia Breve y Soluciones

Objetivos:

Identificar y generar recursos que le permitan a la paciente un mejor manejo de la crisis que actualmente se presenta en su relación de pareja. Identificar elementos que le permitan evaluar las posibles alternativas para la resolución de la conflictiva actual, alternativas en la integración de pareja o en la disolución de la misma. Fortalecer su capacidad en la toma de decisiones.

Hipótesis:

Las dificultades de pareja se han incrementado en esta etapa del ciclo vital de la familia en la que Karen tiene menos actividad profesional, Alberto esta más involucrado en actividades fuera de casa, Mariana ha formado su propia familia y Marisela esta en el proceso de emancipación. La pareja conyugal nunca terminó de consolidarse, y en este momento en que prácticamente han terminado su función parental dentro de casa, se hacen evidentes la distancia afectiva y la necesidad de terceros para satisfacer sus necesidades emocionales.

Contenido:

Karen fue referida por el personal administrativo en el momento que llega al centro de Servicios psicológicos por encontrarse en crisis en ese momento. Debido a que no se encontraba programada la sesión sólo se brinda un espacio de 20 minutos. Comentó que su esposo estaba teniendo una relación extramarital con un amiga de ella; a Karen se le observa a lo largo de la sesión llorando, mientras explica que tiene antecedentes de venir de una familia donde el papá era alcohólico y la mamá era codependiente, que le preocupa que su hija tenga una mala experiencia como la tuvo ella con sus padres. Recuerda a su padre dormido o borracho a los 5 años, sus padres se separaron cuando tenía 7 años, desde entonces su madre tuvo otra pareja hasta que cumplió 14 años, y luego recuerda a su madre, que tenía varias parejas. Karen heredó de su madre la fortaleza como mujer para salir adelante, es un coraje positivo, ahora sigue luchando por superar esa infancia que ha logrado cambiar para sus hijos. De alguna forma también heredó el resentimiento hacia los hombres.

En la sesión se encontraba agotada pero ya no quería quejarse más. Había asistido a terapia de grupo pero no sentía que encaje con la gente del grupo, durante 6 meses había tomado antidepresivos que le recetó un psiquiatra, también estaba asistiendo con una ginecóloga debido a que sospechaba que estaba teniendo cambios hormonales, en ese momento se encontraba con tratamiento medicamentoso, tomaba Clonazepan, ¼ de tableta. En casa vive también su esposo Alberto, que ha tenido ya una amenaza de infarto, tiene antecedentes de artritis y es poco expresivo, y su hija Marisela que estudia psicología; Mariana, su hija mayor, se casó y luego se fue a vivir a Canadá.

Karen inicio la terapia, a la que asistió ella únicamente, aunque en alguna ocasión se decidió invitar a su hija Marisela y en otra ocasión a Alberto pero este no asistió, al parecer por que no le fue posible debido a sus horarios de trabajo. En la segunda sesión Karen ya se veía más estable, tomo la decisión de tratar de recuperar a su pareja, durante mucho tiempo se encargo de atender a su madre y sus hijas, y no dio mayor atención a Alberto, ahora la mejor manera de acercarse ahora es sin llorar y gritar, tratando de ser razonable en la manera de tratarlo, sin embargo durante mucho tiempo lo trató como un hombre aburrido, pobre y mediocre, nunca fue una compañera real ni lo impulsó a superarse. Según explica para Alberto ella es una libertina, tal vez por que se enteró que de soltera, fumó marihuana, tuvo relaciones con un gringo, y en otra ocasión con in hombre que tenía el doble de su edad; por otra parte Karen siempre fue autosuficiente, no dependía de Alberto y en la familia de Alberto las mujeres dependían de los hombres y no trabajaban. Alberto quiere hacer su vida ahora que tiene otra persona, pero al parecer tampoco esta dispuesto a salirse de casa por que su pareja esta también en el proceso de definir su matrimonio.

Un primer paso que decidió dar Karen en la terapia, fue iniciar las negociaciones para que Alberto diera más atención a la hija, la casa y a ella. Con respecto a la casa la aportación económica y funcional de Alberto era mínima, y con respecto a Marisela, Alberto se había alejado. Aunque han hablado de la posibilidad de separación legal, Alberto no esta interesado por que para él ya estaban separados. Los acuerdos que fueron teniendo fue que cada quien haría su vida con libertad y que el aportaría en mayor medida al gasto en la casa. Para Alberto, Marisela no estaba siendo afectada con sus problemas de pareja, pero Karen la ha explicado que el dolor de Marisela tiene que ver con su alejamiento de Alberto como padre, por que Marisela le tiene cariño. Karen entendió por otra parte que el mal manejo de la salud, la mala alimentación, y la forma desmedida de fumar que Alberto había tenido durante años no fueron responsabilidad de ella, pero por otra parte esta de acuerdo en que ahora Alberto se este cuidando y cambiando sus hábitos. La terapia hormonal de reemplazo le ha comenzado a funcionar a Karen, se esta sintiendo más atenta y alerta. Piensa en ir cerrando ciclos, quedarse con lo que le gusta, quitarse la toxinas, perdonar y quitarse lo que le hace daño.

En este momento de la terapia comenta que lo más difícil es sentir la indiferencia de Alberto, como seguramente él la sintió cuando la indiferente era Karen. Ahora Alberto es la persona que siempre deseo que fuera, pero en este momento ya no le hace caso. Alberto le esta reclamando el descuido, la desatención y que sea una mujer violenta en el trato.

En el transcurso de la terapia decidió invitar a Marisela a una sesión, Marisela nos informó que veía que Karen estaba mejorando, en ese momento ya estaba compartiendo lecturas y salían al teatro juntas. En esta sesión Marisela define que el problema que hay en casa es de sus padres y que una manera en la que evita

quedar en medio de los problemas es salirse de casa para ir a la escuela. Para Marisela la regla en la familia es que cada quien hace su vida, aunque en general se siente apoyada por ambos padres, un momento más adelante comenta que le gustaría entrara de sobrecargo y viajar. Para ella el problema fue que su padre esperaba que "su mamá lo jalara, pero durante muchos años se la paso atacándolo, y él esperaba que mi mamá cambiara". Pero Alberto empezó a cambiar cuando Karen se fue a alcanzar a sus hijas a Canadá y lo dejó, entonces Alberto cambio. Ahora Karen siente más soledad por falta de actividades. La distribución de los tiempos para Marisela es el miércoles con Alberto y el fin de semana con Karen, pero para ella cada uno de sus padres debe resolver su necesidad afectiva y no con ella. Se plantea en este momento la posibilidad de que venga Alberto.

Alberto no pudo asistir a la siguiente sesión pero mostró interesado. Karen se ha vuelto más observadora, se observa a ella misma después de la última sesión, es más tolerante, no se esta dejando caer, "tocó fondo" y siente que Alberto "toco fondo" cuando ella se fue con sus hijas a Canadá. Le ha comenzado a preguntar a Alberto que tipo de relación quiere que tengan, pero se muestra evasivo y poco claro con este cambio.

Karen decidió participar en un grupo que realiza paseos culturales, se ha sentido más tranquila y amplió su red de amistades, siente que se esta organizando mejor en su vida. Una de sus decisiones es estar bien en su casa y aprender a manejar sus límites, la impresión que tiene es que hay una separación física con su pareja pero que en alguna medida se ha hecho emocional. Respeta y estimula la relación de Alberto con Marisela. Karen esta viviendo con dolor esta relación, heredó la fortaleza de la madre pero eso a veces no le ha permitido hablar de las cosas que le duelen, sin embargo llorar le ayuda a aclarar sus ideas en este momento. Una cosa que le ha explicado Marisela es que es muy curioso que a su hermana también la deja mucho tiempo sola su esposo en Canadá, y que se repite las situación, lo que la ha hecho recapacitar a Karen.

Hacia la parte final de la terapia madre e hija iban logrando decirse la cosas con mayor claridad, en la pareja no tenía mucha convivencia Ha continuado intentado compartir con Alberto aunque no lo ha logrado del todo, pero han logrado salir juntos un día a la semana, la apoya más en lo material aunque Alberto esta con el miedo de acercarse a ella. Es probable que en este momento es probable que Alberto ya no este teniendo otra relación por que lo ve distinto. Piensa que pueden llegar al agotamiento, pero trata de no gritarle ni tratarlo mal. Sabe que debe hacer por cuidarse ella misma y trabajar, aunque llega a sentirse sola.

Para el final de la terapia a Karen se le observa de mejor ánimo; recientemente se esta apoyando en grupos de autoayuda para gente que tiene problemas de pareja. Se sienta a pensar para saber que es lo que quiere, que puede dar a los demás y

una manera de hacer las cosas ahora es que le dice a la gente cual es su proyecto en la relación con cada persona. Si no pueden dar lo que ella quiere, busca otras alternativas de relación con esas persona. Ahora adorna más las cosas para ella, se trata mejor ella misma y se adecua más a las situaciones que se le presentan, ya no trata de adivinar lo que pasa con la gente, se pone a escucharla y observarlas, ya no sólo son sus expectativas de la gente. Anteriormente pensaba que la gente la criticaba, ahora que se acerca con mayor empatía, la gente la trata mejor, se sienta a escucharlas y la impresión es que se sienten comprendidas, acepta ayuda algo que nunca había logrado e incluso es capaz de mostrar áreas más vulnerables de su persona, en general crea relaciones más participativas. Trata de ser más agradable y hacerse más agradables a las personas.

En la familia han salido Karen, Marisela y Alberto al cine para celebrar el cumpleaños de Karen; Alberto tomó la decisión de incluirse en la celebración; comenta que ahora tal vez no es la mejor compañera, pero no ataca a Alberto y le hace ver sus cualidades. Se ha comprado cosas y esta más convencida de los cambios que puede lograr como bajar de talla. Si bien no siente que Alberto la corteje como antes, parte del enganche entre ellos es no saber que planes hacer de aquí en adelante. Asistir a los grupos también le ha ayudado a redimensionar sus problemas al mirar problemas de adicciones y violencia en otras relaciones. Al final de la sesión comenta que "Ha sido muy importante asistir a esta terapia, ya que uno va encontrando la manera de encajar nuevamente en el mundo; uno toma conciencia de la forma de ayudarse, introyecta una nueva relación, observa los cambios y toma la decisión de elegir mejorar o no, y de que tanto quiere cambiar. Estoy con bases muy firmes y ya no me voy a regresar de nuevo a ese sufrimiento"

Proceso:

Desde el principio de la terapia fue evidente que a nivel de contenido Karen, Marisela y Alberto tenían la misma puntuación en la secuencia de los hechos de la historia de esta familia, pero mientras que para ella, Alberto no era el hombre que ella esperaba, dinámico, interesado en viajar y actualizarse, para él, Karen no era tampoco la mujer, buena compañera y hogareña que esperaba. De alguna forma un intento de solución que prevaleció fue "conseguir sumisión a través de la libre aceptación", es decir, esperaban lograr una respuesta espontánea del otro que coincidiera con sus deseos personales, cada uno llegaba a pensar que si pedía directamente lo que deseaba, su obtención quedaría invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea.

A menudo Karen utilizaba la sintomatología de su historia familiar, para comunicar que lo que la hacía codependiente e incapaz de establecer una más sana con su pareja, era algo que escapaba a sus posibilidades por que lo había heredado de su familia, pero indirectamente a lo largo de la terapia, fue abandonando la idea de su codependencia, y se fue haciendo cargo de la manera en que decidía establecer

sus relaciones. A nivel de contenido deseaba hacer cambios en su vida pero a nivel relacional mantenía el mismo patrón descalificador con su pareja, decidía ya no confrontar a Alberto con comentarios que demostraran su incapacidad, pero a otro nivel abandonaba la relación para dedicarse a actividades que le fueran más interesantes.

La interacción predominante ha estado basada en la diferencia, se trata de interacciones complementarias, en las que mientras Karen esperaba más de Alberto, Alberto se sentía menos capaz de cubrir sus expectativas, y decidía esperar a que Karen se volviera una compañera más comprensiva, lo que llevaba a Karen a exigirle más y esperar más de Alberto. Cuando Karen decidió alcanzar a sus hijas en Canadá, el sistema excedió los límites que hasta ese momento eran tolerables en la relación, y se invirtió la interacción complementaria predominante, Alberto se vio en la necesidad de hacerse cargo de él mismo, estableció nuevos vínculos en su red social, y estuvo menos dispuesto a satisfacer las expectativas de Karen; Karen comenzó a vivir en la situación de dependencia emocional que tanto temía por que la había visto en sus padres, mientras más le pedía a Alberto que se acercara a ella, él más se alejaba y buscaba estar fuera de casa. Fue hasta que lograron incluir en su repertorio de interacciones de la relación, la interacciones simétricas, basadas en la igualdad, que llegaron a acuerdos instrumentales y comenzó el establecimiento de nuevas bases para su relación. Se generó en este momento un cambio tipo 2 que incluía nuevas reglas de relación se estableció un circuito de retroalimentación positiva que llevó a la familia a hacer nuevos cambios.

En el vínculo de pareja normalmente se encontraban involucrados terceros, que eran las hijas, las amistades de Karen y en este momento la persona con quien mantenía Alberto la relación extramarital. Cuando la distancia con los terceros era mayor, alguno de los miembros de la pareja demandaba mayor atención del otro miembro, y cuando la relación se estrechaba con los terceros, esto impedía que resolvieran sus problemas porque la interacción significativa más importante se encontraba en otras relaciones. Se trataba de un circuito de retroalimentación negativa que explicaba el no cambio y la estabilidad de la pauta; fue hasta que Karen no encontró un tercero para mediar su necesidad afectiva, que no fue posible mantener la estabilidad del sistema. En la medida en que Marisela tomó distancia de los problemas en la pareja, Karen se vio obligada a poner más atención a las necesidades personales propias que con anterioridad ayudaba a satisfacer Marisela, y fue entonces que Karen atendió a su participación en la danza interaccional que mantenía el problema.

Las reglas de la comunicación cambiaron, en este momento establece nuevas relaciones con los miembros del grupo pero en el grupo su foco de atención son las dificultades que ahora enfrenta en su relación de pareja, esto le permite involucrar terceros que están directamente comprometidos en el trabajo para

mejorar su relación. Otro intento de solución que mantenía "mas de los mismo" era que Karen emprendía acciones a nivel equivocado, buscaba hacerse cargo de que Alberto se motivará para hacerse responsable, acción de la cual sólo se puede hacerse cargo Alberto, y Karen vivía como un fracaso personal que Alberto no se involucrara como ella quería. El intento de solución en este momento es forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. El malestar de Karen se incrementa en la medida en que el foco de atención se dirige a las expectativas que tiene de Alberto, pero cuando el foco de atención es Karen misma, entonces mejora considerablemente su sensación de competencia. Por otra parte ha logra disminuir el número de expectativas puestas en su relación de pareja, lo que le permite tener una interacción con menos problemas. Logra intervenir a nivel adecuado cuando fortalece su relación con la hija y estimula para que suceda lo mismo entre Alberto y Marisela, estableciendo una diferencia entre la relación como padres y como esposos.

En la medida en que mejora su relación con ella misma esto le permite establecer relaciones más satisfactorias con otras personas. En este momento alternan entre pautas complementarias y simétricas en la relación, por un lado en la toma de decisiones y por otro al pasar entre estar atentos a las necesidades del otro y a las necesidades personales de cada uno. Se inicia el establecimiento de distintos espacios como individuos, como pareja y como familia, aunque como pareja es el que hasta ahora menos han fortalecido.

Intervenciones principales:

Tareas directas; son intervenciones cuyo objetivo es cambiar la interacción entre algunos miembros de la familia, especialmente relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo la realización de otra interacción alternativa. Como parte de la definición de objetivos se le pidió a Karen, que en el período entre las sesiones pensara si deseaba trabajar para resolver en recuperar su matrimonio o trabajar hacia la separación. Se le pidió a Karen que definiera las áreas susceptibles de negociar con su pareja en este momento, estableciendo áreas de intervención y de cambio más pequeñas, en este caso decidió invitar a Alberto para que participara de alguna forma en el mantenimiento de la casa y en la relación con Marisela.

Tareas paradójicas; son las intervenciones en las que el terapeuta, parece promover la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas, le plantea al paciente el dilema de hacer voluntariamente lo que por lo general se sostiene que es involuntario y espontáneo. No apresurarse; siempre que haya cambios y mejoras, el terapeuta puede recordar al paciente que los cambios lentos pueden ser más sólidos; con ello por un lado se previenen recaídas al evitar que el sujeto se esfuerce demasiado y por otra parte se da el mensaje que es preferible el cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio y no sólo los grandes cambios. Es una variante de tarea paradójica por que el terapeuta

le pide al paciente que no cambie demasiado en un contexto en que lo que espera el paciente es hacer más cambios. Se le pide a Karen no apresurarse, "en este período de negociación los dos tendrían que llegar a algo; tal vez este todavía no es el momento de decidir si van a estar juntos o no, y necesitan más tiempo para seguir trabajando con esto; es importante no apresurarse sino dar pasos sólidos que les permitan decidir".

Redefinición; es el intento de modificar el significado o la interpretación atribuidos a los síntomas, de esta manera la familia o el paciente quedan liberados de la necesidad de presentar el síntoma, se le considera especialmente útil con familias que presentan alguna capacidad de reflexión y la comprensión. Se redefine este momento de su vida en que se siente sola y abandonada, como un momento en el que la ideas se están asentando y esto va ayudar a tomar decisiones más claras, se plantea así la idea de que este momento servirá para alcanzar un futuro mejor. En otro momento se redefine redefine esta misma situación como un momento en que esta viviendo la soledad en compañía de ella misma y no abandonada por ella misma.

Intervención en la pauta; una vez que el terapeuta ha reunido información sobre la pauta, inicia junto con el cliente la búsqueda de alternativas para modificar la pauta, a menudo se invita al cliente a modificar las interacciones relacionadas al problema en un grado pequeño e insignificante. Se intervino en la pauta que mantiene la queja, al pedirle a Karen, que evitará involucrar a Marisela quejándose con ella sobre Alberto, de esta manera se alteró el número de personas involucradas en el patrón.

Reenmarcado; es el proceso por el cual el terapeuta alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto. Se reenmarcó la creencia de Karen de insistir en buscar la atención de Alberto al explicarle que el área donde era importante fortalecer era la de relaciones familiares, rompiendo el patrón de solución en el que mientras más buscaba acercarse específicamente al marido menos lo lograba, y Alberto más se alejaba. En otra ocasión el mensaje final del equipo fue "La gente del equipo piensa que usted esta en diciéndose: si yo hubiera estado más tiempo, si no hubiera esto o si hubiera aquello, pero de alguna manera es independiente que esta amiga estuviera ahí, ellos también debieron definir, es muy común que uno quiera asumir toda esa responsabilidad. Con respecto a la situación del marido de ambivalencia se trata de una decisión de 4 personas, empezando por esta mujer si decide o no rehacer su vida con el ex marido, quedar soltera ya es otra situación, a lo mejor ya no es lo mismo para Alberto tener una relación con un compromiso mayor en la que ella requiera más tiempo; por otra parte si ellos han decidido hacer una vida juntos no depende de lo que haga o deje de hacer usted únicamente. En este momento a lo mejor se trata de apostar a lo que se tiene que es la familia, a como podrían trabajar como familia". El mensaje buscaba modificar

los significados que mantenían la pauta en la que insistía en hacerse responsable única de la relación de pareja. Se reenmarcó la idea de Karen en la que pensaba que la manera que había aprendido de relacionarse, era la única que le era posible, se le explicó que hay renovar y actualizar las relaciones, y la manera de relacionarse, lo que le hizo sentido, por que en ese momento estaba actualizándose, asistiendo a nuevos grupos. Se reconoce también su capacidad de hablar directamente, pero se interviene en su percepción del manejo de las relaciones al explicarle que hay personas a las que es posible decirles las cosas de manera muy directa y otras en las que no les es fácil escuchar cosas tan directas.

Desenmarcado; el terapeuta desafía directa o indirectamente los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco. En la primera sesión cuando la paciente estaba en crisis por los cambios que enfrentaba en su vida se le comentó que "una situación como la que esta pasando resulta muy difícil y que el terapeuta no estaba seguro que fuera posible que se estuviera sintiendo en este momento de otra manera ya que se trata de una situación dolorosa"

Excepciones; para el enfoque centrado en soluciones es esencial la certidumbre de que en la vida de una persona ha siempre excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o pueden estar asociados con el problema. De esta manera se le invita al cliente a reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como existoso, o por lo menos, como encaminado en la dirección general a un abordaje más eficaz del problema, para construir sobre ello. A Karen se le pidió que identificara los momentos y las maneras en que se incrementaba la posibilidad de que tener un mejor acercamiento con su esposo.

Pregunta del milagro; es una manera eficaz de ayudar a las personas a concentrarse en una solución potencial y no en los problemas. A Karen se le preguntó, que si una noche se produjera un milagro y mientras duerme el problema que tiene desapareciera ¿Cómo lo sabría?, ¿Qué sería distinto?, ¿Qué vería de diferente a la mañana siguiente como señal de que se produjo el milagro?, ¿Quién lo notaría primero?, etc. Por problema en este caso nos referíamos a su sentimiento de soledad y abandono emocional por parte de su pareja.

Preguntas presuposicionales; se basan en la utilización del lenguaje, presuponen la existencia de capacidades y recursos que favorecen la desaparición del problema. En la sesión de cierre se le pide que nos comente ¿que hace para crear nuevas relaciones de amistad?, ¿que cosas hace distinto que antes?, ¿como ha cambiado su manera de acercarse a la gente y de mirarse ella misma?, ¿que efectos tiene en la gente estos cambios?, ¿que cosas hace que le permiten volverse una persona más comprensiva?, ¿como fue que ahora es capaz de pedir y aceptar ayuda? , ¿cómo sabe a quien pedir que cosa?, etc.

Elogio, resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas, la idea es alentar al cliente a utilizar sus recursos que hasta ese momento no eran evaluados como tales. Se elogió su capacidad de decisión, al pedirle que explicara "¿como fue que en ese momento de su vida, logro decidir hacer algo al respecto de su situación", alentando de esta manera en Karen su sentido de agenciamiento. Se reconoció que ahora es capaz de mirarse ella misma pero también de voltear a mirar a los demás y lo que necesitan. Ahora pueden estar en paz como pareja en los momentos que comparten pero también han aprendido a respetar los momentos individuales en las que cada quien hace cosas para su satisfacción personal. Se reconoció como recurso el efecto positivo que tienen en la relación con Alberto los momentos en que lo escucha, mejorando así la pauta interaccional en la relación.

Análisis Teórico- Metodológico:

A partir del modelo de terapia breve destacan 4 elementos de análisis. 1) Lo que sucede en la relación del paciente consigo misma y con los demás. Karen se encontraba en una relación consigo misma, en la que había aprendido por la experiencia con sus padres, que en algún momento de su vida se volvería codependiente en una relación de pareja, se trataba de una profecía de autocumplimiento, y pasó a desafiar esos presupuestos y a tomar control sobre la dirección que debía tomar su vida. La relación con los demás, especialmente con su pareja, estaba basada en imponer sus expectativas, y pasó a desarrollar una relación en la que estaba al pendiente de sus demandas y atenta a las necesidades de la pareja. 2) El modo en que el problema funciona en el sistema relacional. La inclusión de terceros en medio de la relación de pareja, impedía que se consolidara la relación de pareja, pero permitía evitar el temor a quedar atrapados en una relación de codependencia como la que había visto Karen en su familia de origen. 3) El modo en que el sujeto ha tratado hasta ese momento de resolver el problema. Un intento de solución que durante mucho tiempo utilizaron fue "conseguir sumisión a través de la libre aceptación", es decir, esperaban lograr una respuesta espontánea del otro que coincidiera con sus deseos personales, cada uno llegaba a pensar que si pedía directamente lo que deseaba, su obtención quedaría invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. Otro intento de solución era dirigir su atención a terceros, para disminuir el malestar que les ocasionaba la insatisfacción en su relación de pareja. 4) ¿Como es posible hacer un cambio rápido y eficaz?. El sistema terapéutico dirigió sus primeras intervenciones a establecer alternativas de interacción más viables, luego a interrumpir las secuencias interaccionales en las que se desviaba la atención de las dificultades, consolidándose relaciones significativas con terceros y a generar un tipo de relación en el que Karen se hacia cargo de procurarse mayor cuidado y atención a ella misma.

Evolución de la demanda:

La demanda inicial fue cambiando a lo largo del tiempo, pasó de definir la situación de pareja, a negociar los aspectos instrumentales de cada miembro de la pareja en la familia, luego la atención se dirigió a ayudar a Marisela a salir del conflicto de lealtades que tenía por estar en medio de los padres, después la terapia se enfocó en generar estilos de relación alternativos de Karen con ella misma y con su pareja que permitieran un mejor acercamiento entre ellos. Cuando la terapia terminó Karen tenía más claras sus ideas sobre el tipo de relación que buscaba, pero aún estaba negociando el tipo de relación que establecería a futuro con Alberto.

Conformación del sistema terapéutico:

El sistema terapéutico estaba conformado por la paciente, el terapeuta y el equipo detrás del espejo; el terapeuta se adentraba en la sesión para posteriormente tomar distancia y salir con el equipo detrás del espejo, a conversar sobre lo acontecido en la sesión. Desde el principio se estableció como parte del contrato que se trataba de terapia breve, por lo que se acordó trabajar durante 8 sesiones debido a que la estancia del terapeuta en el centro, estaba por concluir. Se definieron y negociaron objetivos concretos y alcanzables para trabajar en la terapia. Se le explicó también que en ocasiones los problemas por los que vienen los pacientes se resuelven antes, por lo que la termina llega a terminar antes de que se cumpla el número de sesiones establecido, este mensaje buscaba generar la expectativa de que los cambios se producen en un período breve de tiempo, aun cuando pudieron haberse generado a lo largo de muchos años. La conformación del sistema terapéutico se facilitó por la actitud igualitaria del terapeuta en la que la paciente pudiera sentirse aceptada, se promovió un sentido de competencia y de mayor control sobre su vida por la paciente. Un elemento que facilitó la conformación del sistema fue que la hija de la paciente era psicóloga, y su asistencia a una sesión, ayudo a validar la importancia del tratamiento y de los cambios alcanzados para ese entonces por la paciente; por otra parte la paciente estaba familiarizada con el lenguaje de la terapia, lo que permitió otro punto de encuentro entre terapeuta y paciente.

Recursos y Limitaciones: Un recurso fue la capacidad de Karen para contactar con instituciones y grupos que le brindaban atención, que le permitieron verse desde otros puntos de vista y redimensionar sus problemas. Uno de las habilidades que se desarrollaron en el sistema es que dejaron de comunicarse a través de sus síntomas para empezar a comunicar a nivel verbal. Otro elemento importante que desarrollaron como sistema fue la capacidad para nutrirse de otras amistades que por un lado les permiten tener distintas visiones y por otro se distribuyen sus necesidades afectivas a distintos niveles: amistad, pareja, familia, trabajo, etc. Un recurso fue también la posibilidad de que a lo largo del tratamiento Karen pudiera ensayar alternativas de relación y negociación con un terapeuta varón. Limitación importante fue la dificultad para acordar una cita en la que le fuera posible que Alberto asistiera; otra dificultad que se presentó fue que después de la quinta

sesión de haber empezado el tratamiento, el último semestre de supervisión terminó, fue necesario cambiar los horarios de atención y no fue posible supervisar el caso hasta el final.

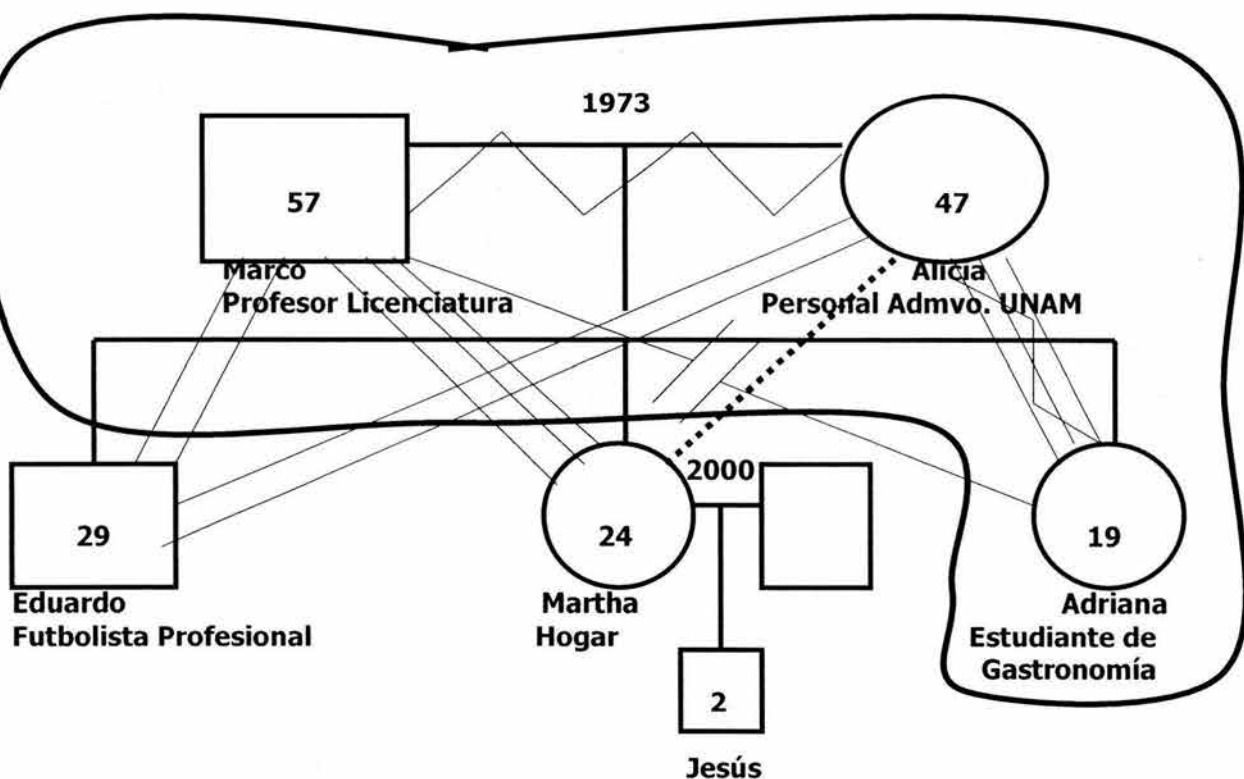
Seguimiento: A Karen, se le contactó diez meses después de que finalizó la terapia. Continuaba asistiendo a terapia de grupo; con Alberto funcionan bien las cosas como padres; pero como pareja mantienen una distancia que ha aprendido a manejar, sin embargo ya no se presenta la relación extramarital de Alberto con su amiga; no han tomado la decisión de separarse por que no es una decisión fácil y deben hacer también decisiones financieras antes de llegar a dar ese paso. Marisela consiguió trabajo en una línea aérea, por lo que pasa mucho tiempo fuera de casa. Karen esta trabajando en continuar desarrollando buenas relaciones con las personas que conoce y en aprender a ver las cosas que debe hacer para estar bien con ella misma. Se le ve contenta y con mucha disposición para hacerse cargo de su vida.

CASO 7

Motivo de consulta: Divorcio y Conducta disruptiva

Asiste Alicia a solicitar ayuda por conflictos de pareja y más recientemente conflictos con su hija Adriana.

Familiograma:



Número de sesiones del tratamiento: 15 (del 20 de Marzo 2003 al 01 de Octubre 2003)

Modalidad: Terapia Familiar en coterapia sin supervisión, y con equipo detrás del espejo.

Modelo: Modelo estructural

Objetivos:

Trabajar en la diferenciación de los subsistemas ante la conflictiva Parental, ya que los hijos se veían involucrados en esta. Generar nueva información en la familia que permita esclarecer en Alicia su deseo de continuar o terminar con la relación de pareja. Plantear alternativas familiares ante la separación o el divorcio, que les permitan reorganizarse aun cuando el subsistema conyugal se disuelva. Favorecer la expresión emocional de los miembros frente a la conflictiva Parental, así como el entendimiento y la comprensión sistémica de las relaciones, los problemas y sus soluciones, que en ese momento se presentaban como familia, como es el caso de la conducta disruptiva que se observaba en Adriana.

Hipótesis:

La conducta disruptiva de Adriana, es generada por los límites difusos del subsistema Parental, que activa a los hijos a organizarse en coaliciones con sus padres ante la conflictiva que estos presentan y no permite que se ubiquen en el nivel jerárquico correspondiente. Es Adriana la paciente identificada y la señal de un sistema familiar en proceso de transición, que impide la salida de la última hija, que avanza hacia la etapa de joven adulta, con esto salida dejaría al subsistema Parental en la posibilidad de reencontrarse como pareja, en una relación que nunca terminó de conformarse como un subsistema estable.

Contenido:

A lo largo del tratamiento se combinan sesiones familiares, individuales y del subsistema fraterno; al tratamiento asisten Alicia, Martha y Adriana. Solicitan atención debido a que entre los miembros de la pareja Parental se presentan conflictos constantes en los que normalmente no llegan a un acuerdo pero que por otra parte se encuentran involucrados los hijos; hace 4 años Marco se fue de la casa, dijo que se iban a separar pero después regresó. La problemática familiar incluye: los pleitos de la pareja en los que en algunas ocasiones se incluyen los hijos, la participación de los hijos en la problemática de los padres, la falta de respeto e involucramiento entre la pareja, la falta de acercamiento entre Adriana y su padre, la distancia actual entre Martha y su madre, las emociones de tristeza y enojo que ven unos en otros pero sin hablarlo, la tendencia de los miembros de la familia a buscar desconectarse y aislarse de la situación familiar pero repitiendo los pleitos en cada encuentro, y la baja en el rendimiento académico de Adriana, así como sus problemas en las relaciones con sus compañeros que se han visto incrementados actualmente.

Adriana se ha distanciado del padre y en los intentos de acercarse normalmente acaban lastimándose verbalmente; aunque tienen mayor cercanía entre Alicia y Adriana, normalmente Adriana se puede mostrar confundida y/o enojada con la madre, incluso portándose rebelde y bajando su rendimiento e interés académico, pero otra preocupación es que ha pasado por dos o tres relaciones de pareja en las que no acaba por sentirse bien, no se siente bien tampoco con ella, y algo que le pasó fue que al estar en una relación de pareja dejó de ver lo que ella quería y sólo importaba lo que la pareja quería. Martha se casó hace tres años y se fue de la casa, a partir de que sale de la casa mejora su relación con el padre, incluso durante las sesiones apoya la postura de este, aún cuando Marco no asiste a las sesiones, y por otra parte opina que Adriana debe salirse del pleito de los padres y rehacer su relación con el padre, así como mantener la que ya tiene con la madre. Eduardo se ha convertido en el mediador familiar, es quien tiene mejor acercamiento con todos los miembros de la familia, aporta económicamente y participa en las decisiones familiares, aunque como su profesión (futbolista profesional) lo mantiene viajando. En buena parte del tiempo no tienen contacto directo con él.

Alicia quiere platicar para resolver algo con Marco, pero a este último no le interesa; siente Alicia que es más fácil bajar a nivel de sus hijos para entenderse, que lograr entenderse con Marco que le lleva diez años, que no le aporta en lo económico, que no tienen cercanía emocional y que espera que los hijos estén con ella para poder salir adelante de la depresión. Martha explica que le parece que el padre también sufriría con la separación, aunque no es de los que expresa mucho. Alicia se ha sentido sola en el aspecto de la pareja, pero una de sus dificultades es que le cuesta trabajo mirarse a ella y sólo logra mirar lo que los demás quieren.

Adriana a poco de haber iniciado el tratamiento, comienza nuevamente a involucrarse con la escuela, se siente más segura, y mejora la relación y cercanía con la madre al grado de tomar definitivamente partido por ella en la relación de los padres y apoyar cualquier tipo de decisión que la madre decida tomar. Uno de los temas que saltan a la luz con la participación de Martha es que el padre está enfermo, que en alguna ocasión tuvo un ataque al corazón, y que Martha ha decidido desde entonces trabajar en construir una nueva relación con él y no arrepentirse después cuando ya no lo tenga.

Alicia hace intentos para comenzar a trabajar con la separación de la pareja, se va a una casa que tiene en Cuernavaca a pasar unos días, en donde se siente muy sola y triste durante dos días, luego regresa a su casa en la ciudad de México; después toma la decisión de separarse de habitación y dormir de manera independiente de la pareja; más adelante habla con Marco y toma la decisión de ir a vivir a un departamento que es de su hijo Eduardo, junto con ella va Adriana. A partir de este momento Adriana se siente nuevamente confundida, mientras que Alicia se siente cada vez mejor y con menos necesidad de pedirle a los hijos que

estén con ella para que no caer en depresión. Eduardo decide salir de viaje con sus hermanas y su padre en un intento por reconciliar a Adriana y Marco, el resultado es que logran estar juntos sin pelear, aunque tampoco se involucran demasiado.

Una vez que Alicia decidió separarse de Marco, comenzaron a platicar acerca de los hijos, el acuerdo fue que trabajarán como amigos y padres en la educación y apoyo de los hijos, que en el caso de presentarse dificultades como padres, no les pedirán a sus hijos que tomen partido o que resuelvan sus problemas, lo que anteriormente no se logró cuando pretendían estar como pareja. Adriana con el transcurso de los días se sintió muy enojada con sus padres, primero por que se separaron, y después confundida al ver que estaban teniendo una buena relación como padres en la que lograban comunicarse muy bien. Actualmente programan salidas en las que salen todos juntos como familia, pero que no interfieren con sus actividades; estas salidas se realizan en el entendido de que la pareja no volverá a unirse. Martha y Alicia están dándose la oportunidad de recuperar su relación entre madre e hija, mientras que Marco esta por primera vez desde hace mucho tiempo acercándose a Adriana para tratar de recuperar su relación de Padre e hija.

Han logrado tomar la decisión de separarse como padres, y de reorganizarse de una nueva manera como familia, en general se sienten más satisfechos con sus relaciones familiares; una preocupación es que Adriana tienen dificultades en sus relaciones escolares, aunque parece que la cercanía del padre esta teniendo efectos positivos en este sentido, sin embargo acuerdan que una posibilidad válida para Adriana en este momento es buscar atención psicológica individual.

Proceso:

Durante el tratamiento se destacaron las coaliciones Alicia- Adriana contra Marco, y Martha y Marco contra Alicia; tanto Martha como Adriana se encontraban trianguladas por la conflictiva de los padres, pero también se encontraba paradas sobre los hombros de ellos, lo que las ubicaba en un nivel jerárquico que les permitía enfrentar y desafiar a sus padres, sin embargo no se producían enfrentamientos entre hermanos, aún cuando sus puntos de vista sobre la situación de los padres podían ser divergentes. Los límites al interior de la familia eran difusos, y los límites hacia fuera de la misma tendían a ser permeables, lo que permitía que los terapeutas fueran aceptados como parte del sistema. Los problemas para diferenciarse individualmente por parte de Alicia en su relación de pareja, se repetían en Adriana, generándose una pauta isomórfica, en la que se creaba confusión, y poca claridad sobre sus intereses y necesidades personales en las relaciones que establecía en la vida cotidiana sobre todo a nivel de pareja.

De alguna forma al iniciar la terapia, el paciente identificado era Adriana, por la conducta disruptiva que se estaba incrementando, pero conforme avanzó el tratamiento se redistribuyó la sintomatología familiar, conectaron la conflictiva de

los padres, los enfrentamientos de Martha con su madre y la rebeldía de Adriana como parte de un mismo problema. Eduardo representaba a un líder familiar que intervenía como mediador y activador de soluciones frente a la conflictiva familiar.

Una manera preferida de la familia para resolver los conflictos, era tomar distancia en las relaciones familiares y luego regresar a enfrentar los problemas, sin embargo se trataba de un mecanismo homeostático de la familia, que no permitía que emergieran nuevas alternativas para reestructurar a la familia. La intensidad de la conflictiva familiar era más evidente en Marco, Alicia y Adriana que compartían el mismo lugar de residencia; en Martha y Eduardo se presentaba mayor libertad de intervención ya que su posibilidad de salir del sistema era mayor, su lugar de residencia era independiente y podían tomar distancia de los problemas; pero Adriana estaba en mayor medida comprometida y respondía a las demandas afectivas de Alicia y a su temor a la soledad de esta última. Por otra parte quien satisfacía la necesidad afectiva de Marco mientras se presentaba el conflicto conyugal, era Jessica, que se acercaba, le brindaba apoyo y comprensión. Eduardo por su parte pasaba a convertirse en el padre, en los momentos de mayor distancia y desinvolucramiento del padre.

Mientras vivían bajo el mismo techo con el padre, Alicia y Adriana hacían un frente común para defenderse, pero una vez que se separan de Marco, la intensidad de la relación pierde fuerza y quien comienza a vivirse en el aislamiento es Adriana, entonces Alicia le pide a Marco que se acerque para ayudarla a satisfacer las demandas afectivas que en ese momento le hace Adriana como hija y que ella no es capaz ya de satisfacer, debido a que Alicia se ha generado un espacio personal de intereses y amistades. En este momento los límites familiares se hacen más claros, Alicia ya no demanda la lealtad de Adriana y las reglas familiares cambian, una alternativa familiar es el acercamiento de Marco con Adriana, al reestructurarse la familia Marco recobra su jerarquía como padre con Adriana.

En los momentos en que viajan los hijos y Marco, Alicia se ve obligada por su parte a fortalecer su núcleo social y a no depender afectivamente de sus hijos. Una vez que el subsistema Parental se ha definido nuevamente con límites claros con respecto a los hijos y se establece el nivel de jerarquía más alto en los padres, entonces no son necesarias ya las coaliciones y el foco de atención se dirige actualmente a la situación personal de Adriana.

Tres movimientos que realizó la familia y que resultaron restructurantes fueron, la decisión de Alicia de separarse de Marco, lo que llevo a la familia a generar una nueva estructura y organización familiar, con lo que el conflicto perdía intensidad y los hijos quedaban libres de las lealtades, se trata ahora de una familia en la que los padres tiene vidas independientes; la intervención de Eduardo en la que viajo con Marco, Martha y Adriana, de esta manera Alicia debía terminar con su dependencia afectiva de los hijos, crear nuevos vínculos hacia el exterior de la

familia, y se creaban límites claros que definían la participación de los hijos en la actividades con ambos padres; y la invitación de Alicia para que Marco interviniera en la crisis de Adriana, lo que generaba una nueva regla de participación de Marco en los asuntos de Adriana, y definía a Alicia y Marco como un subsistema Parental, con capacidad para intervenir conjuntamente para atender las necesidades de los hijos.

Análisis Teórico- Metodológico:

De acuerdo al modelo estructural destacan 5 elementos de análisis: 1) La estructura de la familia. La familia pasó de una estructura familiar con límites difusos y jerarquías poco claras, en las que a través de las hijas se intentaba resolver la problemática Parental a una familia con límites claros que definen las reglas de participación de la hijas, en las que la decisiones de los padres son tomadas por los miembros del subsistema Parental, quienes están ubicados en el nivel jerárquico más alto. Para este modelo los límites claros y las jerarquías definidas y organizadas, en las que los padres tienen un nivel más alto, es señal del buen funcionamiento de la familia. 2) La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de alianzas y coaliciones del sistema. La familia pasó de usar las coaliciones de Alicia y Adriana contra Marco, y de Marco y Martha contra Alicia, como pautas transaccionales predominantes, a generar alianzas entre los miembros de cada subsistema; pasaron de enfrentarse con los hijos para resolver los problemas como padres, a trabajar como padres para enfrentar sus diferencias.

3) La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros. La significancia familiar se redistribuyó, de ser el foco de atención la conducta disruptiva de Adriana y la conflictiva marital, pasó a desarrollarse sensibilidad con respecto a las acciones de los distintos miembros de la familia, descentralizándose de esta manera la atención y reconociendo la importancia de todos los miembros del sistema. Del aislamiento en el que cada quien vivía la separación de los padres, pasaron a conectar con los distintos miembros de la familia, y definir la participación de cada miembro de la familia, desde el subsistema correspondiente. 4) Examina el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio. Con respecto al ciclo vital es una familia que se encuentra cercana a la etapa del nido vacío, la pareja dejó de convocar a los hijos para participar en el mantenimiento de la homeostasis familiar, en donde los involucraba en la conflictiva Parental, lo que no les permitía continuar su proceso de individuación, y la familia pasó a reestructurarse en una nueva etapa del ciclo vital, en la que los padres, no lograron mantenerse como subsistema conyugal, pero decidieron trabajar conjuntamente como subsistema Parental. 5) Explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia. El enfrentamiento como padres a través de los hijos, los mantenía sin

resolver las dificultades maritales, pero les permitía mantenerse en convivencia constantemente y no pasar a la incertidumbre de una nueva etapa.

Intervenciones principales:

Cuestionamiento del síntoma; la familia asiste a la terapia individualizando a uno de sus miembros como la fuente del problema, pero el terapeuta interviene cuestionando el síntoma, haciendo evidente que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción familiares. Se cuestionó el síntoma de rebeldía de Adriana como un síntoma individual y se hizo evidente que se trataba de un señal de la estructura familiar, explicando la participación de Martha en la conflictiva Parental, el manejo de los padres de sus problema a través de los hijos, las intervenciones de Eduardo como mediador Parental y la confusión de Adriana sobre su lugar en la situación familiar.

Alianza con los miembros de la familia; el terapeuta se alió con los distintos miembros de la familia para desequilibrar y reestructurar las jerarquías, el hecho de aliarse con un miembro de la familia modifica la posición de los demás, pone de relieve los lados fuertes de un miembro de la familia y promueve que se experimenten nuevas alternativas. Los terapeutas se aliaban con las hijas para respaldar la inconformidad que sentían como hijas al tener que elegir entre uno de sus padres.

Señalamiento de límites; el objetivo es trabajar en diferenciar los procesos de autonomía e interdependencia de los distintos miembros y subsistemas de la familia, se trata de generar reglas de participación entre los distintos miembros de la familia. Durante las sesiones se manipulaba el espacio físico que ocupaban los miembros de esta familia, utilizando esta herramienta como metáfora de las reglas de participación, se les pedía a las hijas que asistieran solas como subsistema en algunas sesiones y en otras sesiones, Alicia asistía sola por acuerdo con los terapeutas, estas decisiones se tomaban para crear un límite entre los temas que correspondía tratar como hijas y los temas que correspondían como madre y esposa.

Recreación de los canales de comunicación; esta intervención va dirigida a provocar diálogos entre los miembros de la familia, puede ser utilizada cuando un miembro de la familia quiere utilizar al terapeuta como escucha, mientras esta hablando de otro de los miembros de la familia que se encuentra presente. Se le pedía a Martha que hablara con Adriana sobre lo que veía que les estaba pasando como hermanos en este momento que atravesaba la familia con lo padres a punto de separarse. Lugo se pedía a las hijas que hablaran con la madre cada una sobre la manera en que se sentían. Se reconocieron y fortalecieron interacciones espontáneas como las expresiones de afecto y de comunicación del malestar al otro.

Reestructuración; es una manera en la que el terapeuta interviene facilitando que la habilidades y funciones se manifiesten y se generalicen en un áreas y relaciones distintas a la que se presentan normalmente. Se reestructuró la capacidad que Alicia tiene para tomar decisiones en el trabajo, invitándola a utilizar esas capacidades para tomar decisión sin involucrar a Adriana.

Foco e Intensidad; el foco se refiere a la maniobra que utiliza el terapeuta en la que elige un tema para trabajar y deja de atender otros temas, que aunque son importantes, no son útiles para la meta terapéutica de ese momento; no se ve llevado de un tema a otro sino que investiga en mayor detalle un campo limitado. La intensidad se refiere a la intervención que realiza el terapeuta para asegurarse que un mensaje que considera importante le llegue a la familia. En distintas ocasiones durante las sesiones al hablar sobre la separación de los padres se repitió el mensaje que los padres deben asumir su papel como cabezas de la familia y no involucrar a los hijos en una decisión como pareja. En distintos momentos en que la problemática de los padres se desviaba a la situación de un padre con los hijos, nuevamente se focaliza la sesión en la relación de los padres.

Tareas directas:

Son explicaciones, consejos, sugerencias interpretaciones y tareas que están destinadas a que se les tome literalmente y a que se les respete como se les prescribió. Su objetivo es modificar de manera directa las reglas o los roles de la familia. Se plantearon tareas directas en las que se buscaba modificar la distancia entre dos miembros, se le pidió a Marco que se acercara a Adriana que lo necesitaba como padre, y a Alicia que orientara sus problemas con el padre y no con Martha que es su hija.

Cuestionamiento de la realidad familiar:

El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza. La realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe un encuadramiento nuevo. Aparecen posibilidades nuevas por el hecho de que los miembros de la familia se vivencian a sí mismos y vivencian a los demás de manera diferente. Basados en desafiar a la familia, los terapeutas cuestionan la realidad familiar, en este caso, al poner en duda la capacidad de los padres para hacerse cargo de sus problemas, cada vez que entrometen a los hijos en un problema Parental.

Escenificación; cuando el terapeuta logra que la familia interactúe para discutir algunos de sus problemas desencadena secuencias que escapan al control de la familia, las reglas habituales prevalecen y los mecanismos interactivos se manifiestan con una intensidad semejante a la que se presenta fuera de casa; el terapeuta puede intervenir entonces proponiendo interacciones alternativas. Mientras Adriana hablaba como si fuera su madre y Adriana como si fuera el padre se les pedía como interacción alternativa que hablaran desde su posición como hijas sin tener que responder a ninguno de los equipos que se habían hecho en la

familia. Se plantearon interacciones alternativas al intervenir para facilitar el trato directo entre Adriana y Marco, pidiendo a la madre que se mantenga al margen y que hable por ella misma sin incluir a Adriana en lo que dice sobre Marco.

Evolución de la demanda:

El motivo inicial primero se atendió el comportamiento rebelde y desafiante de Adriana, después se trabajó en establecer límites claros entre el subsistema Parental y el subsistema fraterno con respecto a la participación de los hijos en los problemas de los padres; la demanda pasó a ser ayudar a Alicia a evaluar la toma de decisión sobre la separación de su pareja sin involucrar a los hijos. Después la atención se dirigió a conformar un subsistema Parental articulado aún cuando el subsistema conyugal no seguiría funcionando. La demanda fue más adelante trabajar en generar nuevas reglas de participación de los padres con cada uno de los hijos. Finalmente se acordó con el sistema familiar que Adriana continuaría trabajando en terapia individual sobre sus relaciones de pareja y sus amistades.

Conformación del sistema terapéutico:

El sistema terapéutico estaba conformado por la familia, los terapeutas y el equipo detrás del espejo; los terapeutas se adentraban en el sistema familiar, después salían del sistema y se reunían con el equipo detrás del espejo. Durante las sesiones los terapeutas tenían siempre como herramienta que un terapeuta se integrara al sistema y el otro quedara al margen en determinados momentos de la sesión, esta herramienta fue utilizada frecuentemente. Los terapeutas utilizaron maniobras de unión con la familia reconociendo y explorando la importancia de los temas familiares como el temor de los hijos a la separación de los padres, la dificultad de Alicia para tomar la decisión de separarse después de 30 años, la necesidad de los hijos de mantener la identidad familiar y el dolor de verse como una familia fragmentada. Utilizando maniobras de acomodamiento los terapeutas se volvieron miembros de la familia, aliándose desde las distintas perspectivas de cada miembro de la familia y utilizando el papel que la familia les otorgaba, identificándolos incluso con uno de los miembros de la familia ausente en la sesión. Rastrear las pautas de interacción y sucesos significativos, con preguntas para clarificar y mostrando interés por los acontecimientos, como fueron los momentos de transición del ciclo vital en el que dos de los habían salido de casa y las disputas que se presentaban en casa. La familia también se acomodó para unirse a los terapeutas, permitiéndoles formar parte de esta y reconociendo su liderazgo.

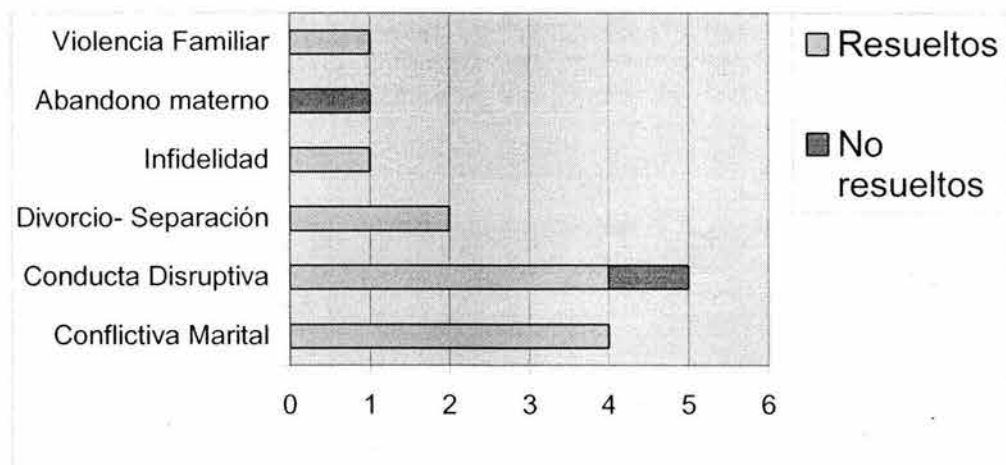
Recursos y Limitaciones: Un recurso importante era Eduardo, que aunque no asistía a las sesiones, constantemente impulsaba a la familia a generar cambios y las hijas especialmente a generar un límite claro con los problemas de los padres. Esta familia se encontraba en proceso de transición en su ciclo vital, en la que la última hija está cercana a la etapa de emancipación y se presentaba una crisis en el subsistema ejecutivo, los límites de la familia se habían abierto y la familia se

encontraba fragmentada en su estructura, de alguna forma esto permitió que el acomodamiento de los terapeutas fuera más rápido. Por otra parte la familia fue capaz de mirar la problemática familiar a través de sus distintos miembros y de generar una nueva identidad familiar aún cuando los padres se habían separado. Una limitación fue la ausencia del padre y la renuencia de la madre a que éste asistiera, por que esto no permitía que se le incorporara directamente en el trabajo que se estaba realizando con la familia y los cambios en la estructura familiar requerían más tiempo.

Seguimiento: Se le llamó a Alicia 10 meses después de que terminó la terapia. Marco y Alicia se mantienen separados desde que Alicia tomó la decisión, funcionan bien como equipo de padres, tienen buena comunicación y muchos acuerdos sobre el manejo de los hijos. Las cosas como familia marchan bien; aunque cuando lo han creído conveniente le han quitado el apoyo económico a Adriana, por el mal manejo de las relaciones personales en su vida. Alicia por su parte aprendió que si ella misma se trata bien y se hace cargo de sus decisiones, eso ayuda a que los demás también estén bien. Los cambios se han mantenido e incrementado, pero Alicia piensa, que tal vez Adriana este dispuesta a asistir a una terapia individual para trabajar con su situación personal fuera de la familia, ya que en algún momento amenazó con dejar la escuela.

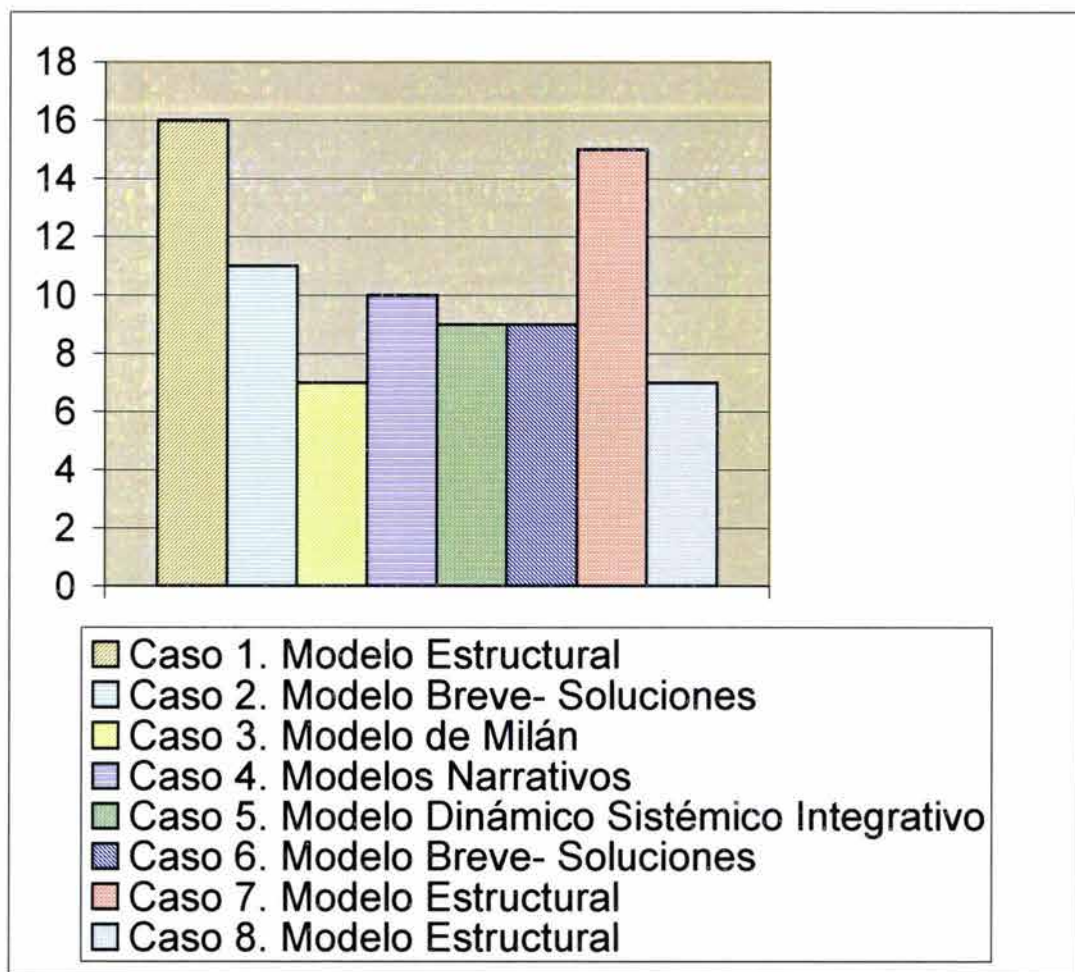
3. Integración y discusión del análisis teórico metodológico de intervención con familias.

Figura 3. Motivos de consulta atendidos que fueron resueltos y no resueltos a lo largo del tratamiento de terapia familiar.



En esta ilustración se presentan los motivos de consulta que atendí como terapeuta o coterapeuta en las 8 familias que asistieron a consulta. Del total de motivos de consulta atendidos: el 85.7% fueron resueltos en alguna medida y el 14.3% se continuarán trabajando a través de otros terapeutas a quien fue canalizado el caso, ya que no han sido resueltos los motivos de consulta iniciales y la demanda de atención por parte de la familia continúa existiendo; se trata de la atención a los motivos de consulta de abandono y conducta disruptiva (Caso No.4).

Figura 4. Número de sesiones en tratamiento de cada familia de acuerdo al Modelo de Terapia Familiar utilizado.



Se trabajó como terapeuta o coterapeuta en un total de 84 sesiones, con un promedio de 10.5 sesiones por tratamiento, siendo el tratamiento más largo de 16 sesiones y el más corto de 7 sesiones; las sesiones estaban espaciadas por una semana, dos semanas y tres semanas, aunque ocasionalmente se espaciaban por meses ya se trataba de sesiones de seguimiento o pasaban períodos largos en los que por alguna circunstancia la familia no podía asistir. El caso 4 en el que se trabajó con los modelos narrativos fue el único canalizado con otros terapeutas debido a que no se resolvió el motivo de consulta inicial.

En esta parte describo los objetivos alcanzados y los objetivos que se podrían plantear, para continuar el trabajo con cada una de las 8 familias que atendí como terapeuta o coterapeuta; los alcances y limitaciones de cada modelo utilizado; y mi aprendizaje como terapeuta en cada uno de los casos.

Caso 1

Para este caso se utilizó el modelo estructural, los objetivos alcanzados fueron la resolución de la conflictiva marital y de la conducta disruptiva; se desarrollaron pautas de comunicación más respetuosas y de resolución de conflictos, se establecieron límites flexibles y claros entre los subsistemas, y con otros sistemas como las familias de origen, la madre recuperó su jerarquía en el sistema con respecto a la educación del hijo, se redistribuyó la significancia entre los distintos miembros de la familia y se interrumpió en buena medida el manejo de conflictos a través de las coaliciones. Se alcanzaron los distintos objetivos que se plantearon al inicio del tratamiento, sin embargo otro posible objetivo a partir del cual podría trabajarse más adelante, es con el padre sensibilizándolo sobre su participación tanto en el mantenimiento como en la resolución de las problemáticas que se van presentando y de los recursos que se van generando como familia.

Este fue el primer caso en el que trabajé como terapeuta con un equipo detrás del espejo, el tratamiento de la familia se inició en el segundo semestre de la maestría y terminó en el cuarto semestre casi a finales de la formación, por lo que a través de este caso se ve parte de mi evolución como terapeuta a través de la formación. De esta familia aprendí que las familias llevan su propio proceso, que las crisis llevan a un proceso de reorganización y que el cambio tiene que ver con los tiempos de la familia. Me pasó que al comienzo tenía una idea poco flexible de cómo debía comportarse la familia, pero conforme fue pasando el tratamiento y mi formación como terapeuta familiar, me di cuenta que fue la propia familia que encontró la manera de adoptar una nueva organización. Esta familia generó en mí mayor seguridad como terapeuta sobre todo por que primero desapareció por un tiempo, pero cuando regresó la familia después de 6 meses ya había hecho cambios y luego al final del tratamiento me comentó otros cambios que a lo largo de las sesiones no me habían comentado, entonces me di cuenta de cómo mis intervenciones estaban conectadas con el sistema y los cambios los llevaban a hacer otros cambios. Con respecto al modelo me parece que brinda muchos elementos muy útiles para trabajar con las familias, pero el riesgo con el terapeuta familiar en formación es que uno utilice estos elementos para tratar de crear familias perfectas.

Caso 2

Para este caso se utilizaron los modelos de Terapia Breve y Enfocado a Soluciones; los objetivos se alcanzaron parcialmente, ya que aunque la conflictiva marital disminuyó y se volvió manejable, aún se presentan momentos en que no logran manejar sus diferencias. Lograron trabajar como pareja sin involucrar a otros miembros de su familia de origen, el padre especialmente fue capaz de estar más atento a sus propios procesos internos y estar pendiente de los efectos de sus acciones en su esposa, se modificaron las pautas de interacción que mantenían el problema y la conflictiva marital constantemente, y se generaron algunas alternativas de interacción de la pareja ante las dificultades y diferencias que se presentan. La madre asistió sólo a dos sesiones, lo que limitó el trabajo con la pareja conjuntamente, en alguna medida limitó una evolución más satisfactoria en el tratamiento.

Los modelos de Terapia Breve y Enfocado a Soluciones me parecieron prácticos al momento de establecer la dirección del cambio, generar los recursos y de identificar pequeños cambios como parte del camino hacia un cambio mayor, pero me parece que tienen el riesgo, si no se usan adecuadamente, de dejar de mirar el contexto más amplio y de que el terapeuta este tan apresurado por hacer cambios, que no trate primero de entender lo que esta pasando en el sistema, antes de querer cambiarlo.

Esta fue la primera familia con la que trabaje haciendo coterapia, como parte una supervisión en la que se nos propuso trabajar en coterapias; la evolución del trabajo de coterapia pasó de la integración, a la crisis ante la falta de resultados para llegar a una nueva integración, entonces se reveló una pauta isomorfa en la que sucedía algo similar a lo que veíamos en algunas de las familias en supervisión, que era un proceso organización- crisis- reorganización y esto me ayudo a entender que seguramente estábamos conectados con la familia, pero que nuestro proceso en el tiempo al pasar por estas fases era más rápido que el de la familia, y que llegábamos a sentirnos frustrados cuando la familia no realizaba los cambios que nosotros esperábamos, además de que cuestionaba la efectividad de nuestro trabajo en coterapia y el tiempo que dedicábamos a la preparación de cada sesión. Aprendí que un cambio puede ser significativo para un paciente y para una familia, y que puede ser el único cambio posible en ese momento para ese sistema, y que para el terapeuta este cambio puede no ser suficiente en ese momento, pero que esto tiene que ver con los distintos tiempos subjetivos en que pueden encontrarse la familia, los terapeutas, el supervisor y el equipo.

Caso 3.

En este caso los modelos utilizados fueron el de Milán dirigido a la terapia individual y el de Terapia Breve. Los objetivos alcanzados fueron la resolución de la conflictiva marital y la desaparición de la violencia familiar. Se trabajó en la modificación de las creencias y pautas interaccionales que mantienen la presencia de la violencia familiar; fortalecimiento de la imagen de la paciente como mujer y ser humano, de manera que le permita recuperar interés por su persona, y procurarse atención y respeto; y en la generación de alternativas de relación no violentas. El esposo de la paciente asistió únicamente a la primera sesión en donde se le vio irritable en las situaciones en que veía comprometida su imagen de hombre que tiene derechos sobre la mujer. Fue interesante ver un proceso muy breve de tratamiento en el que la mujer hacía cambios continuamente en su vida, que estaba estableciendo una relación más igualitaria con un terapeuta hombre, de quien recibía respeto y reconocimiento, así como del equipo compuesto por hombres y mujeres.

Me sentí muy cómodo trabajando con el Modelo de Milán, aunque ocasionalmente también tomaba elementos en los que focalizaba la interacción desde la perspectiva de Terapia Breve. El trabajo con las preguntas circulares permitía que nueva información entrara en el sistema, y las creencias sobre la violencia y el género fueran alteradas por el propio sistema; la parte innovadora fue trabajar con el Modelo de Milán en una terapia que en la práctica real se trataba de una terapia individual, pero que no dejaba de atender al contexto presente, pasado y futuro de la familia actual, las familias de origen y sus relaciones. Otro elemento importante fue que el tratamiento estaba orientado hacia las prácticas discursivas y el lenguaje en mayor medida, que tiene que ver con una práctica más estética en la terapia familiar.

Con esta familia empecé a trabajar con un equipo detrás del espejo, pero la supervisión no se realizaba directamente en el momento, era una supervisión narrada que se realizaba tiempo después; a menudo descubría que los miembros del equipo hacían nuevos comentarios durante la supervisión narrada sobre este caso lo que normalmente amplificaba mi visión del contexto. Con esta familia aprendí a utilizar las preguntas circulares aún cuando sólo sea un miembro de la familia quien está presente. Identifiqué en mi persona la angustia como efecto de las amenazas no verbales de violencia que el marido hacía a la mujer, y decidí utilizarlo como una resonancia que pudiera generar nuevas aperturas en el sistema frente a las situaciones de violencia.

Caso 4

Se utilizaron los modelos narrativos en el tratamiento de esta familia, predominantemente la prácticas conversacionales, el equipo reflexivo y en alguna medida la terapia narrativa. Los objetivos principales de tratamiento eran modificar la conducta disruptiva de quien aparecía como el paciente identificado que era Luis y generar un mayor involucramiento de su madre con el paciente. Se trabajó en generar una nueva narrativa que permita crear una historia alternativa en la que sea posible que todas la figuras significativas en la vida de Luis pudieran coexistir; en favorecer la reconexión y el acercamiento en la relación entre Luis y su madre; en diferenciar la historia de Luis y la historia de la madrina con sus propios hijos; y en coconstruir recursos que Luis los pudiera utilizar para hacerse cargo de sus problemas de conducta escolares; sin embargo no se logró un mayor involucramiento entre Luis y su madre, aunque la madre ya contempla entre sus posibilidades asistir en busca de apoyo para su situación emocional. Por otra parte es variable el tipo comportamiento que Luis tiene con su madrina, pero en general llega a ser muy difícil que se comprometa en las tareas de la casa, escolares y que respete las reglas de su madrina. Las posibles explicaciones de que no se alcanzaran los cambios esperados es que los distintos actores, principalmente Luis, su madre y su madrina están atrapados entre el temor a perder la relación con el otro, y el miedo a acercarse al otro sin saber como hacerlo para no lastimar y no ser lastimados como resultado en las historias anteriores de sus vidas. Otro elemento importante es que el equipo detrás del espejo tenía muchas diferencias y estaba muy dividido, lo que pasaba con Luis era que tenía que enfrentar las diferencias entre su madre y su madrina, de la misma manera que los coterapeutas debían enfrentar las diferencias que existían entre los miembros del equipo y las divisiones que se generaban.

Al trabajar con los modelos narrativos me di cuenta que para mí era necesario incluir elementos de otros modelos, pero sobre todo aspectos generacionales de las familias, que me permitieran entender y darle un significado a las historias de las familias. En equipo reflexivo entraba en cada sesión del tratamiento, pero para mí el equipo era más significativo en unas sesiones que en otras, entonces creo que no necesariamente el equipo debe entrar siempre y que puede perder sentido, sobre todo si el equipo esta demasiado preocupado por hacer connotaciones positivas de la familia. Algo muy enriquecedor es que distintas miradas nos permitían complejizar el entendimiento que de esta familia se tenía, tanto en las sesiones, como fuera de ellas y que nos movíamos en el mundo del lenguaje y los significados, pero sobre todo de las distintas realidades.

Nuevamente trabajé en coterapia, pero en esta ocasión era otra la coterapeuta. Aprendí que como sistema de coterapia funcionábamos como las familias, en ocasiones abríamos nuestros límites y decidíamos tomar algunas ideas del equipo, pero en otras ocasiones tomábamos el camino de actuar por cuenta propia como equipo de coterapia, y esto tenía que ver con que lo que el equipo decía no tuviera sentido para nosotros o con que la desorganización entre los miembros del equipo fuera tal que la información acabará siendo confusa para nosotros. La experiencia que me queda es que tal vez para la familia era importante ser escuchada y tratar de entender lo que estaba pasando, aunque no necesariamente estuvieran dispuestos a hacer cambios en su estilo de vida en ese momento, y por eso encontraron atractivo que debían seguir trabajando en su propio proceso, en el que se estaban acomodando cosas, como también para mí se estaban acomodando cosas con lo que era la terminación de la maestría. Me di cuenta que una posibilidad que tengo es la de trabajar aún cuando en la sesión predomine el desorden entre los miembros de la familia, pero por otra parte esta capacidad me impedía intervenir más tempranamente para proponer un orden, que definiera la sesión como un espacio distinto al que estaban acostumbrados a tener en sus vidas y sus relaciones.

Caso 5.

Se utilizó el modelo Dinámico Sistémico Integrativo para trabajar con este caso. El objetivo del tratamiento era modificar las pautas de conducta disruptiva asociadas a la deserción escolar. Se trabajó con esta familia en esclarecer los canales de comunicación familiar; facilitar el establecimiento de pautas de relaciones alternativas entre padres e hijos, sobre todo entre madre e hijas; y trabajar en fortalecer el compromiso de las hijas en el ámbito académico. Al final de tratamiento los objetivos planteados se alcanzaron, la situación con las dos hijas con respecto a su situación escolar había mejorado, Alejandra estaba trabajando en salvar el año escolar y Raquel se había planteado nuevamente la posibilidad de hacer una carrera universitaria, incluso ya se encontraba haciendo trámites para ingresar a la carrera. Un elemento interesante es que la problemática giraba alrededor del género femenino, ya fueran las hijas, la madre o la abuela fallecida unos años atrás; parte del trabajo con el que pudiera continuar esta familia es fortaleciendo un mayor involucramiento entre la hija mayor y la madre, así como integrando los aprendizajes que tomaron de su relación con la abuela fallecida, que durante algún tiempo cumplió el rol de madre con esta hija. Otra situación que vale la pena comentar es que en el equipo de coterapia se repetía el silencio continuo de la coterapeuta de sexo femenino, de manera similar a lo que acontecía anteriormente de las hijas con los padres.

Elementos que me fueron de especial utilidad con respecto a este modelo fueron las ideas de reconceptualización, resignificación y el trabajo que se realizó para esclarecer las pautas de comunicación entre los distintos miembros de la familia. Resultó también muy interesante la utilización de dichos y refranes, que en el caso de esta familia permitían conectar a distintas generaciones, incluso de familiares ausentes en la familia, ya que generaban un lenguaje y una significación común entre los miembros de la familia. Sin embargo me parece que en ocasiones emergían temas en las sesiones que parecían relevantes para la familia, pero que por alguna razón pasaban de largo y no sé retomaban lo suficiente más adelante en el tratamiento. Un aspecto teórico que se plantea en el modelo y que permite incluir la dimensión familiar e individual, es la idea de los niveles intrapersonal e interpersonal como fuentes de conflicto y de recursos en las problemáticas presentadas.

Esta fue para mí una experiencia de coterapia pero en condiciones diferentes, primero por que era una coterapia de tres integrantes y después por que uno de los coterapeutas era una persona con muchos años de experiencia en la terapia familiar. La impresión que tenía era que la dirección de la sesión la llevaba el terapeuta de mayor experiencia y que en alguna medida mi rol tenía que ver con generar nuevas aperturas en el sistema. Con esta familia aprendí a seguir las

pautas de comunicación, a intervenir para esclarecerlas y a ayudar a entender de manera distintas las situaciones que se presentaban a los miembros de la familia. El efecto que tuvo en mí el trabajar con esta familia en coterapia, con un terapeuta experto, fue que me permitió desarrollar mayor seguridad para trabajar con las familias. De los distintos temas que tocaba la familia y que identifiqué que despertaban mayor interés en mí, fue la conexión que se establecía con la abuela paterna fallecida y los legados de esta, que se mantenían vigentes en la familia.

Caso 6.

Los modelos utilizados para trabajar en este caso fueron los de Terapia Breve y Enfocado a Soluciones. El objetivo del tratamiento era resolver la conflictiva marital generada a partir de la situación de infidelidad en que se encontraba involucrado Daniel, y generar elementos que facilitarían tomar acciones para definir y resolver la situación de infidelidad. Se trabajó identificando y generando recursos para un mejor manejo de la crisis que la paciente presentaba en el momento de su ingreso al tratamiento; se identificaron elementos que le permitan evaluar las posibles alternativas para la resolución de la conflictiva actual y se trabajó en el fortalecimiento de su capacidad en la toma de decisiones. En realidad aunque no sé trabajó directamente en terminar con la situación de infidelidad, esta desapareció en el proceso de tratamiento, mientras se generaban nuevas pautas de interacción en la relación de pareja. Otro aspecto que fue fortalecido fue la amplificación de la red social de la paciente y el trabajo de reconexión personal previo a pensar en la posibilidad de la separación. Al final del tratamiento la pareja se encontraba en la posibilidad de plantearse nuevas reglas, en la reestructuración de la relación de pareja Parental y/o conyugal.

El modelo de terapia breve y de soluciones actúan a nivel interaccional con las pautas que mantienen el problema y la soluciones efectivas, en este sentido reducen el campo de observación a un pequeño segmento de la ecología, pero los cambios a nivel de pareja generaron cambios en otros niveles, por ejemplo en las relaciones familiares, en especial dejando más libre a la hija para relacionarse con ambos padres, o incluso en la incorporación o desconexión de otros miembros en el sistema, como en la disolución de la relación extramarital que se había generado por parte del padre. Antes de pasar a buscar soluciones a la problemática del paciente, es necesario conectar y reconocer la situación del paciente; plantearse los dilemas que implica el cambio en la situación del paciente; y sobre todo estar atentos a la necesidad excesiva de control que podemos desarrollar como terapeutas.

En este caso aprendí que existen distintos caminos para trabajar con los problemas que los pacientes traen a la sesión; la revisión de los videos a menudo me ayudo a entender algunas intervenciones que la supervisora me pedía realizar en la sesión, en otras ocasiones la revisión posterior de los videos me llevaba a diferir, y a generarme explicaciones e intervenciones alternativas; pero este proceso más autoreflexivo se instaló en mí más claramente hacia la parte final de la formación como terapeuta familiar, donde tenía mayores elementos para la revisión de mi propio trabajo. Aprendí también que un pequeño cambio puede ser el disparador de muchos otros.

Caso 7.

El modelo que se utilizó fue el estructural aunque en distintas sesiones se incluían secuencias de preguntas circulares desde el formato de trabajo del modelo de Milán. Los objetivos del tratamiento fueron la resolución de la conflictiva de pareja en la que se planteaba la posibilidad del divorcio y la desaparición de la conducta disruptiva de la hija menor. Se trabajó en la diferenciación de los subsistemas ante la conflictiva Parental; en generar nueva información en la familia que permitiera esclarecer en Alicia su deseo de continuar o terminar con la relación de pareja; plantear alternativas familiares ante la separación o el divorcio; favorecer la expresión emocional de los miembros frente a la conflictiva Parental, así como el entendimiento y comprensión sistémica de las relaciones, los problemas y sus soluciones. Pronto en el proceso de tratamiento la hija mejoró su relación con la madre aunque la distancia en la relación con el padre se incrementó, después de varias sesiones vino la decisión de la separación y la configuración de la pareja únicamente como subsistema Parental en el que compartían autoridad y tomaban decisiones conjuntas, lo que fragmentó el triángulo de los padres con la hija, pero también acentuó su resentimiento con los padres, hasta que inició el trabajo del padre para recuperar la relación con la hija. Cada padre tenía una especie de matrimonio con las hijas mujeres y están respondían con lealtad al matrimonio con el padre o con la madre respectivamente, y enfrentando al otro padre. Una alternativa que se planteó para Adriana en el momento en que terminó el tratamiento, fue la posibilidad de continuar con un tratamiento individual debido a que la situación que le interesaba trabajar en ese momento eran sus relaciones personales fuera del ámbito familiar, especialmente las relaciones de pareja y amistad.

Esta fue una familia que tomamos sin que fuera parte de una supervisión en particular, el modelo estructural nos permitía compartir ideas claras en el trabajo de coterapia y con respecto a la dirección que podíamos tomar en el transcurso de la terapia. Conforme avanzamos en el tratamiento fuimos eventualmente incluyendo las preguntas circulares que nos brindaban mucha información pero que sobre todo generaban nueva información para los miembros de la familia. Fue cuando nos sentimos limitados con las ideas del modelo estructural que nos movimos, sin pensarlo mucho, al mundo de los significados. Luego de regreso a los elementos estructurales, mientras conversábamos como coterapeutas frente a la familia, sobre lo que habíamos visto, lo que habíamos pensado y entendido, generando de nuevo más información.

Como no teníamos supervisión se generó un dispositivo para trabajar con estas 2 últimas familias. Primero como en otros espacios, los coterapeutas revisaban los videos de la sesión anterior, en esta modalidad podíamos hacerlo conjuntamente o cada quien por su cuenta; luego dedicábamos tiempo antes de la sesión y después de la sesión para hablar de lo acontecido en la sesión, pero mi aprendizaje fue,

que tal vez una de las cosas más importantes era hablar de las resonancias y los prejuicios que emergían en cada uno de nosotros cuando trabajábamos con la familia, ya que esto iluminaba nuestro proceder en las sesiones futuras. Finalmente decidimos incluir nuestras discusiones grabadas o incluso invitábamos a gente con la que comentábamos después de la sesión, y estas discusiones también se grababan. Dos cosas importantes fueron que: estábamos pendientes del lugar que de alguna forma la familia nos estaba dando a cada uno en distintos momentos, y que pronto se dio un proceso de unión con la familia y esta respondía a lo que intentábamos como intervenciones. Lo que aprendí de esta familia fue a conectar el lugar de los ausentes en la sesión con el lugar que la familia me brindaba.

Caso 8.

Se utilizó el modelo estructural. Los objetivos del tratamiento consistieron en brindar elementos para tomar una decisión entre la alternativa del divorcio o de la integración como pareja y, la desaparición de la conducta disruptiva en los hijos varones principalmente. Se trabajó en el proceso de toma de decisiones para favorecer la mejor solución disponible para el sistema de acuerdo con sus problemas y recursos; en la diferenciación entre los subsistemas fraterno y Parental; en plantear alternativas familiares ante la separación o el divorcio; y en favorecer la comprensión sistémica de las relaciones, los problemas y sus soluciones. Aunque se tomó la decisión del divorcio, los padres han mejorado su relación, y el comportamiento disruptivo de los hijos varones ha desaparecido, uno de los temas que puede ser importante continuar trabajando, es el efecto de la separación de los padres en la hija, que normalmente se ha mantenido al margen de la participación en las sesiones.

Se eligió el modelo estructural porque compartíamos algunas de las ideas como coterapeutas acerca de la efectividad del modelo y nos brindaba un guía para el tratamiento de la familia. Un elemento que me pareció fundamental con este modelo, fue la intensidad que se generaba entre los miembros de la familia en los momentos en que se escenificaban y se proponían pautas de interacción alternativas, lo que se observaba parecían verdaderos desafíos entre los hijos, y del hijo mayor con el padre, que amenazaban con llegar a la agresión, pero que terminaban por reacomodar y generar nuevas reglas en el sistema. Una dificultad fue que hasta que logramos traer de regreso a la madre a las sesiones fue que recuperamos el liderazgo en la familia.

El sistema familiar desafiaba sobre todo por parte del hijo mayor, la posibilidad de que el equipo de coterapia fuera capaz de conducir el tratamiento con esta familia, pero aprendí que la familia nos da un mapa con sus movimientos, sobre el camino para recuperar el liderazgo, en este caso el camino era a través de la madre que tenía un papel central en la vida familiar. Identifique en mí, dos situaciones: la primera fue que en las sesiones en que asistía sólo el padre, que estaba normalmente deprimido en las primeras sesiones, me sentía desinteresado y llegaba a desconectarme de lo que acontecía en la sesión; otra situación que identifique fue que me sentía descalificado y amenazado con el comportamiento retador del hijo mayor hacia el equipo de coterapeutas, y el mecanismo que se activaba en mí era el de ponerme tenso y confrontar en alguna medida; sobre todo algo importante de estas dos situaciones era que entendí que mi cuerpo estaba funcionando como un termómetro de lo que acontecía en la familia, y que en cierto sentido mi cuerpo respondía a la situación familiar, como tiempo atrás el cuerpo del hijo varón menor, había dado señales de la situación familiar a través de convulsiones que no tenían un componente orgánico.

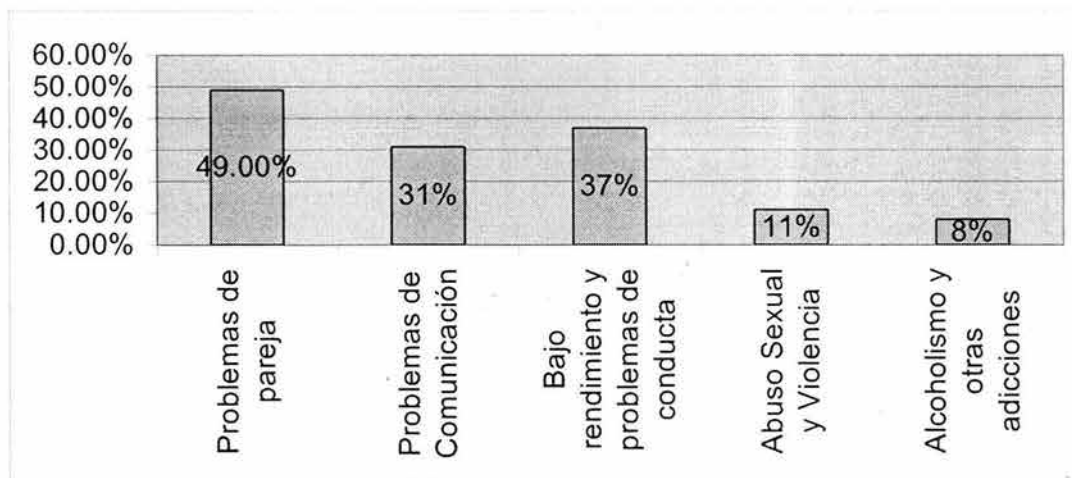
4. Análisis del sistema terapéutico total con base en la cibernética de 2do orden, de acuerdo a mi participación como miembro de los equipos terapéuticos de observación.

Tabla 4. Número de horas supervisadas por cada modelo durante la formación como terapeuta familiar.

Modelo Supervisado	Número de horas supervisadas
Modelo de Terapia Breve 1, 2 y 3	284 hrs.
Modelo de Terapia Estructural 1,2 y3	217 hrs.
Modelo de Terapia Breve- Estratégica	92 hrs.
Modelo de Terapia Enfocada a Soluciones	120 hrs.
Modelo de Terapia Dinámica Sistémica Integrativa	150 hrs.
Modelo de Terapia de Milán	78 hrs.
Modelo de Terapia Breve- Soluciones	104 hrs.
Modelo de Terapia Narrativa	125 hrs.
Supervisión sin supervisor presente	260 hrs.
Supervisión Narrada	42 hrs.
Tutoría	48 hrs.
Total de horas supervisadas	1520 horas

La tabla muestra el número de horas supervisadas por cada modelo, siendo los modelos más supervisados el de Terapia Breve y Terapia Estructural; en distintas ocasiones se combinaron escuelas de terapia en una misma supervisión como fue el caso de las modalidades de Terapia Breve- Soluciones,, Terapia Breve- Estratégica, y Terapia Narrativa que incluía a los modelos de Terapia Conversacional, Terapia Narrativa y Equipo Reflexivo. El apartado de Supervisión cruzada se refiere a la supervisión que se realizaba entre compañeros de formación sin estar presente un supervisor; mientras que el apartado de Supervisión Narrada se refiere a la supervisión que hacía un supervisor a partir de los relatos de lo casos que comentaba cada terapeuta en formación.

Figura 5. Motivos de consulta atendidos por el grupo en formación como terapeutas familiares a lo largo de toda la maestría.



La ilustración muestra los distintos motivos de consulta para lo que se solicitó atención en los 71 tratamientos que participé como parte del equipo terapéutico. Los porcentajes reflejan el número de ocasiones en que se presentó una problemática específica como motivo de consulta. En cada tratamiento se presentaban aproximadamente entre 1 y 3 motivos de consulta. Los títulos de cada problemática fueron propuestos previamente por la coordinación y el grupo de terapeutas en formación.

En este apartado comento las modalidades de supervisión de casos que recibí en cada semestre durante dos años maestría por distintos docentes, así como el trabajo personal con la historia familiar, la familia de origen y la persona del terapeuta. Estas actividades se realizaron en el Centro de Servicios Psicológicos o en alguna aula del edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología.

A) SUPERVISIONES POR SEMESTRE

Tabla 5. Número de horas supervisadas por cada modelo en cada semestre de la formación como terapeuta familiar.

PRIMER SEMESTRE	
Modelo de Terapia Breve 1	84 hrs.
Modelo Estructural 1	42 hrs.
SEGUNDO SEMESTRE	
Modelo de Terapia Breve 2	100 hrs.
Modelo Estructural 2	125 hrs.
Tutoría	16 hrs.
TERCER SEMESTRE	
Modelo De Terapia Breve- Estratégico	92 hrs
Modelo Estructural 3	50 hrs.
Modelo de Terapia Breve 3	100 hrs.
Modelo de Soluciones	120 hrs.
Modelo Dinámico Sistémico Integrativo 1	75 hrs
Tutoría	16 hrs.
CUARTO SEMESTRE	
Modelo de Terapia Breve – Soluciones	104 hrs.
Modelo Dinámico Sistémico Integrativo 2	75 hrs.
Modelo de Milán	78 hrs.
Modelos Narrativos	125 hrs.
Supervisión sin supervisor presente	260 hrs.
Supervisión Narrada	42 hrs.
Tutoría	16 hrs.
TOTAL	1520 hrs.

PRIMER SEMESTRE

Supervisión del Modelo Terapia Breve 1

En este espacio de supervisión fue la supervisora y una de las terapeutas en formación las que tomaron un caso de terapia familiar cada una. El aprendizaje a nivel clínico tenía como metas principales a aprender a entrevistar familias, identificar objetivos, desarrollar habilidades de enganche con las familias, entender y conectar los patrones interaccionales, trabajar detrás del espejo como equipo formulando posibles explicaciones de la situación que presentaba la familia, realizando intervenciones o prescribiendo tareas que la familia realizaría entre una sesión y otra, pero sobre todo, la supervisión se focalizaba en identificar los intentos de solución que mantenían el problema y los intentos de solución que facilitaban el proceso del cambio. Se desarrolló como modalidad de trabajo en cada sesión de tratamiento: una pre- sesión, la sesión, la inter- sesión, la intervención final - cierre y la post sesión. La efectividad en los casos fue buena con respecto a que se interrumpían las pautas de comportamiento que mantenían el problema y se generaban nuevas pautas interaccionales. Las familias continuaron en el siguiente semestre su tratamiento con el mismo equipo de supervisión, ya que en el transcurso del tratamiento aparecían otras situaciones que emergían como nuevos problemas o el problema en sí reaparecía; se hacían cambios de primer orden en el sistema, y las reglas de funcionamiento de este se mantenían. Hacia el final del semestre las creencias y expectativas de cambio se habían fortalecido en estas familias, y ellas mismas proponían cambios que resultaban más claros y alcanzables.

Supervisión del Modelo Estructural 1

En esta supervisión fue la supervisora quien tomó un caso como terapeuta y los terapeutas en formación funcionábamos como equipo detrás del espejo, realizando desde el modelo estructural un análisis de cada sesión. En la supervisión se combinaban momentos de revisión teórica que se conectaban con el caso supervisado, y se discutían las distintas ideas y las posibilidades de intervención. El aprendizaje clínico, se enfocaba al principio en las maniobras de joining y acomodamiento por parte del terapeuta, para convertirse en parte del sistema, al cual podría entrar y salir, y que le permitía intervenir sin ser absorbido por el sistema. Más adelante, una parte del aprendizaje incluyó el desarrollo de las intervenciones siendo foco central de estas los conceptos de límites, jerarquías, alianzas, coaliciones y centralidad. La modalidad en la que aprendimos a trabajar estaba basada en la *cibernética de primer orden* donde hay un experto que tiene un mapa de la realidad, relativamente objetivo, sobre el cual actúa. El terapeuta es quien actúa sobre la familia y los análisis de las sesiones se dirigen básicamente a lo observado en la familia. Otro elemento importante fue aprender a incluir como parte del trabajo con la familia, el *dilema del cambio*, que se presentaba en el sistema; se propusieron también distintas modalidades en las que el equipo podría ser útil al intervenir como coro griego, formando un triángulo terapéutico, trabajando como encuesta de opinión, como una modalidad para desenganchar al terapeuta, etc. La intervención con esta familia fue efectiva, ya que se interrumpió el ciclo de violencia y en general disminuyó la conducta disruptiva del sistema, aunque me pareció que la visión de género por parte de la terapeuta, era marcadamente hacia el discurso del poder, identificando la problemática en el subsistema de los hombres; lo que impedía que se lograra una intervención con un panorama más amplio del sistema y una discusión más nutrida en el equipo, donde las voces de los terapeutas varones no siempre eran escuchadas.

SEGUNDO SEMESTRE

Supervisión del Modelo de Terapia Breve 2

En esta supervisión trabajaron 6 terapeutas en formación, con familias que asistían al Centro de Servicios en busca de apoyo; el modelo fue el de terapia breve por lo que se establecían tratamiento cortos de aproximadamente 10 sesiones, orientados hacia un objetivo que se negociaba con los pacientes en la primera y segunda sesión; a lo largo del proceso la supervisora acompañaba atrás del espejo a quienes formábamos el equipo, se discutían las intervenciones, mismas que se hacían llegar a lo largo de la sesión al terapeuta en turno, por medio de un teléfono; otra posibilidad era que la supervisora entraba a la sesión e intervenía directamente en el caso. La discusión de la sesión trataba del tipo de intervenciones del terapeuta y los objetivos que buscaba con cada intervención. Un aspecto importante para esta supervisión era que los terapeutas debían aprender a intervenir y definir el rumbo que debe tomar la sesión. Se enfatizaba trabajar conectando la intervención con la teoría del modelo, identificando las fortalezas del sistema, reconociendo las intervenciones oportunas del terapeuta y las interacciones significativas que el terapeuta no había realizado. Se generó un mecanismo de autoobservación en los terapeutas, que en un primer nivel incluía enfocar la atención entre dos sistemas de retroalimentación: entre el proceso familiar y la intervención por un lado, y el proceso que se llevaba a cabo en la sesión y la discusión del equipo por el otro, momento en el que se metacomunicaba sobre el proceso de la sesión. La efectividad terapéutica era variable, ya que había familias que solo venían a una primera sesión y después no regresaban, pero se encontró que en las familias con las que mejor se había logrado definir los objetivos en las primeras sesiones eran quienes continuaban el tratamiento.

Supervisión del Modelo Estructural 2

Esta fue la primera supervisión en la que trabajé como terapeuta, aunque también hubo sesiones en las que únicamente participaba como parte del equipo cuando no tenía sesión con la familia que atendía. Una ventaja en esta supervisión fue que el grupo se dividió en dos; y éramos 7 integrantes, lo que permitía atender con más tiempo a cada caso. El proceso fue complejo, mientras trabajaba como terapeuta ya que el foco de atención se orientaba hacia distintos puntos: al tema que la familia traía a la sesión, al proceso que yo observaba en la familia, a las intervenciones que pensaba realizar, a autoobservarme en mi desempeño mientras era observado por el equipo, y atender a mis propias sensaciones; la complejidad me llevó a pasar de la confusión a la atención de lo que pasaba dentro de mí en la sesión, como un primer foco de atención. Aprendí a intervenir desde modelo estructural, aunque en algunas sesiones se incluían elementos del trabajo con la escultura familiar. Una práctica común en esta supervisión era el interés por el manejo de las metáforas de la familia y las metáforas personales. Parte de la discusión con el equipo, después de la sesión, incluía las resonancias del terapeuta, posibles explicaciones y miradas de lo que había acontecido en la sesión, alternativas de intervención, y comentarios sobre el desempeño del terapeuta. Aprendí también que algo importante, tanto dentro como fuera de la sesión, es encontrar la manera de decir las cosas para que estas puedan ser escuchadas, algo que pasaba con las familias al principio, era que no escuchaban o en ocasiones no entendían lo que queríamos decirles, pero conforme el equipo se fue integrando y escuchaba mejor, también encontrábamos una manera de comunicarnos mejor con la familia. La efectividad clínica mejoró a medida que avanzaba la supervisión, y la mayoría de las familias debieron continuar con el tratamiento aún terminada la supervisión.

TERCER SEMESTRE

Supervisión de los Modelos de Terapia Breve y Estratégico

Seis casos fueron supervisados con una combinación de los modelos breve y estratégico. En esta supervisión se enfatizó mucho la importancia de definir objetivos concretos, identificar los intentos de solución que mantenían los problemas y trabajar con pequeños cambios. Se incluyó más claramente el manejo de tareas paradójicas y tareas directas, así como una alianza con los miembros de mayor jerarquía en el sistema. Dos elementos de aprendizaje en las familias con las que se trabajó para esta supervisión fueron: que es posible trabajar con un solo miembro del sistema que haga cambios y que se refleje en otros cambios en los demás miembros del sistema familiar. Otro elemento importante de aprendizaje fue que un pequeño cambio puede traer otros cambios más significativos en distintas áreas de la vida de los pacientes. Una de las herramientas para la tarea de evaluar los alcances de los tratamientos era una escala en la que el paciente comentaba sobre su situación antes y después del tratamiento. En cuanto a los tratamientos realizados los resultados alcanzados fueron entre moderados y buenos, ya que de las familias o pacientes en tratamiento la mayoría alcanzaron mejoría en alguna medida con respecto a su situación, aunque no siempre se habían atendido las distintas demandas de atención que llegaban a presentar al inicio o en el transcurso del tratamiento. El sistema que conformaba el equipo detrás del espejo era dirigido por la supervisora, en relación a la manera de trabajar y los objetivos de trabajo; de la misma manera que en la sesión los terapeutas controlaban la dirección de la sesión y prescribían directivas a las familias o los pacientes. La planificación de las intervenciones para las sesiones y la revisión de las interacciones significativas que se presentaban en las sesiones a través de los videos, fueron también elementos de aprendizaje y retroalimentación de lo que el terapeuta hacía en la sesión, aunque esto último no fuera discutido en la supervisión.

Supervisión del Modelo Estructural 3

A lo largo del semestre se revisaron dos casos con esta supervisión, con dos terapeutas en formación que trabajaron directamente con las familias, mientras que el resto participaba como equipo detrás del espejo. Durante la supervisión se enfatizó el trabajo con el manejo de genogramas trigeracionales, como un medio para entender la situación familiar actual. Fueron elementos de aprendizaje los análisis pre y post sesión, que se realizaban sobre los casos, momentos en los que se comentaban los aspectos organizacionales, estructurales y del contexto sociocultural en el que se movía la familia, identificando los recursos de la familia que le permitían alcanzar una nueva organización, abarcando desde aspectos prácticos en el hogar y la distribución de funciones, hasta los elementos simbólicos y emocionales en el sistema; las intervenciones se diseñaban alrededor de estas ideas, incluyendo también los aspectos de alianzas, jerarquía y límites. La efectividad clínica fue alta ya que a partir de las primeras sesiones, las familias iniciaron el proceso del cambio y reorganización, aunque no fue posible darlas de alta durante el semestre, por lo que debieron continuar su tratamiento fuera de la supervisión. Uno de los elementos de aprendizaje que destacaron en esta supervisión, fue que se integraba el ciclo vital familiar y del terapeuta a partir de lo cual se trabajaba con las resonancias y los obstáculos que había enfrentado el terapeuta a lo largo de la sesión. La supervisión era directiva acerca de los posibles caminos que podrían tomar los terapeutas, intervenciones y áreas por explorar en el sistema. El punto central que aprendí de esta supervisión fue cómo utilizar las herramientas que la familia presentaba, crear otras nuevas, y ayudar a la familia a dar y generar una nueva estructura.

Supervisión del Modelo de Terapia Breve 3

En esta supervisión nos pidieron que trabajáramos en coterapia con alguno de nuestros compañeros; los tratamientos se planificaban para realizarse en 10 sesiones aproximadamente, aunque en muchas ocasiones se debió establecer un nuevo contrato para continuar trabajando después de finalizar esta supervisión. Aunque se trataba de una supervisión, la supervisora normalmente no establecía líneas claras de intervención, ni un modelo de trabajo a seguir; pero por otra parte, el trabajo de coterapia implicaba tiempo de discusión fuera de las sesiones, para planificar, discutir hipótesis, plantear intervenciones, comentar sobre las aportaciones del equipo y sobre la evolución del trabajo en coterapia. La ausencia de un modelo de trabajo nos permitió generar nuestras propias herramientas, como fue la discusión a partir de la cual creábamos nuestros propios recursos frente a los obstáculos que se generaban en el trabajo con la familia. Encontré que el trabajo en coterapia provee una retroalimentación inmediata, amplifica las posibilidades de intervención, compensa las debilidades individuales de cada terapeuta, fortalece la alianza terapéutica con la familia y provee un modelo de relación interpersonal. La efectividad clínica con las familias supervisadas fue variable, ya que varias de las familias comenzaron a faltar o a desertar, y a otras se les citó nuevamente para continuar el proceso de tratamiento, sin embargo no era clara la medida de los avances que se alcanzaban, ni por parte de los terapeutas, ni por parte de las familias. En lo personal me parece que la ambigüedad y falta de directividad en las discusiones con el equipo, se repetía en la ambigüedad que mostraban las familias para comprometerse con el tratamiento; el compromiso de los miembros del equipo era variable en el tratamiento de distintas familias, y en realidad lo que permitía que las familias continuaran el tratamiento, era el tipo de trabajo que se realizaba como coterapeutas dentro y fuera de las sesiones.

Supervisión del Modelo de Soluciones

En esta supervisión se trabajó con 9 familias que buscaron atención en este semestre o que venían siendo atendidos por los miembros del equipo desde otro semestre. Una de las dificultades que enfrentamos, era que la mitad del equipo ya habían trabajado el semestre anterior con la misma supervisora y este semestre nos incorporamos 7 miembros más, con esta nueva composición del equipo pasamos de estar divididos en dos equipos a la conformación de un nuevo equipo. En este nuevo equipo se nos presentaban las dificultades que a veces observábamos en la familia, mientras intentábamos asumir una nueva organización, el cambio nos lo impedía la lealtad hacia alguno de los equipos de los que habíamos formado parte en el semestre anterior. Un elemento que se incluía como forma de trabajo de la supervisora era la sexualidad como parte de las áreas de atención familiar y otro elemento importante era la contención del terapeuta que se encontraba trabajando con la familia. Algo que observé que paralizaba al equipo era la amenaza de las situaciones de violencia que se presentaba en una de las familias, y que nos impidió generar alternativas de trabajo con ella. Lo que sucedió es que tocábamos sólo parcialmente el tema de la violencia y después nos dirigíamos hacia otros temas; aprendí que esto estaba conectado con la vivencia de la violencia en la mujer, ya que de la misma manera la mujer de esa familia sabía que debía hacer algo para parar la violencia o salir del sistema, pero quedaba paralizada para ponerse a salvo y el mecanismo que se activaba era minimizar las amenazas de violencia. La efectividad terapéutica en general era variable, en la medida en que se establecían objetivos claros con cada familia esto mejoraba la probabilidad de que la familia continuara el tratamiento, pero sobre todo, en los temas de abuso sexual y violencia, variaba nuestra efectividad. Aunque no se siguió únicamente el modelo enfocado a soluciones, si fueron especialmente atendidas la importancia de los recursos y las excepciones en las que no se presentaba el problema, así como las tareas de fórmula para identificar las señales mínimas de cambio y crear la expectativa del cambio como algo inevitable.

Supervisión del Modelo Dinámico Sistémico Integrativo 1

En esta supervisión se trabajó con un caso en terapia familiar, en la que el supervisor era el terapeuta, que estaba asistido por dos coterapeutas que eran miembros del equipo en formación; buena parte del tratamiento fue en terapia de pareja. En esta supervisión se conectaban elementos sistémicos y psicodinámicos para entender el proceso por el que atravesaba el sistema familiar en tratamiento, y principalmente el subsistema conyugal. La modalidad de tratamiento empleada facilitó el aprendizaje de intervenciones en la comunicación de pareja, así como la integración de esquemas que permitían evaluar la situación de la pareja y trabajar con la reconceptualización y resignificación en la perspectiva de los miembros de la pareja. Aprendimos que otra modalidad de trabajo es hacia el divorcio y la separación de la pareja, y que los cambios pueden realizarse en esta dirección con buenos resultados; el uso de términos relativos y no absolutos en el lenguaje del terapeuta permite observar diferencias de grado y evita el manejo de criterios estáticos; la utilización de esquemas que permiten a la pareja tener una idea más clara del momento en el que se encuentran como pareja y las alternativas ante la problemática; finalmente el manejo de los refranes, y dichos como recursos de intervención en el proceso terapéutico, ya que encierran sabiduría, ayudan a transmitir enseñanzas, pueden ser una manera menos amenazante de decirle alguna cosa a la familia, y disminuye el riesgo de que se sienta confrontada. La efectividad del modelo fue probada ya que la pareja pudo decidir de entre distintas alternativas la de trabajar hacia un proceso de buena separación cuando no fueron suficientes los recursos para una buena integración. El modelo me permitió aprender la posibilidad de ver al terapeuta como un facilitador en la comunicación y dio elementos para entender los procesos de familia y pareja, por parte de los miembros de la pareja.

CUARTO SEMESTRE

Supervisión de los Modelos de Terapia Breve y Soluciones

Se supervisaron 4 casos a partir de una combinación de los modelos de terapia breve y enfocada a soluciones, se plantearon tratamientos breves de aproximadamente 10 sesiones en los que en la mayoría de las sesiones se atendieron pacientes individuales más que familias, basados en la creencia de que un cambio en uno de los miembros de la familia generaría cambios y reacomodos en los otros miembros de la familia. La utilización del lenguaje presuposicional en las preguntas fue de especial importancia en el manejo de estos pacientes, ya que permitía generar la expectativa de un cambio posible una vez identificado el objetivo concreto del tratamiento, así como el manejo del tiempo en las preguntas permitía relativizar la presencia temporal de los problemas; se trabajó también con la pregunta del milagro, las excepciones al problema, los momentos en que el paciente tiene bajo control el problema, etc. En general se enfatizó sobre todo el modelo de soluciones que fue enriquecido con el modelo de terapia breve. Mi experiencia en la supervisión de este modelo era que generaba cambios en pocas sesiones, pero que después se hacía necesario tomar elementos de un contexto generacional y social más amplio para fortalecer los cambios alcanzados. Los tratamientos fueron efectivos aunque debieron ser continuados fuera de la supervisión debido a que finalizó el semestre. Mi experiencia como terapeuta en esta supervisión, fue que faltaba tiempo para discutir lo suficiente los casos, y no siempre eran claras para mí las intervenciones que el equipo me comentaba; pero por otra parte establecer un tiempo breve de tratamiento permitía que el paciente trabajará orientado más claramente hacia alcanzar los objetivos de tratamiento.

Supervisión del Modelo Dinámico Sistémico Integrativo 2

En esta supervisión nuevamente fue terapeuta el supervisor, y lo acompañaban dos coterapeutas que estaban en formación; a lo largo del semestre se trabajó con una familia a la que se citaba cada 7 o 15 días, otras entrevistas iniciales con familias fueron trabajadas por el supervisor y un terapeuta en formación, estas familias quedaban a cargo del terapeuta en formación para las sesiones subsecuentes. En mi caso trabajé con el supervisor durante todo el semestre llevando el tratamiento de la familia de caso continuo. Aprendí otra modalidad de coterapia en la que el supervisor conducía la mayor parte de la sesión y yo trabajaba creando nuevas aperturas y retomando elementos que no habían sido conectados durante la sesión, de esta forma se generaba otro tipo de complementariedad. Una modalidad de supervisión que se implementó en este semestre fue la supervisión autoreflexiva, en la que un grupo de alumnos realizaban un role playing de una familia, mientras un terapeuta, que en este caso era yo, conducía la sesión, de tiempo en tiempo el supervisor detenía la sesión para proponer intervenciones pero sobre todo para trabajar con las resonancias del terapeuta y generar explicaciones alternativas de lo que en la familia estaba sucediendo. Me pareció muy importante conectar emocionalmente a cada uno de los miembros de la familia a través de las resonancias de la persona del terapeuta, esta conexión puede plantearse como un elemento muy importante que permite una mayor cercanía entre el terapeuta y la familia, fortalece la alianza de trabajo, y puede formar parte de las herramientas de enganche con la familia; puede funcionar el terapeuta como una especie de termómetro de la situación emocional de la familia. Resultó útil el manejo del humor y la broma por que ayudaba a disminuir la sobriedad en la sesión, estimulaba a la familia para hacer juicios y comentarios más prudentes acerca de los distintos miembros de la familia; la broma puede ser útil una vez que el sistema terapéutico se ha conformado; sin embargo, hay que desarrollar sensibilidad para hacer las bromas en buen momento. En este semestre la supervisión incrementó mi seguridad como terapeuta, identifiqué que podría hacer más, demandas de la familia que iban dirigidas a otro miembro de la familia, confirmé mi interés y gusto por el trabajo en coterapia; identifiqué malestar en mi persona con los miembros que me resultaban confrontadores en una familia, y en algún momento perdí de vista la importancia de las resonancias personales y la búsqueda de una comprensión sistémica. En general el tratamiento fue efectivo ya que se alcanzaron los objetivos planteados inicialmente en el tratamiento.

Supervisión del Modelo de Milán

Se supervisaron cuatro familias con este modelo; los elementos a trabajar fueron principalmente los principios de hipótesis, circularidad y neutralidad; y el manejo de las preguntas circulares. Antes de cada sesión el equipo se reunía para discutir la hipótesis que funcionaría como guía al explorar la sesión, pero también se formaron dos equipos que trabajaban cada semana en la revisión de la sesión y la propuesta de nuevas hipótesis. Aprendimos que una manera de generar nueva información es a través de las preguntas circulares, que una pregunta podría utilizarse lo mismo para obtener nueva información que para hacer una intervención; aprendimos también que a veces tenemos hipótesis que suenan tan bien que nos es difícil desprendernos de ellas, para generar otras nuevas; que la neutralidad tiene que ver con que el terapeuta sea lo suficientemente curioso para explorar las distintas versiones de la historia y que evite buscar la historia más real. Entendí que las preguntas circulares son tan importantes como las preguntas lineales en algún momento de la sesión, y que resultan complementarias. Para el final del semestre las cuatro familias que se supervisaban habían dejado de asistir, las divisiones en el equipo se habían intensificado, juntos los dos equipos y la supervisora formaban un triángulo que imponía rigidez a las intervenciones, pero sobre todo a las hipótesis. Otra manera de entender la situación de las familias, o al menos de algunas de ellas era que la información que había ingresado al sistema las llevó a algún tipo de reorganización, y temporalmente a tomar distancia de las sesiones. La efectividad con las familias en este sentido fue variable, y no quedó claro si continuarían en tratamiento o no. Mi experiencia con esta supervisión fue enriquecedora, especialmente por que para mí este es un modelo de referencia que tiene una visión más inclusiva del contexto y de los tiempos subjetivos de la familia y el terapeuta, que tiene un mayor respeto por la ecología de las ideas y que resulta más estético; sin embargo fue necesario continuar revisando el modelo fuera de las horas de formación ya que el número de horas que se le destinaron en la misma no fue suficiente.

Supervisión de los Modelos Narrativos

Se supervisaron cinco casos, de los cuales yo estuve en uno como coterapeuta; el foco de atención era la coconstrucción de realidades a través del lenguaje y el clima que la supervisora proponía era en un ambiente colaborativo. Aprendí a buscar las mejores palabras para expresar lo que pretendo dar a entender, la diferencia que hace una diferencia es el tipo de conversación y las palabras que utilizamos al conversar. Participar en el equipo reflexivo me ejercitó nuevamente en la capacidad de ver distintas versiones de una misma situación; en ver el lugar desde el que estamos hablando cuando decimos lo que decimos; en aprender a hablar de una manera más respetuosa sobre nuestros pacientes aún cuando no estén presentes, esto nos permite estar atentos a los condicionamientos lingüísticos y conceptuales que podríamos estar teniendo como profesionales que formamos parte del área de salud mental. Algo que me parece muy importante es la idea de los diálogos internos y externos que tenemos en la conversación, y en los múltiples niveles en los que estamos al conversar dentro del equipo reflexivo; un diálogo interno con nuestra persona o a veces con otras voces internalizadas, un diálogo externo con los otros miembros del equipo y un diálogo tal vez intermedio o más indirecto, con los pacientes que escuchan nuestros diálogos en el equipo. Algo que continué trabajando a través de esta supervisión fue estar atento a mis prejuicios en términos de pre-entendimientos, y me parece una herramienta útil saber cuales son, ver la manera en que vemos las cosas, forman parte de lo que la persona del terapeuta trae consigo y de la agenda personal del terapeuta al entrar en una conversación. La efectividad clínica fue buena ya que se alcanzaron algunos de los objetivos, pero con la mayoría de las familias continuamos trabajando después de terminar la supervisión en este semestre. En mi experiencia el trabajo conversacional y reflexivo amplifica sus resultados si esta conectado al trabajo generacional y simbólico en las familias que atendemos.

Supervisión sin supervisor presente.

En la supervisión cruzada participamos entre 5 y 7 terapeutas en formación que vimos a cerca de 12 familias a lo largo de un semestre sin que estuviera presente un supervisor. No existía un modelo específico con el que se trabajaba a lo largo del semestre; en mi caso trabajé con 4 familias, 2 de ellas como terapeuta individual y dos como coterapeuta, el resto del tiempo forme parte del equipo detrás del espejo. Para este momento de la formación ya se había desarrollado en nosotros un mecanismo de autoobservación sobre nuestras resonancias en las sesiones de tratamiento; en el equipo se presentaban discusiones muy interesantes desde distintos modelos teóricos acerca de cual sería la manera más apropiada de trabajar con una familia; también nos dimos cuenta que ya para este momento automáticamente buscábamos identificar no sólo los motivos de consulta sino también los recursos o áreas fuertes de cada familia o paciente, aunque normalmente trabajábamos con familias. Durante las discusiones incluíamos como elementos importantes el tema del género, en la familia y en el equipo; en lo personal como terapeuta los modelos que utilice para trabajar con las familias fueron el de Milán y el Modelo Estructural, que permitían tener una mejor comprensión de mis procesos internos, los procesos que observaba en la familia, y de los procesos que veía en el equipo. En el trabajo de coterapia incluimos tiempo de discusión sobre las familias que veíamos afuera de este espacio, más adelante decidimos grabar las discusiones e invitar a otras personas a intervenir en estas discusiones, una de las cosas que estas discusiones nos permitían era ver nuestro trabajo a la luz del proceso de la familia que atendíamos y a la luz de nuestro proceso familiar personal. La efectividad clínica era variable, aunque normalmente lo que sucedía es que se alcanzaba algunos cambios, luego se mantenían esos cambios y tiempo después se alcanzaban algunos otros; sin embargo también hubo familias que abandonaron el tratamiento.

Supervisión Narrada

A esta supervisión asistíamos 5 terapeutas en formación con una supervisora una vez por semana, en la sesión se revisaba alguna lectura, principalmente relacionada al tema de la violencia familiar y el género, ya que algunos de los casos presentaban esta problemática; también se revisaba un caso y ocasionalmente dos casos, y se proponían líneas de trabajo con estas familias. Una de los aprendizajes que tuve es que en contextos diferentes los miembros del equipo teníamos aportaciones diferentes con respecto a una familia de la que ya se había discutido en la sesión en vivo. El tratamiento que supervise fue uno de los que más pronto finalizó con éxito, esta supervisión fue valiosa por que el equipo y la supervisora aportaban información valiosa, pero yo quedaba en libertad de adecuarla al modelo con el que estaba trabajando o incluso de tomar otras alternativas. Aprendí que la manera de contar la historia del caso por parte de cada uno de nosotros era distinta, pero cada historia generaba en mí aperturas distintas aunque fuera el mismo caso. Identificamos como una primera posibilidad de intervención es poner a salvo a las víctimas de abuso sexual y violencia familiar, que en muchas ocasiones eran mujeres y niños que podían estar expuestos a que los actos de violencia se repitieran, se comentaron opciones para solicitar apoyo en centros de atención a la violencia en los que se incluye el aspecto legal y albergues para poner a salvo a las víctimas de violencia. Aunque la efectividad era variable en los tratamientos supervisados, una de las cosas que observe que funcionaban mejor sobre todo con el tema de la violencia, era trabajar con el sistema familiar y recobrar la importancia del trabajo individual sistémico, moverse de los sistemas externos a los sistemas internos del individuo.

A continuación se describen tres aspectos del trabajo individual que como terapeuta realice en lo que respecta a mi persona en distintos seminarios:

B) TALLER CON LA HISTORIA FAMILIAR

Durante el primer semestre trabajamos en grupo, 5 terapeutas en formación y una coordinadora como un primer acercamiento a nuestras historias familiares; el dispositivo era que por turnos cada terapeuta comentaba sobre su historia familiar, para posteriormente conjuntamente como equipo generar algunas conclusiones.

Identifique a mi familia como un sistema que ha enfrentado múltiples crisis, que de alguna manera le ha llevado también a desarrollar recursos, con capacidad para trabajar conjuntamente frente a la crisis, así como de convocar a otros miembros ajenos al sistema nuclear que provean otras alternativas de solución. De los conflictos que pueden llegar a tener vigencia es la presencia de coaliciones intergeneracionales, la triangulación del subsistema fraterno y el parental, y mi posibilidad para mantenerme equidistante entre los distintos miembros pero que puede llegar a transformarse en un conflicto interno de lealtades. Algunos de los valores de la familia son la unión, el apoyo, la lealtad familiar, el respeto hacia la mujer como un ser importante que el hombre debe cuidar, el cuidado de los hijos, la perseverancia en la unión de los padres, la expresión de afectos de malestar limitada en el hombre, el juego como expresión de afecto entre los hombres, el padre como guía en la familia, y la familia como recurso para sobreponerse a las situaciones difíciles. Para este momento uno de los aspectos que en lo personal había trabajado más, ha sido encontrar el equilibrio entre el proceso de diferenciación personal con mi familia y de mantener de alguna forma una identidad familiar común con los demás miembros de la misma.

C) TALLER DE TRABAJO CON LA FAMILIA DE ORIGEN

Con el equipo de tutoría se destino el segundo semestre a trabajar con la familia de origen del terapeuta; el grupo estaba conformado por 4 terapeutas en formación y la tutora. La modalidad empleada era trabajar con la familia de origen a partir del genograma trigeracional que cada quien había realizado, haciendo comentarios y conectando partes que resultaban significativas que emergían mientras cada terapeuta describía su genograma y hacía una breve reseña de su historia familiar.

Revisar el genograma de mi familia fue una experiencia muy interesante y que me reveló mucha información; me permitió ver que un elemento que normalmente reorganiza a mi familia, son las crisis, en especial las de salud, que activan la red social y generan una nueva red; cada miembro de la familia activa sus propios contactos y busca otros nuevos, el sistema familiar incrementa su cohesión, pero en la medida en que el miembro enfermo recupera su capacidad para cuidarse, cada miembro retoma sus funciones que desempeñaban en la vida cotidiana, antes de las crisis. Algunos otros elementos que destacaron fueron: la capacidad para reestructurarme ante nuevas situaciones, que fui desarrollando sin saberlo, después de los constantes cambios de residencia y de ambiente a lo largo de mi vida; la manera en que las lealtades a los distintos miembros de la familia podían inmovilizarse, dejándome sin posibilidades de elección, pero también en otros momentos esto me permitía ser equidistante y moverme a través de las historias de los distintos miembros de mi familia, convirtiéndome en una especie de conmutador familiar, por donde pasaba toda la información y en donde en buena medida la toma de decisiones tenía que ver con mi punto de vista; prácticamente fui hijo único por la diferencia de edades que existía la generación de mis hermanos, esto me permitió ser más independiente; aprendí también desde chico a vivir en un mundo de adultos, esto normalmente me ha permitido contactarme con gente de distintas generaciones y compartir proyectos; de alguna forma fue así como la formación como terapeuta familiar la inicié dentro de mi propio sistema familiar.

D) TRABAJO CON LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Psicología, Terapia Familiar, Coterapia y Redes en la persona del terapeuta.

Sin darme cuenta en ese momento la elección de la psicología como carrera fortalecía mi rol en la familia, por un lado yo sería mi propio parámetro de comparación en lo que a logros se refiere, dejando atrás las comparaciones con mis hermanos; me decidí además por una carrera que se centraba en el comportamiento de las personas, sus emociones y las relaciones de las que formaban parte, lo que fortalecía la imagen que en ese momento se tenía de mí en la familia. El motivo más evidente para mí entonces, era mi interés por la psicología laboral, así como mi gusto y facilidad al establecer relaciones con la gente, en las que se sentían cómodas y depositaban su confianza en mí. En la medida que se acercaba el final de la carrera, encontré, casi diría por casualidad algunos textos que se interesaban en los aspectos relacionales del ser humano desde la psicología clínica y la psicoterapia, y que me brindaban un panorama más enriquecedor que el de los modelos únicamente intrapersonales y centrados en un visión lineal. Fue entonces que paulatinamente me encontré con la terapia familiar, aunque en realidad de alguna forma me encontré con ella desde niño. La perspectiva relacional tenía mayor relación con lo que yo venía haciendo en vida desde hacía muchos años, es decir, tejiendo y destejiendo relaciones.

Mi formación como coterapeuta la empecé hace cerca de 8 años cuando inicié la relación de pareja con quien ahora es mi esposa, aprendí algo sobre compartir proyectos a corto, mediano y largo plazo; pero también a compartir diferencias, y a ver diferencias en nuestras diferencias que nos llevaban a hacer nuevas diferencias; la coterapia en la vida de pareja para mí en este tiempo tiene que ver con un modelo de vida, el vivir en pareja es una especie de vivir en coterapia que se extiende hacia los ámbitos más diversos de la vida, de hacer de los proyectos individuales y proyectos en pareja un todo con sentido. Se presenta nuevamente la reedición de los procesos de diferenciación, individuación, creación de la identidad de grupo y del significado de pertenencia a dos familias con legados distintos. Intimidad, cuidado, interés, respeto, anhelo, cariño, confianza, son todos ellos elementos que fortalecen mi vida en pareja. Pero también aprendí dos generaciones atrás, un modelo de coterapia entre mis padres, que lleva funcionando 42 años, y que fortalece cada día mi creencia en la pareja; en otro momento tuve la oportunidad de funcionar en distintos momentos en equipo de pares con los distintos miembros de la familia, lo que ahora veo me permitió disfrutar de la calidez, satisfacción y compromiso que provee el trabajo en pareja, en las distintas modalidades que esta tiene.

Entre mi vida de pareja y mi relación familiar conocí las posibilidades de hacer de las crisis una fuente de riqueza y de cambios, no siempre fáciles pero normalmente productivos y muy intensos. En realidad mi gusto por el trabajo en la terapia familiar se extiende a mi gusto por el trabajo con redes; en casa me enseñaron, desde luego sin darse cuenta, a crear redes, ampliarlas o reducirlas según las circunstancias, a activarlas o incluso desactivarlas; este aprendizaje continúa como parte de un modelo familiar en el que creo y he visto funcionar en momentos difíciles y también en momentos de goce.

La formación como terapeuta familiar en los últimos dos semestres.

El trabajo con el equipo durante la formación ha sido enriquecedor por varias cosas: el debate de ideas, la elaboración de intervenciones y el reconocimiento de diferencias conceptuales, pero sobre todo por que me ha llevado a aprender a hacer aportaciones, a desarrollar una posición de respeto hacia los colegas e incluso realizar críticas constructivas, así como recibirlas; he aprendido mucho del trabajo tanto de supervisores como de los compañeros de la maestría. En este momento el trabajo personal ha consistido en integrar las habilidades prácticas, desarrollar otras nuevas, y conectar estas con los aspectos teóricos y de mi historia personal.

La formación como terapeuta familiar ha influido en mi vida en general, me permite tener una visión más conectada de las cosas que acontecen en mi vida profesional y personal. La terapia personal me ha facilitado el considerar algunas cosas de mi historia personal y familiar, que me han sido muy útiles tanto en la relación con los demás, como en la relación conmigo mismo, así como ha incrementado mi disposición a entender distintos puntos de vista. Los cambios y modificaciones de horarios y los planes de estudio de cada semestre han fortalecido mi capacidad para reestructurarme y tomar decisiones ante las situaciones que se presentan en los ámbitos institucionales. He puesto a prueba mis límites con respecto a mi capacidad para responder a los distintos compromisos que asumía, para organizarme y en ocasiones para crear alternativas ante los dilemas que se presentaban, en cierta forma lo que parecían obstáculos nos llevó a desarrollar recursos. En el aspecto laboral, la maestría me ha traído reconocimiento, nuevas posibilidades de desarrollarme, y la posibilidad de conocer a otras personas que me han enriquecido en lo profesional y lo personal. Ahora estoy más atento de los efectos que mis acciones tienen en otros y los efectos que las acciones de otros tienen en mí. En lo profesional me siento más seguro de lo que puedo ofrecer al tratar con pacientes y de lo que no puedo; y en lo personal más claro acerca de lo que la terapia puede hacer por mí y lo que no. Terminar la maestría es un logro importante, fue un desafío porque se presentaron muchos obstáculos que afortunadamente fue posible resolver favorablemente, pero también entiendo que la posibilidad que ahora se presenta es continuar en ese desarrollo constante y personal que implica el ser terapeuta.

5. Reporte de actividades de difusión (Presentación del trabajo clínico y/o investigación en foros académicos)

Las actividades de difusión que realicé durante las maestría se dividen en tres principalmente: presentaciones en cursos, organización de cursos e investigación. A continuación se describen cada una de ellas:

A) PRESENTACIONES EN CURSOS

1) Conferencia: "Evaluación de Sistemas familiares con un enfermo crónico"

Curso: "La psicoterapia familiar y de pareja en familias con pacientes discapacitados"

Sede: Centro Nacional de Rehabilitación, Secretaría de Salud

Fecha: 27 al 31 de Mayo de 2002

Esta presentación se realizó como parte de un curso que se llevó a cabo a lo largo de una semana en el Centro Nacional de Rehabilitación, la intención del curso era sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la atención a las familias y parejas que asisten al Centro, e intercambiar conocimientos y puntos de vista con otros terapeutas familiares y otros profesionistas interesados en el tema de familia y discapacidad. Los temas generales que se abordaron en estos 5 días fueron: introducción a la terapia familiar, las aplicaciones de la psicoterapia familiar, la psicoterapia familiar y su relación con otras disciplinas que atienden a pacientes discapacitados, la psicoterapia de pareja, y la investigación en la psicoterapia familiar.

Dentro del tema que se refería a las aplicaciones de la terapia familiar, yo presenté la conferencia titulada "Evaluación de sistemas familiares con un enfermo crónico"; la presentación incluyó el manejo de 5 esquemas en la evaluación familiar: los Genogramas en la terapia familiar, la Guía Mc Master, el Modelo Estructural, las Tipologías Psicosociales de la enfermedad y la evaluación de las Creencias familiares. En esta presentación propuse que estas cinco modalidades de evaluación nos permiten integrar un mejor diagnóstico familiar.

Cada uno de los esquemas de evaluación que presenté fue ilustrado con viñetas de casos en los que se trataba de familias con algún miembro que presentaba alguna

discapacidad. Fue importante incluir las viñetas debido a que algunas de estas modalidades de evaluación no son específicas para este tipo de población, y los ejemplos permitían contextualizar la experiencia y enriquecer la presentación. Los casos presentados no eran completamente reales, los nombres y datos sobre los distintos miembros fueron alterados con el fin de guardar el anonimato.

A la presentación asistieron cerca de 30 personas, y al final de esta se estableció un diálogo manera de preguntas y respuestas, en la que se enfatizó la importancia de incluir en todo proceso de evaluación las consideraciones sobre la persona del terapeuta, el equipo de salud y el diagnóstico como un proceso dinámico en constante evolución.

Ver anexo I

2) Taller: "Cuidando a la Persona del Psicoterapeuta"
Curso: "Terceras Jornadas de Psicología. La Psicología en el Proceso de Rehabilitación Integral del Individuo"
Sede: Centro Nacional de Rehabilitación, Secretaría de Salud
Fecha: 23 al 27 de Septiembre de 2002

Este taller fue realizado conjuntamente con una terapeuta familiar, con una duración aproximada de dos horas, fue realizado desde una postura construccionista social y de la metáfora narrativa. Durante el taller se abordaron entre otros temas: los motivos que nos llevaron a ser psicoterapeutas, el efecto de la profesión como psicoterapeuta en la vida personal, como ha sido la evolución como psicoterapeutas, los síntomas de desgaste, y cuales son las formas en las que uno se cuida como psicoterapeuta.

El formato de trabajo incluía principalmente el trabajo con las historias que los terapeutas, psicólogos o psiquiatras traían a partir de las preguntas y conversaciones reflexivas que se proponían en el taller, así como también mediante la utilización de la escritura. Se compartió material escrito con los participantes del taller sobre posibles síntomas y señales del desgaste en las personas que trabajan en el área de salud mental. En el taller se concluyeron como alternativas para el cuidado de la persona del psicoterapeuta:

Utilizar el núcleo familiar como soporte emocional para conversar sobre las preocupaciones; cuidar los espacios de intimidad con las personas significativas; cuidar y nutrir la red social de amistades, de ser posible incluyendo personas ajenas a la profesión; diversificar las actividades a realizar dentro del ámbito profesional, se puede incluir supervisión, enseñanza, terapia, investigación y las consultas con otros profesionales para reducir el aislamiento; involucrarse en actividades ajenas a la profesión y de tiempo libre; utilizar terapia personal del psicoterapeuta, la supervisión y otras consultas formales, para ayudar a generar apoyo y comprensión adicionales; actualizarse en el área de especialidad e inscribirse en organizaciones amplifica los horizontes y las relaciones; utilizar períodos de vacaciones, años sabáticos y días libres. Una posibilidad importante para el personal de salud es el trabajo con equipos ya sea en coterapia o con los equipos detrás del espejo, ya que permite otras miradas del propio terapeuta y de la situación global del sistema terapéutico. Al taller asistieron 5 personas, a lo largo del mismo se generó un clima de respeto y confidencialidad en el que los participantes comentaban sobre su experiencia familiar y profesional, logrando identificar los distintos momentos en que se sentían desgastados y el efecto que esto tenía en su vida.

3) Mesa Redonda: "El papel de la familia en la Rehabilitación del Paciente Discapacitado"
Curso: "Terceras Jornadas de Trabajo Social. La Sociedad ante la Rehabilitación Integral del paciente discapacitado"
Sede: Centro Nacional de Rehabilitación, Secretaría de Salud
Fecha: 16 al 18 de Octubre de 2002

Esta presentación se realizó como parte de las Terceras Jornadas de Trabajo Social en el Centro Nacional de Rehabilitación, las cuáles se llevaron a cabo durante tres días con el fin de analizar las formas de participación social y la intervención de los diversos profesionales en el problema de la discapacidad. A este evento fui invitado, junto con otros tres terapeutas familiares, para participar en una mesa redonda. El formato de la presentación era con un moderador, que iba organizando la participación de cada uno de los participantes a través de las preguntas que nos realizaba. Los asistentes a este curso era personal de salud de las distintas áreas de Rehabilitación y Ortopedia.

Mis comentarios en esta mesa estaban especialmente dirigidos a plantear algunas ideas sobre: la manera en que se organizan las familias cuando se presentan enfermedades crónicas y discapacitantes, de acuerdo a mi experiencia en el sector salud; identificar algunos elementos de buen pronóstico en este tipo de población, destacando la funciones de la red social, la historia familiar de enfermedades y la capacidad de adaptación familiar; distinguir entre crisis familiar y disfunción familiar; destacar las distintas etapas por las que atraviesa una familia en el proceso de enfermedad de uno de sus miembros; plantear algunos elementos a considerar en la evaluación de los sistemas familiares; y el papel de la familia como recurso en la rehabilitación del paciente con discapacidad.

La mesa redonda resultó enriquecedora especialmente por las experiencias clínicas que cada uno de los participantes intercambiábamos con respecto a las preguntas que los asistentes al curso nos hacían. Los asistentes también participaban con ejemplos sobre situaciones que se presentaban en su práctica clínica en el sector salud. Se enfatizó la importancia de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, así como el manejo de los equipos de terapeutas y su funcionamiento en el tratamiento de las familias.

Ver anexo 2

4) Mesa Redonda: "Desarrollo de Habilidades Terapéuticas en el Programa de Residencia de Terapia Familiar"
Curso: Encuentro de Centros de Servicios Psicológicos
Sede: Facultad de Psicología, UNAM
Fecha: Febrero 2003

En este encuentro participaron distintos programas de atención a pacientes que funcionan en el Centro de Servicios Psicológicos, de la Facultad de Psicología, UNAM; así como otros centros de servicios afiliados a la Universidad Nacional Autónoma de México. En mi caso la presentación fue muy breve y la realice conjuntamente con la coordinadora del programa de terapia familiar la Dra. Ma. Blanca Moctezuma y otro terapeuta que en ese momento se encontraba también en formación.

Los resultados que se presentaron, fueron los alcanzados hasta el tercer semestre de la formación como terapeutas familiares, siendo ésta la primer generación del programa. De la información presentada se comentó que: de la población atendida el 28% eran niños, 13% adolescentes y 59% adultos, siendo 110 las personas atendidas y 238 las sesiones de psicoterapia. De 37 tratamientos efectuados, el 19% fueron individuales, el 22% de pareja y el 59% familiar.

Para este momento cada solicitante había recibido un promedio de 6 sesiones; los principales motivos de consulta fueron el 38% problemas de pareja, 24% problemas de comunicación familiar, 16% bajo rendimiento escolar y problemas de conducta de niños y adolescentes, 14% abuso sexual y violencia, y 10% alcoholismo y adicciones. En este sentido destaca que en varios de los tratamientos fueron más de uno los motivos de consulta atendidos.

Del total de casos, el 76% continuaba en tratamiento, 16% se había dado de alta y el 8% habían desertado. En el primer semestre se atendieron 3 familias, en el segundo fueron trece familias y en el tercero fueron 21 familias. Hasta ese momento se habían llevado a cabo 540 horas de supervisión bajo diferentes modelos y con 7 supervisores distintos, siendo 120 horas supervisadas en el primer semestre, 140 en el segundo y 280 en el tercero.

De la experiencia terapéutica se concluyó que la colaboración con el equipo terapéutico es un recurso viable para el terapeuta; diversas formas de supervisión permiten enriquecer las competencias como terapeuta, creando un estilo propio según los recursos personales; se generaron conjuntamente con los pacientes las alternativas de cambio relacionadas a la problemática; el trabajo con la familia y los distintos subsistemas por separado permite conocerla desde distintas ópticas; cada familia es diferente por lo que el terapeuta debe centrarse en la relación con el cliente; y es importante reconocer el proceso terapéutico como un sistema del que el terapeuta forma parte.

5) Mesa Redonda: "La investigación de las familias en el Centro Nacional de Rehabilitación"

Curso: "Familia, Discapacidad y Enfermedad Crónica"

Sede: Centro Nacional de Rehabilitación, Secretaría de Salud

Fecha: 02 al 06 de Junio de 2003.

Esta presentación se realizó en el formato de mesa redonda, donde se presentaron brevemente tres investigaciones con familias con un paciente discapacitado, que en ese momento estaban en curso en el Centro Nacional de Rehabilitación.

Se comentó que la justificación de mi investigación era establecer un marco explicativo del funcionamiento de las familias con un enfermo crónico que permita generar criterios preventivos de disfunción familiar y establecer líneas de intervención ante la disfuncionalidad. Los objetivos están divididos en 5 etapas: diseñar una guía de preguntas para evaluar las creencias familiares; describir el funcionamiento de las familias con un enfermo crónico; crear un modelo explicativo del funcionamiento con este tipo de familias, establecer criterios de prevención de disfuncionalidad familiar en familias de reciente diagnóstico de enfermedad crónica a uno de sus miembros; y desarrollar un instrumento que funcione como filtro para canalización a terapia familiar.

El diseño es pre-Experimental descriptivo denominado "Estudio de caso con una sola medición"; y el tipo de estudio es exploratorio. El muestreo es no probabilístico de cuota intencional y el procedimiento a seguir para la fase 1, es: dos sesiones familiares de evaluación, con las familias de los pacientes canalizados por los médicos para valoración : 1) Entrevista abierta y 2) Escala de Funcionamiento Familiar.

De la muestra el 43.6% son familias nucleares, 17.9% extensas, 20. 5% extensa uniparental, y el resto es de otro tipo. En relación a los diagnósticos del paciente el 33.3% presentaban defectos de postura, 23% Parálisis Cerebral, 12.8% Retraso en el desarrollo Psicomotriz, 10.3% Trastornos del Lenguaje y el resto otros diagnósticos. De las conclusiones preliminares de la fase 1 fueron: la área más débil es la de comunicación y el área más fuerte es la de apoyo; la comunicación disfuncional tiende a ser buen predictor de disfunción familiar; las mayores dificultades en el área de autoridad se observan en familias extensas y restructuradas por la dificultad para definir los roles; la capacidad de apoyo mejora en núcleos familiares con acceso a la familia extensa u otras redes y en núcleos con mejor organización; las familias no son disfuncionales pero pueden estar disfuncionando; y siendo la comunicación disfuncional un buen predictor de disfunción familiar, es importante reconsiderar acerca de las creencias familiares y la comunicación acerca de estas (reglas implícitas).

B) ORGANIZACIÓN DE CURSOS

Curso "Familia, Discapacidad y Enfermedad Crónica"
Sede: Centro Nacional de Rehabilitación, Secretaría de Salud
Fecha: 02 al 06 de Junio de 2003.

Conjuntamente con el Dr. Froylán Calderón (terapeuta familiar), organizamos y coordinamos el curso sobre "Familia, Discapacidad y Enfermedad Crónica", como profesores invitados asistieron profesionales del Centro Nacional de Rehabilitación, de otros Institutos e Instituciones del Sector Salud, Terapeutas Familiares de la AMTF, entre otros. Fueron aproximadamente 42 los profesores que participaron con alguna plática en el curso que tuvo una duración de 5 días.

Los temas que se trataron fueron: 1) El impacto en la pareja y la familia ante el paciente discapacitado, 2) Diferentes tipos de tratamiento en la familia y el discapacitado, 3) Experiencias clínicas relacionadas a la discapacidad y la familia, 4) El discapacitado. Los servicios de salud y la red social, y 5) Investigación en Familia y Pareja en relación a la discapacidad.

Participar en la organización del curso como coordinador me permitió desarrollar habilidades de planeación de la logística; de organización y distribución del personal que trabajaría con nosotros; de diseño y difusión para promocionar el curso a distintos niveles: institucional, profesional, universitario y social; de organización de las temáticas generales del curso, los temas particulares de los profesores invitados y la distribución del cronograma; de búsqueda de apoyo financiero y material para realización del mismo; de búsqueda de reconocimiento institucional y universitario del curso; y sobre todo uno de los objetivos principales y que orientaba toda nuestra labor desde el primer momento en que se planteó la posibilidad del curso, fue trabajar para generar un espacio de reconocimiento de la terapia familiar en el trabajo con la enfermedad crónica y de intercambio académico siendo la familia el foco de atención.

C) INVESTIGACIÓN

“Estructura y Creencias en los Sistemas Familiares con un Miembro con Discapacidad”

La investigación que se describe en este apartado nació en el primer semestre de la maestría, luego fue enriquecida a lo largo de los otros tres semestres y con la experiencia clínica al tratar familias con un miembro que presentaba discapacidad. Especialmente importantes fueron las materias de metodología cuantitativa y cualitativa para darle forma al proyecto, así como la tutoría que permitió ir afinando detalles sobre la aproximación teórica y el acercamiento clínico con este tipo de población. En este momento la investigación se encuentra en proceso habiéndose concluido únicamente la primera de cuatro fases.

Las fases que se plantearon fueron: 1) Realizar una entrevista familiar y aplicar la Escala de Funcionamiento Familiar a 50 familias con un miembro que presentaba discapacidad (Espejel, 1997); 2) Diseñar y aplicar una guía de preguntas sobre creencias familiares a las 50 familias; 3) Crear un modelo explicativo de la manera en que funcionan las familias con este tipo de problemática, y establecer criterios de prevención de disfuncionalidad familiar en familias en las que recientemente se ha diagnosticado a unos de sus miembros con una enfermedad crónica discapacitante; y 4) Desarrollar un instrumento, que permita al personal de salud, utilizarlo como filtro para una oportuna canalización, de las familias que requieran atención a nivel de terapia familiar.

Para este momento ya finalizó la primera fase y se ha desarrollado la guía de preguntas sobre creencias familiares, lo que permitirá continuar avanzando con la segunda fase. Las conclusiones a las que hasta ahora he llegado son: El área más débil es la de comunicación y el área más fuerte es la de apoyo; la comunicación disfuncional tiende a ser buen predictor de disfunción familiar; las mayores dificultades en el área de autoridad se observan en familias extensas y restructuradas por la dificultad para definir los roles; la capacidad de apoyo mejora en núcleos familiares con acceso a la familia extensa u otras redes y en núcleos con mejor organización; las familias no son disfuncionales pero pueden estar disfuncionando; siendo la comunicación disfuncional un buen predictor de disfunción familiar, es importante reconsiderar acerca de las creencias familiares y la comunicación acerca de éstas (reglas implícitas).

Es importante comentar aquí que en la construcción de la guía de creencias familiares y el manejo de las entrevistas se ha cuidado mucho el manejo de las preguntas, procurando evitar que a través de estas, se generen nuevos daños o inculpaciones entre los miembros de la familia.

Ver anexo 3

6. Consideraciones éticas que surgieron de la práctica profesional

En este apartado se comentarán brevemente algunos de los dilemas y consideraciones éticos que surgieron a partir del proceso de formación:

1. La atención terapéutica y el dilema del cambio.

Una aportación en la formación fue la importancia de atender al contexto en el trabajo terapéutico, paulatinamente fuimos incluyendo al contexto más amplio en estas consideraciones, primero la familia, luego al terapeuta, la familia y sus familias de origen de referencia, después incluimos al equipo, a los supervisores, a la red social y a la institución; aprendimos a evaluar el dilema del cambio, nos dimos cuenta de que la problemática que trae la familia a terapia tiene coherencia con el momento por el que atraviesa la familia; una manera de trabajar éticamente es evaluando los peligros y las ventajas del cambio para el sistema familiar y los sistemas con los que se encuentra conectada, aprendiendo que no podemos crear los sistemas, que los sistemas se crean y se transforman de acuerdo a sus propias reglas internas, pero que eso no nos excluye de nuestra responsabilidad profesional y de nuestro compromiso institucional al desempeñarnos. El dilema del cambio incluye también considerar los tiempos subjetivos de la familia, del terapeuta y del equipo, tratar de entender cuales son estos tiempos y como un cambio posible para una parte del sistema puede no serlo para otra en este momento, entonces cada miembro de la familia y la familia en general tienen sus propios tiempos y posibilidades del cambio, y puede ser que el terapeuta este más empeñado en el cambio que la familia, tal vez por una necesidad personal, académica, laboral y/o institucional. Para mí el terapeuta debe considerar de el contexto, los dilemas del cambio y los tiempos del tiempo como parte de la atención terapéutica con un sustento ético.

2. Los objetivos de la terapia

Es importante en lo que respecta a los objetivos, no generar falsas expectativas en el paciente, ayudarlo cuando así sea necesario a que éstas sean más realistas y alcanzables; otro aspecto que debe ser incluido en el manejo ético de los objetivos, es que son los pacientes quienes establecen los objetivos por los que asisten al tratamiento, si el tratamiento es parte de una investigación la familia deberá ser informada oportunamente de esto y las implicaciones que la investigación tiene. El terapeuta puede tener su agenda personal en el tratamiento de la familia, esto tiene que ver con el camino que ha de tomar el terapeuta para alcanzar los objetivos, y no con que el terapeuta alcance objetivos personales; sin embargo algo que en distintas ocasiones sucedió en la formación fue que el terapeuta trabajaba para ayudarlo a definir sus objetivos y metas a los pacientes en el tratamiento, y en otras ocasiones los terapeutas planteaban a la familia la posibilidad de incluir otros objetivos en el tratamiento, siendo la familia quien tomaba la decisión de incluirlos o no hacerlo. Desafortunadamente se presentaron algunos casos en los que el terapeuta daba por terminado el tratamiento, y la familia aún demandaba la atención por la misma problemática o por otra distinta, pero como para el terapeuta se habían alcanzado sus objetivos personales, no se continuaba el tratamiento y tampoco se canalizaban con otro terapeuta que pudiera brindar la atención, lo que implica una falta ética; pero afortunadamente esto fue en los menos de los casos.

3. La separación y las decisiones

Uno de los temas que a menudo encontrábamos en las sesiones terapéuticas era el del divorcio y la separación, en estos casos lo que aprendí fue que, la familia, y sobre todo la pareja era quien debía tomar la decisión de la separación y/o el divorcio, que la labor del terapeuta era explorar conjuntamente con la pareja los recursos que como sistema tenían, los efectos de la separación en el sistema, los riesgos y las posibilidades que existían para alcanzar un proceso dirigido hacia una buena separación; aquí pueden verse mezclados los valores del terapeuta, cuando no logra identificarlos puede volverse un riesgo, pueden ser los valores que tienen que ver con mantener un matrimonio o con terminarlo, y la terapia se vuelve entonces orientada a la necesidad del terapeuta. Un riesgo que vimos con este tipo de problemática es que el terapeuta reaccione a su propia angustia con una especie de adiestramiento acerca de lo que la pareja debe hacer, y específicamente de la decisión que deben tomar, sin tomar en cuenta los distintos costos que esto implica para los miembros de una familia. En estos casos y en muchos casos siempre fue un elemento determinante el trabajo del equipo con respecto al sistema terapéutico que se encontraba en la sesión.

4. La confidencialidad y la violencia

Un dilema ético tiene que ver con los límites de la confidencialidad y el rol de controlador social, cuando se presentan casos de abuso y violencia, por un lado el trabajo terapéutico implica la voluntad e interés de los pacientes y las familias, pero por otro lado las leyes nos dicen que tenemos la obligación de denunciar este tipo de situaciones, entonces nos movemos entre el rol del terapeuta y el de controlador social, entre lo que se debe mantener en los límites de la confidencialidad como parte de nuestra profesión y de lo que se debe dar parte a las autoridades. Uno de los primeros pasos que hay que dar en estos tratamientos es poner a salvo a las personas que estén expuestas a nuevos episodios de violencia, para posteriormente continuar el tratamiento. A menudo me encontré con la carencia de información sobre los aspectos legales de la terapia y en especial con esta problemática; también sucede que en algunas instituciones no se tiene el respaldo jurídico para enfrentar este tipo de situaciones, lo que facilita que se dejen pasar muchas de estas situaciones sin brindarles atención integral. Otro problema que se presenta con estas familias es que en muchas ocasiones se brinda la atención a quienes se consideran las víctimas del maltrato, pero se deja sin atención a quienes han cometido el maltrato, a veces por la resonancia que para el terapeuta tiene la problemática, a veces por falta de herramientas y en otras ocasiones por la construcción social que se tiene de quienes comenten maltrato, esto significa que estamos de nuevo frente a un dilema ético, y que es importante al menos canalizar con una instancia que pueda atender a las personas que por alguna situación no nos es posible ver como terapeutas.

5. La atención personal del terapeuta

Este es uno de los elementos que yo creo más importantes en la práctica ética de la actividad como terapeutas; para mí el terapeuta tiene la responsabilidad de buscar ayuda para atender a su propia persona cuando así sea necesario, y me parece que una forma de hacer un proceso de formación integral como terapeuta familiar es llevando un proceso de terapia personal durante el programa de formación. Aquí es importante incluir también el trabajo con los equipos detrás del espejo, que permite no sólo trabajar con las familia sino también con las resonancias y prejuicios del terapeuta. Un riesgo de no atender a la persona del terapeuta es utilizar a los pacientes o a la familia para satisfacer las necesidades de la vida personal del terapeuta, puede ser también que el terapeuta busque que la familia se adecue a sus propios valores y que los objetivos que se persigan en el tratamiento sean del terapeuta y no de la familia. Es ético también que el terapeuta identifique las limitaciones y recursos con que cuenta en cada tratamiento, que le permita evaluar el tipo de atención que sí le es posible ofrecer a la familia, y ubicar otras fuentes de atención cuando así sea necesario. Parte de la responsabilidad como terapeuta es continuar la actualización profesional.

6. Los supervisores

Un elemento que me parece necesario en el proceso de formación es que en los supervisores se encuentre un equilibrio, que faciliten que los terapeutas supervisados desarrollen sus propias herramientas y que estén atentos tanto a los procesos externos como a sus propios procesos internos, esto quiere decir que el equilibrio del supervisor tiene que ver con la ética, no se trata de que el supervisor no tenga ninguna responsabilidad en los tratamientos que supervisa, ni que permita que todo sea válido en un tratamiento, pero tampoco que la supervisión este basada en un total control y directividad del terapeuta supervisado. En la medida en que se permita que se instale en el terapeuta en formación un mecanismo reflexivo sobre su actividad profesional esto le permitirá tener un manejo más responsable en su práctica no sólo en el momento presente sino también en su práctica futura. La retroalimentación del supervisor se transforma con el tiempo en la retroalimentación personal del terapeuta con el mismo, de sus propias resonancias internas, que logra identificar como elementos que se generan de su persona pero que forman parte del sistema más amplio en el que se encuentra con una familia.

7. Actividades para contribuir a mejorar la sociedad

Una de las maneras en que el terapeuta puede contribuir a mejorar la sociedad es definiendo su rol como profesional y denunciando la actividad de algunas personas que llamándose terapeutas no tengan la formación y actúen en perjuicio de la sociedad y la profesión en lo general, y de las personas que atienden en lo particular; pero también deberán respetar los derechos y responsabilidades de sus colegas. Trabajar no sólo en programas de diagnóstico y tratamiento de las problemáticas familiares, sino también en los programas de prevención que disminuyan la incidencia de las distintas problemáticas que se presentan en la consulta. Participar en la generación de relaciones pacíficas tanto a nivel de tratamiento como de difusión en los distintos sectores de la sociedad, y en la detección y tratamiento oportunos de las distintas formas de maltrato individual, familiar, institucional y social. Es ético generar mecanismos para colaborar e integrar equipos de trabajo con distintas disciplinas y profesionales cuando la intervención requiere la aproximación de distintos enfoques, evitando caer en el reduccionismo para la comprensión de un fenómeno.

7. Consideraciones finales del reporte de experiencia profesional:

Resumen de habilidades y competencias profesionales desarrolladas

A través del programa de terapia familiar de la Facultad de Psicología, UNAM y de las actividades que he realizado, que no son incluidas como parte del programa de los 2 años de formación, he desarrollado habilidades y competencias en 5 áreas principalmente: Habilidades Teórico Conceptuales; Habilidades Clínicas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento; Habilidades de Investigación y Enseñanza; Habilidades de Prevención; y Competencias relacionadas a la Ética y Compromiso Social como terapeuta familiar.

Habilidades Teórico Conceptuales, es una de las áreas fuertes de la formación, tuvimos muchas horas de revisión y discusión de los distintos marcos epistemológicos y modelos teóricos, considero que esto me ha brindado la posibilidad de desarrollar una identidad profesional con bases claras, me ha permitido establecer diferencias entre los distintos abordajes psicoterapéuticos, entre las distintas escuelas de terapia familiar e identificar las orientaciones que en mayor medida he integrado como parte de mis herramientas teóricas; **Habilidades Clínicas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento**, esto se refiere a que he integrado habilidades para identificar distintos tipos de problemáticas en el trabajo terapéutico y definir objetivos, habilidades para establecer diagnósticos relacionales y contextuales en espacio y tiempo, y habilidades para trabajar con las familias en distintas modalidades: con equipo terapéutico, en coterapia, con equipo reflexivo, con supervisor detrás del espejo, con supervisión narrada, etc., en los que trabajé con los distintos sistemas o subsistemas involucrados en una situación dada como terapeuta o como parte del equipo; **Habilidades de Investigación y Enseñanza**, en este sentido identifiqué los elementos que deben incluir los proyectos de investigación, elaboré proyectos que después implementé, presenté los resultados en foros académicos, y participé en procesos de enseñanza con los alumnos que recientemente habían ingresado a la formación y en otros espacios en los que la terapia familiar era un tema de interés; **Habilidades hacia la Prevención**, participé en conferencias de difusión sobre la importancia del trabajo con el sistema familiar, principalmente en el área de salud con pacientes que presentan una enfermedad crónica discapacitante, desarrollando habilidades para plantear programas de prevención en los que otros profesionales incluyan a la terapia familiar como parte del tratamiento integral; **Competencias Éticas y Sociales**, esto quiere decir que se generó en mí un mecanismo de autoobservación en mi labor como terapeuta, y una actitud de respeto, compromiso y responsabilidad con los usuarios de tratamiento, fueran familias o sistemas más amplios que buscaban apoyo en mi actividad profesional.

Incidencia en el campo Psicosocial

El campo del terapeuta familiar sistémico se ha continuado amplificando a través de su historia, ha pasado del tratamiento de las familias, a sistemas más amplios como la red social, las comunidades y las organizaciones, pero también ha regresado la mirada sobre el trabajo sistémico con el individuo. La Teoría General de los sistemas nos facilita la posibilidad de intervenir como puente entre distintos sistemas teniendo una visión ecológica del contexto, observamos la organización jerárquica de los sistemas, la cultura y la ideas en la que se mueven los sistemas.

Lo que he observado es que el terapeuta familiar tiene distintos áreas de intervención: la prevención, la evaluación, el tratamiento, la capacitación y la investigación; y distintos campos de acción como son: el sector salud, educativo, social, etc. En el campo en el que he tenido mayor experiencia es en la del sector salud, en donde el terapeuta familiar goza de buena aceptación pero en muchas ocasiones su función es poco conocida, por lo que parte de su trabajo es el de difundir su actividad profesional y definir su rol en la actividad laboral.

Es muy alta la demanda de familias que requieren atención en este campo; de profesionales que buscan tener herramientas que les permitan entender un poco más los procesos por lo que atraviesan las familias y que les permitan identificar los motivos de canalización a terapia familiar; investigadores interesados en incluir el contexto familiar como parte de sus investigaciones; personal de salud que se ve beneficiado de las intervenciones sistémicas en fenómenos como el Burn Out; personal de salud que encuentra en la perspectiva sistémica una posibilidad de integrar distintas perspectivas, y alcanzar una comprensión más compleja y ecológica de su participación en los sistemas.

La intervención multidisciplinaria ha sido un campo fértil como en el caso de la Terapia Médica Familiar, quienes están formados en esta área específica de la Terapia Familiar, tienen como parte de su modalidad de trabajo la comunicación constante con profesionales de otras áreas, con los que comparten el tratamiento de uno o varios pacientes y sus familias, llegan a tener sesiones conjuntas con la familia y los médicos, en las que cada profesional tiene un rol definido en las sesiones; otra modalidad importante de su trabajo es la discusión conjunta de los casos con los distintos profesionales. Me parece, sin embargo, que una de las áreas menos atendidas por los terapeutas familiares que trabajan en el sector salud es la prevención en los distintos sistemas y subsistemas que conforman las organizaciones.

Impacto y resultados obtenidos en el trabajo terapéutico

Para hablar del impacto del trabajo terapéutico en las familias es necesario hablar en alguna medida de los resultados obtenidos, en este sentido, 7 de los 8 casos con los que trabajé como terapeuta o coterapeuta fueron dados de alta terapéutica, es decir el 87.5%; de estas familias el grado de éxito es variable, pero de manera global al final de los distintos tratamientos las familias se encontraban con un mejor manejo de sus recursos, mayor claridad sobre su situación familiar actual, una comprensión sistémica de sus problemáticas, y más satisfechas en su vida familiar. La familia que no fue dada de alta terapéutica representa un sistema familiar con avances y retrocesos poco definidos, por lo que se decidió que la familia debería continuar su proceso terapéutico con un nuevo equipo terapéutico que le diera continuidad al trabajo antes realizado, ya que el equipo que hasta entonces la habíamos atendido terminaba su ciclo en la atención de familias.

En relación al trabajo con los equipos detrás del espejo, el impacto en las familias fue variable, cuando el equipo funcionaba con menos conflictos internos entonces el trabajo del equipo repercutía generando avances más claros de la familia hacia los objetivos que se había planteado al inicio del tratamiento, pero cuando la desorganización era mayor en el equipo, entonces el tratamiento y el sistema se veían bloqueados; el impacto de los equipos era enriquecedor para los miembros del equipo, nos permitía amplias discusiones aunque no siempre fructíferas, la revisión de nuestras ideas era constante y la posibilidad de vernos como parte del sistema más amplió se mantenía vigente en distintos espacios.

Es difícil saber el grado de éxito alcanzado en todos los tratamientos que se llevaron a cabo a lo largo de la formación con los distintos terapeutas y supervisores, por que muchos de los tratamientos que iniciaban en una supervisión después se continuaban en otro espacio debido a que la supervisión llegaba a su término, pero en general una de las semillas que se sembraban en las familias era una perspectiva relacional de las situaciones por las que demandaban atención y que en distintas medidas incidían en la epistemología familiar; normalmente cuando los terapeutas y los supervisores tenían suficiente tiempo para trabajar conjuntamente sobre la persona del terapeuta y del sistema terapéutico en su conjunto (familia, terapeuta, equipo y supervisor) , la familia se veía beneficiada en su tratamiento.

Implicaciones en la persona del terapeuta.

Dos años de formación como terapeuta familiar, quiere decir, vivir con muchas circunstancias, algunas de estas previstas y otras fortuitas, enfrentarse con los distintos obstáculos: de la persona del terapeuta, de la organización, de los conflictos internos del mismo sistema en el que nos formábamos, de incorporar distintas actividades en nuestras vidas, de incorporar una nueva manera de ver el mundo, de formar parte de equipos en constante reorganización, etc.; luego lo que eran obstáculos nos llevaba a generar recursos que nos permitirían continuar nuestro proceso.

Se fortaleció la capacidad de reestructurarme frente a las situaciones cambiantes que se presentaban en la maestría; aprendí a estar más atento a mis procesos personales en las distintas situaciones en que me encontraba, pero especialmente en el trabajo como terapeuta y el trabajo como parte del equipo; se generó en mí una visión sistémica y ecológica de mi trabajo y de mi vida en general; entendí entre otras muchas cosas, que terapeuta y familia conforman un sistema de observadores organizados como sistema terapéutico.

Estar atentos a distintos niveles en la sesión como son: contenido, proceso, resonancias internas, apegarnos a un marco teórico mientras interveníamos, sentirnos observados y comprometidos para tener un buen desempeño frente a el equipo y la supervisora, y trabajar para alcanzar los objetivos que en se habían planteado en cada caso, en un principio nos inundaba de información, y se volvía casi imposible que esto no fuera un proceso confuso; como cuando un aprende a manejar, se debe estar atento a cada movimiento, pero con el tiempo los distintos movimientos se integran permitiendo mayor libertad, y es entonces cuando se fortalece la posibilidad de organizarse de una manera distinta, y de mantener la atención dirigida a distintos niveles.

Las implicaciones de la formación como terapeuta familiar en la persona del terapeuta tienen que ver con el ámbito profesional, y también con el ámbito personal y familiar, los cambios que vivimos en esta etapa de alguna forma movilizaron otros cambios en los contextos en que nos movíamos, un efecto que observe es que algunas de las gentes más cercanas comenzaban a tener una visión circular de las relaciones y miraban más comúnmente fortalezas en las otras personas. En general para mí la formación fue un período de enriquecimiento en distintas áreas de mi vida, que es necesario continuar, buscando nuevos espacios de aprendizaje y formación.

CONCLUSIONES

- 1. La formación en la maestría en Psicología Aplicada a la Salud con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, me brindó los elementos teóricos y epistemológicos básicos, para desempeñarme como terapeuta familiar. Un elemento importante de éste aprendizaje, es que amplió mi panorama, permitiéndome entender y conectar teóricamente, lo que sucedía en los niveles intrapersonales e interpersonales de los casos.**
- 2. Ser terapeuta familiar y formar parte de los equipos que se encontraban detrás del espejo, me dio la posibilidad de entender que los modelos de terapia familiar son sólo modelos, que como terapeutas familiares podemos construir modelos, pero caemos en un error cuando pensamos que podemos crear o construir a las familias. La familia tiene sus propios tiempos, los miembros de la familia de manera independiente tienen también sus propios tiempos subjetivos, podemos ayudarlos a moverse de la situación en la que están, pero es la familia quien decide la dirección que toma mientras se mueve.**
- 3. La supervisión fue más enriquecedora para mí cuando el supervisor tenía habilidades clínicas, de organización y de trato personal, cuando tenía habilidades para comunicar sus conocimientos, pero sobre todo cuando utilizaba un marco conceptual sistémico de supervisión, porque yo aprendí así, a conectar lo que sucedía en los distintos niveles del sistema terapéutico total (familia, terapeuta, equipo y supervisor), a trabajar en generar distintas visiones y explicaciones, sin descuidar la persona del terapeuta. Es muy importante que todos los supervisores trabajen en el desarrollo de estas habilidades, porque esto beneficiará a las siguientes generaciones de terapeutas que decidan formarse.**
- 4. En el ejercicio como terapeuta familiar, la herramienta principal de trabajo es la propia persona del terapeuta, por lo que es necesario el trabajo terapéutico con su situación personal actual, con su familia de origen, el trabajo con las fortalezas y obstáculos del terapeuta, la actualización del terapeuta y la participación en equipos terapéuticos; lo anterior incrementa la efectividad clínica y el cuidado que el terapeuta hace de su propia persona, y disminuye el riesgo de desgaste y las iatrogenias terapéuticas.**
- 5. La formación del terapeuta familiar no es un trabajo acabado después de 2 años de aprendizajes teóricos, clínicos y de la propia persona del terapeuta en la maestría, requiere seguir enriqueciendo y actualizando la construcción que del terapeuta se hace a lo largo de la trayectoria profesional, es un proceso que se mantiene en constante transformación.**

LISTA DE REFERENCIAS

1. Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre diálogos* (primera edición). Barcelona, España: Gedisa
2. Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y Familia*, 8 No. 1, 3-7.
3. Andersen, T. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y Familia*, 9 No. 1, 14-20.
4. Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York, EE.UU.: Basic Books.
5. Bateson, G. (1997). *Espíritu y Naturaleza* (primera reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
6. Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires, Argentina: Lohlé- Lumen.
7. Bateson, G. y Bateson, M. (1989). *El temor de los ángeles: epistemología de los sagrado* (primera edición). Barcelona, España: Gedisa.
8. Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. En Jackson D. (1977). *Comunicación, Familia y Matrimonio*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
9. Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
10. Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica* (primera edición). Barcelona, España: Paidós.
11. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
12. Cade, B. y Hudson, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.
13. Cecchin, G. (1989). Nueva vista a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 5 No. 1, 9-17.
14. Cecchin, G. (2001). *Systemic practice*. En Denborough, D. (Ed.), *Family therapy: exploring the field's past, present and possible futures* (pp. 31-37). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
15. Cecchin, G. y Apolloni, T. (2003). *Idee perfette* (primera edición). Milano, Italia: Franco Angeli.
16. Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1997). *Verità e pregiudizi* (primera edición). Milano, Italia: Raffaello Cortina Editore.
17. Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2003). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para los terapeutas*. Barcelona, España: Paidós.
18. Durrant, M. y White, Ch. (2002). *Terapia del abuso sexual* (primera reimpresión). Barcelona, España: Gedisa.

19. Efrán, J., Lukens, M. y Lukens, R. (1994). *Lenguaje, estructura y cambio: la estructuración del sentido en psicoterapia* (primera edición). Barcelona, España: Gedisa.
20. Eguiluz R. L. (2001). *La teoría sistémica: alternativas para investigar el sistema familiar* (primera edición). Tlaxcala, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
21. Elkaim, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿están en el límite de lo sistémico?. *Psicoterapia y Familia*. 9 No. 2, 4- 13.
22. Elkaim, M. (1998) *La terapia familiar en transformación* (primera edición). Barcelona, España: Paidós
23. Epstein, N., Bishop, D. y Baldwin, L. (1983). *MCMMASTER model of family functioning: a view of the normal family*. En Walsh, F. (Ed), *Conceptualizations of normal family functioning: a view of the normal family*. New York, EE.UU.: Family Process, Gardner Press.
24. Espejel, A. E. y cols. (1997). *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar* (primera edición). México D.F., México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
25. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio: como abreviar la terapia* (segunda edición). Barcelona, España: Herder
26. Furman, B. y Ahola, T. (1992). *Solution talk. hosting therapeutic conversations*. New York, EE.UU.: W.W. Norton and Company, Inc.
27. Guerin, P. J. (1976). *Family therapy: Theory and practice*. New York, EE.UU.: Gardner Press, INC.
28. Gurman, A. Y Kniskern, D. (1981). *Handbook of family therapy* Vol. 1. New York, EE.UU.: Brunner/ Mazel/ Publisher.
29. Guttman H. (1991). *Systems, theory, cybernetics, and epistemology*. En Gurman, A. y Kniskern, D. (Ed.) *Handbook of family therapy* vol. 2 (pp. 41-61). New York, EE. UU.: Bruner/ Mazel, Inc.
30. Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
31. Haley, J. (1993). *Terapia para resolver problemas* (quinta reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
32. Haley, J. (1999). *Terapia no convencional* (quinta reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
33. Hoffman, L. (1998). *Fundamentos de Terapia Familiar* (cuarta reimpresión). México D.F., México: Fondo de Cultura Económica
34. Hudson, W. (1993). *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona, España: Paidós.
35. Hudson, W. y Weiner- Davis, M. (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
36. Macías, A. R. (1994). *La familia*. En Consejo Nacional de Población (Ed.), *Antología de la sexualidad humana*. Tomo 2 (pp. 165- 199) México D.F., México: Miguel Angel Porrúa.
37. Macías, A. R. (1997). *Esquema de Evaluación Dinámico Estructural*. Instituto de la Familia XXV Aniversario.30- 34.

38. Mackinon, L. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*, 22, 425-438.
39. Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia* (primera edición). Barcelona, España: Paidós.
40. Madanes, C. (1993). *Terapia familiar estratégica* (segunda reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
41. Maldonado, M. I. (1998). Bosquejo de una Teoría Relacional del Self. *Psicoterapia y Familia*, 11 No. 1, 15-23.
42. McDaniel, S., Hepworth, J. y Doherty, W. (1992). *Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems*. New York, EE.UU.: Basic Books.
43. Mc Namme, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social* (primera edición). Barcelona, España: Paidós.
44. Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar* (segunda edición). Barcelona, España: Gedisa.
45. Minuchin, S. y Fishman, H. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México D.F., México: Paidós
46. Nichols, M. P. y Schwartz, R. C. (1995). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston, EE.UU.: Allyn and Bacon
47. Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Herder
48. Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity – neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 No. 1, 3-12.
49. Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1994). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo de la terapia de familia en transacción esquizofrénica*. Barcelona, España: Paidós.
50. Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). *Vocabulario de terapia familiar* (primera edición). Buenos Aires, Argentina: Gedisa
51. Von Bertalanffy, L. (1995). *Teoría general de los sistemas* (décima reimpresión). México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
52. Von Glaserfeld, E. (1989). El constructivismo radical- dos perspectivas. *Psicoterapia y Familia*, 2 No. 2, 36-40.
53. Watzlawick, P. (1992). *El lenguaje del cambio* (quinta edición). Barcelona, España: Herder
54. Watzlawick, P. (1998). *La realidad inventada* (cuarta reimpresión). Barcelona, España: Gedisa.
55. Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson D. (1995). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas* (décima edición). Barcelona, España: Herder.
56. Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona, España: Paidós.

57. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1995). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos* (novena edición). Barcelona, España: Herder
58. White, M. (1994). *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
59. White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Piados.

ANEXOS

ANEXO 1

Evaluación de Sistemas familiares con un enfermo crónico

***Gerardo Reséndiz Juárez.
Psicólogo y Terapeuta familiar***

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende proponer 5 modelos en la evaluación de la familias con un enfermo crónico, como modelos integrativos y complementarios, que en su conjunto nos permitirán establecer diagnósticos oportunos que faciliten una adecuada intervención en la dinámica familiar. Los modelos que serán brevemente comentados en este espacio e ilustrados con viñetas clínicas no pretenden agotar todas las posibilidades de evaluación de los sistemas familiares con enfermos crónicos, pero sí han resultado mutuamente incluyentes, y en esa medida enriquecedores en la práctica con este tipo de población.

Consideramos que el estudio y tratamiento de estas familias deben comprender de manera general cuatro grandes áreas: el ciclo vital del individuo, el ciclo vital de la familia, el ciclo vital de la enfermedad (Rolland, 1988; Rolland, 2000) y la red social e institucional (Sluzki, 1998) como parte de la ecología del sistema más próximo con el que interactúa la familia. Sin embargo, este último elemento será motivo de revisión exhaustiva en otro espacio, ya que un buen diagnóstico de red en familias con un enfermo crónico deberá contemplar el tamaño, densidad, distribución, dispersión, heterogeneidad- homogeneidad, vínculos, porosidad, etc, siendo alguno de los elementos de buen pronóstico, el que sea una red heterogénea, es decir, en la que en sus miembros se observe diversidad de características en cuanto a su edad, educación formal, acceso a otras redes, entre otras características (D. Rubl, comunicación personal, Mayo, 2003).

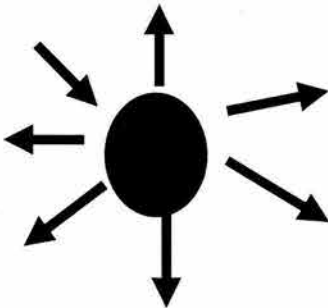
Rolland (2000) Describe cuatro perspectivas desde las que se ha estudiado la relación familia- enfermedad:

- a) La familia como recurso potencial para aumentar la resistencia a las enfermedades.
- b) La familia psicósomática: un modelo deficitario; en el que la familia contribuye a la presencia y mantenimiento de la enfermedad.
- c) Los efectos de la enfermedad sobre la familia; destaca la influencia que la enfermedad tiene sobre la familia.
- d) Influencia de la familia en el curso de la enfermedad; pone el lente en como la familia puede influir de forma negativa o positiva en la afección crónica.

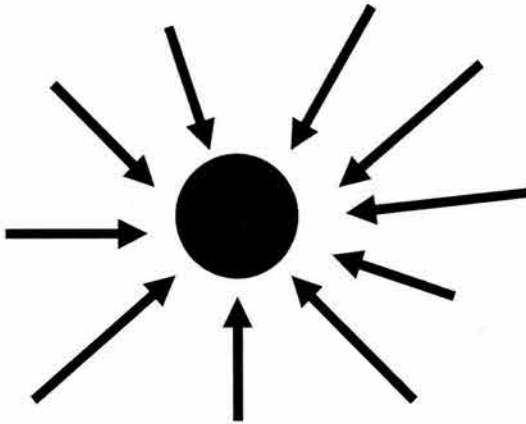
Si entendemos la relación familia- enfermedad como un proceso circular y complejo, será más evidente que en la familia encontraremos recursos y áreas de mayor debilidad o conflicto que coexisten, así como también será más claro que en el proceso tanto la familia y su organización tienen efectos sobre el curso de la enfermedad como también la presencia de la enfermedad y las distintas etapas del ciclo vital de esta tendrá diversos efectos en el sistema familiar.

Cuando se presenta la enfermedad en alguno de los miembros de la familia, dos procesos o tendencias se encuentran en juego (Robles, Eustace y Fernández, 1987):

a) Tendencia centrífuga: Se expresa en la aparición de conductas evitativas de los miembros de la familia con respecto a la enfermedad, a expensas de la dedicación de un miembro que se encarga de los cuidados y atenciones que el miembro enfermo demanda, esta situación puede traer desgaste de este miembro de la familia y dependencia del miembro enfermo.



b) Tendencia centrípeta: La familia vive en constante sobresalto, hay extrema cohesión, la familia gira alrededor de las demandas que la enfermedad impone al miembro enfermo, restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a los demás miembros.

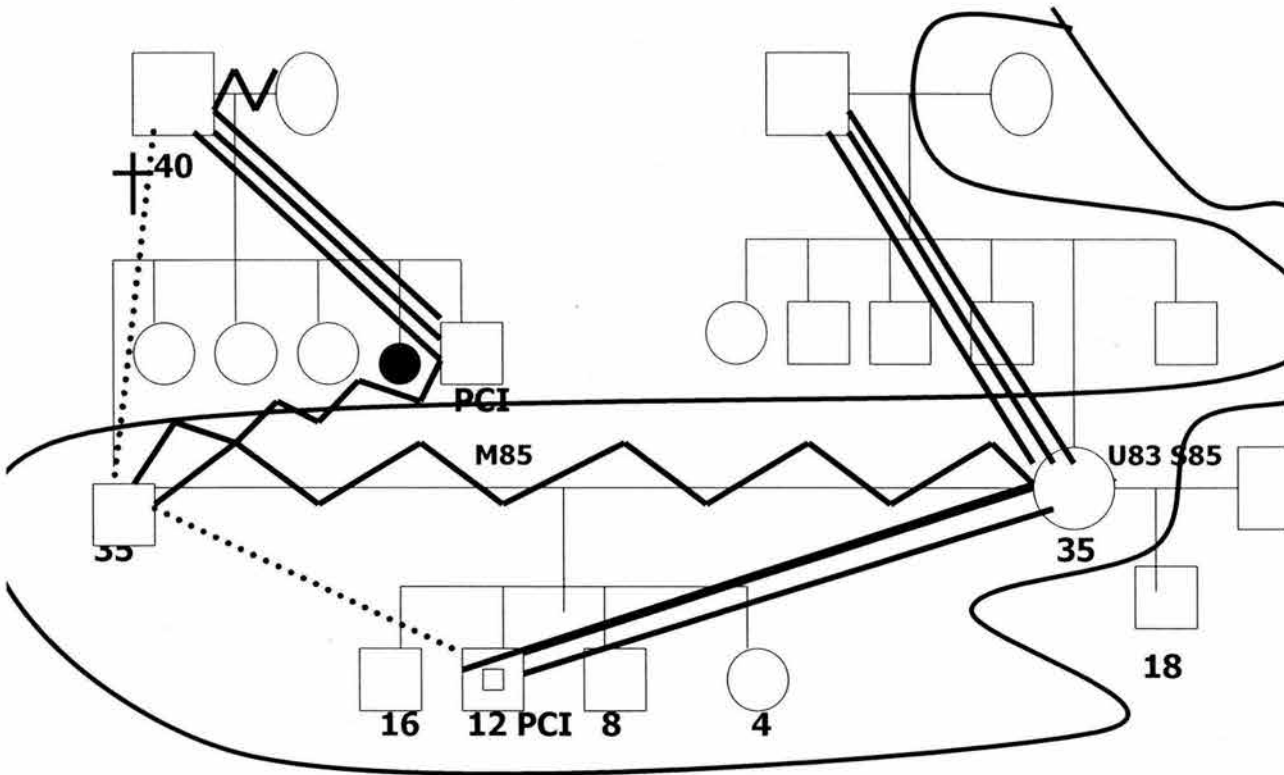


Kornblit (1996) propone tres fases por las que atraviesa la familia ante la emergencia de la enfermedad crónica: 1) Fase de desorganización; en la que el encuentro con la enfermedad rompe la estructura de funcionamiento familiar. 2) Fase de recuperación; el elemento cognitivo comienza a actuar como organizador del contexto y se reconecta o bien se conecta con figuras significativas, después de socializar con la enfermedad hacia el interior de la familia se da apertura al medio social próximo. 3) La fase de reorganización; en la que la familia nueva logra establecer cierta organización al servicio en el mejor de los casos de todos sus miembros, sin embargo posiblemente deberá alternar dependiendo del tipo de enfermedad entre momentos de estabilidad y de crisis con la consecuente adaptación que esto requiere.

Los elementos mencionados hasta ahora son algunos de los que deberán ser tomados en cuenta al evaluar alguna familia en esta situación; de los modelos que a continuación se mencionan, debemos traer en cuenta que únicamente se abordarán los elementos que consideramos de mayor importancia para nuestros fines, por lo que recomendamos remitirse a las fuentes originales para ampliar el conocimiento de ellos.

2. GENOGRAMAS

Es un formato en el que se presenta gráficamente información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por los menos tres generaciones lo que proporciona información sobre normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo (McGoldrick y Gerson, 1996).



NIVELES DEL GENOGRAMA

- *ESTRUCTURA
- *INFORMACIÓN
- *RELACIONES

Trazado de las relaciones



Algunas de las áreas que podrían resultar de mayor interés al explorar un genograma de una familia con un miembro que presenta alguna enfermedad son:

- 1) Enfermedad** (Historia de enfermedades)
- 2) Programa Familiar** (Nombres que se repiten a través de las generaciones o significados asociados a los nombres)
- 3) Residencia** (Composición del núcleo familiar que reside bajo el mismo techo y aportación de recursos o necesidades por parte de otros miembros con distinto lugar de residencia).
- 4) Transiciones en el ciclo vital** (matrimonios, nacimientos, entrada a la escuela de los hijos, entrada a la adolescencia de un miembro de la familia, muertes, etc.)
- 5) PI y roles** (Identificarlos)
- 6) Pautas transgeneracionales** (Que se repiten a nivel de relaciones en tres o más generaciones)
- 7) Perdidas** (Humanas o materiales)
- 8) Crisis** (Propias del ciclo vital y ajenas a este)

3. MODELO MC MASTER

El modelo de Mc Master fue desarrollado en un período de 25 años en Mc Master University y la Brown University (Epstein N., Bishop D. y Baldwin L., 1983) basado en una aproximación sistémica. El modelo explora las 6 dimensiones que para los autores tienen mayor impacto en la salud física y emocional, y en los problemas de los miembros de la familia.

Dimensiones

A) Solución de problemas: Instrumentales y afectivos

- *Identificación de problemas
- *Comunicación
- *Identificación de alternativas
- *Toma de decisiones

B) Comunicación: Instrumental y afectiva

Se observa en 4 categorías: Clara directa
Clara indirecta
Enmascarada directa
Enmascarada indirecta

C) Roles

Proveer recursos
Crianza y apoyo

D) Respuesta afectiva

Emociones de bienestar
Emociones de malestar

Satisfacción sexual
Desarrollo personal
Manejo del sistema familiar
Idiosincráticos

E) Compromiso afectivo

Falta de involucramiento por el otro
Falta de involucramiento sentimental
Involucramiento narcisista

Involucramiento empático
Sobreinvolucramiento
Involucramiento simbiótico

F) Control de conducta

Rígido
Laissez Faire

Flexible
Caótico

VIÑETA

Alberto de 8 años presenta pie plano, forma parte de una familia reestructurada, la madre Martha de 35 años al igual que el padre ha establecido su segundo matrimonio, lleva a vivir a esta familia al hijo del primer matrimonio. Javier de 39 años se aísla por completo de su primer matrimonio, evitando incluso todo contacto con sus hijos. Javier es el proveedor de recursos, Martha se encargará del cuidado y crianza de los hijos, aun cuando ella deseaba continuar trabajando, Javier se niega rotundamente, Alberto será designado el paciente, mientras que Enrique, el hermano es el "rebelde" de la casa (**roles**), la pareja se muestra en franca rivalidad, la madre asiste a grupo de alcohólicos anónimos, mientras que el padre busca opciones más profesionales dice él, que los profesionales a los que recurren son utilizados procurando que tomen partido por uno de los bandos. Resulta complicado que definan un objetivo a trabajar en terapia (**intentos de solución**), cada uno estará interesado en la resolución de los problemas en la medida en que resulte beneficiado o vencedor (**involucramiento afectivo narcisista**), en la familia todos expresan su malestar por el comportamiento de los otros, ya sea con insultos o con descalificaciones no verbales (**respuesta afectiva de malestar**), las agresiones de la pareja serán dirigidas a los hijos, a Alberto por parte de la madre y a Enrique por parte del padre, en un tono irónico la pareja se hará cumplidos "Ni siquiera en mi cumpleaños te acordaste de mí", "como no acaso no te lleve una cubeta" (**comunicación enmascarada e indirecta**). Las reglas en casa cambiarán de la total rigidez a la total flexibilidad dependiendo del momento en que se encuentre la disputa conyugal (**control de conducta caótico**).

Nota: Con las viñetas que se presentan en este trabajo se pretende ilustrar el uso de algunos medios de evaluación útiles para familias con un miembro enfermo, sin embargo no es posible por razones de espacio hacer revisión exhaustiva de su aplicación, por lo que el lector deberá remitirse a la bibliografía si este es el caso.

4. MODELO ESTRUCTURAL

Salvador Minuchin (1996, 1979) destaca algunos criterios que resultan útiles en la evaluación familiar a partir del Modelo Estructural; el modelo antes citado integra la evaluación y tratamiento familiar, para fines de este trabajo nos referiremos a los elementos que en su conjunto cobran validez diagnóstica.

Estructura: Son las demandas funcionales que organizan la manera en que interactúa la familia, es decir, las necesidades que deberá cubrir la familia para su funcionamiento.

Subsistemas que componen el sistema familiar:

Fraterno
Parental
Filial
Conyugal
Por género

Límites: intersistémicos e intrasistémicos

Rígidos _____
Permeables - - - - -
Difusos

Reglas: Implícitas y explícitas

Jerarquías: Se observa el orden jerárquico entre los miembros de la familia.

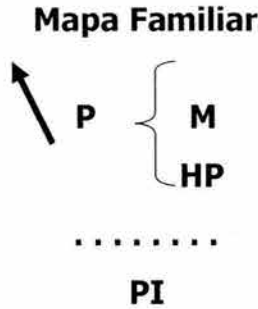
Miembros centrales y periféricos en la familia

Alianzas y coaliciones

VIÑETA

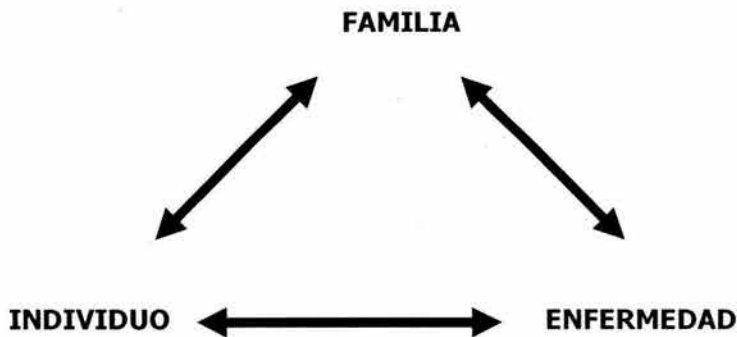
Josué de 10 años de edad es diagnosticado con síndrome de hipotonía generalizada, síndrome dismórfico, síndrome de hiperlaxitud ligamentaria, síndrome de hipoacusia bilateral superficial, pie equino, epilepsia, retraso psicomotor, trastornos del lenguaje, paladar ojival, escoliosis congénita lumbar derecha, obesidad y probable síndrome de Prader Willi. Forma parte de una familia nuclear compuesta por el padre, quien se ausenta de casa frecuentemente y al parecer mantiene otra relación de pareja (padre periférico), la madre, quien presenta desgaste físico y emocional, y se encarga del cuidado del paciente (figura central en esta familia, y alrededor de quien gira toda la organización familiar), y el hermano de catorce años (hijo Parental) que ha debido asumir el rol de proveedor, posponiendo sus deseos y expectativas para otro mejor momento. La madre llena

de culpas (por haber tenido un hijo así, por la ausencia del padre y por demandar del hermano un rol Parental) permitirá al paciente todo tipo de comportamiento disruptivo. Juntos el hermano y la madre se encargarán de hacer un frente común en contra del padre en las visitas ocasionales que este realiza a casa; este último se encontrará ambivalente entre el deseo de acercarse al paciente y sus sentimientos de rechazo.



5. MODELO DE TIPOLOGÍAS PSICOSOCIALES

Rolland (2000;1988;1987) propone una tipología Psicosocial que permite establecer un mapa acerca de las relaciones entre el paciente, la familia y la enfermedad; y que sirve de guía para evaluar las condiciones actuales y posiblemente futuras de este sistema compuesto por los tres subsistemas antes mencionados.



La evaluación de esta relación a partir de la tipología incluye: el tipo de inicio, curso, desenlace, grado incapacidad relacionado a la enfermedad y fase temporal en la que se encuentra la enfermedad.

1) Tipo de Inicio

- A) **Agudo:** Accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, lesión cerebral traumática, etc.
- B) **Gradual:** Artritis, afección pulmonar crónica, parkinson, etc.

2) Curso de la enfermedad

- A) **Progresiva:** Cáncer incurable, artritis reumatoide, SIDA, etc.



- B) **Constante:** Amputación, Accidente cerebrovascular, parálisis cerebral, etc.



- C) **Recurrente o episódica:** Asma, migraña, epilepsia, etc.



3) Tipo de desenlace

- C) **No mortal:** Ceguera, artritis, etc.
- D) **Expectativa de vida reducida o súbita:** Hemofilia, diabetes juvenil, etc.
- E) **Mortal:** Cáncer metastásico, SIDA, etc.

4) Tipo y grado de discapacidad

- A) **Tipo:** cognoscitiva, perceptual, motriz, etc.
- B) **Grado:** Ninguna, leve, moderada o grave

El efecto de la enfermedad tiene que ver con el tipo de discapacidad y el rol del paciente, la estructura familiar, flexibilidad, recursos emocionales y económicos.

5) Fase temporal

- A) Crisis o Aguda
- B) Crónica
- C) Terminal

VIÑETA

Edgar, paciente de 40 años ha sido diagnosticado con Parkinson juvenil, su familia compuesta de: su esposa quien se encarga de las labores del hogar, y sus dos hijas de 10 y 15 años están dispuestas a colaborar con las demandas de la enfermedad. Edgar aprendió en su familia de origen que el hombre debe encargarse de proveer de recursos a su familia y la mujer debe quedar a cargo de los hijos, actualmente es cargador de tanques de gas, pero cada día es más difícil realizar esta función, sus hermanos lo bromean y le remarcan las cualidades que un padre debe tener. Su preocupación es no ver crecer a sus hijas y no responder como padre a las demandas familiares. Con el tiempo y a medida que avanza la enfermedad, se dará cuenta que los roles en su familia deberán flexibilizarse, que el deberá buscar un trabajo de menor demanda física y que deberá participar más en las labores de la casa, que su esposa ingresará a trabajar para proveer otra fuente de recursos, y que sus hijas empezarán a desempeñarse más activamente en las labores del hogar.

Esta familia deberá enfrentarse a una enfermedad de inicio gradual, curso progresivo, de desenlace no mortal, incapacitante motriz hasta ahora de leve a moderada que se encuentra en su fase crónica.

6. CREENCIAS FAMILIARES

El sistema de creencias fortalece el sentido de continuidad en la familia conectando el pasado con el presente y el futuro; y funciona como mapa cognoscitivo que orienta las decisiones y la acción. Identificar y conocer las creencias que cada familia conecta con la enfermedad, así como las creencias que predominan en su visión del mundo son parte fundamental de la evaluación del sistema familiar (Velasco M. y Sinibaldi J., 2001). Algunas de estas creencias son las asociadas con las siguientes áreas:

1. Acerca de la normalidad

2. Relación mente- cuerpo
3. Control o no de las situaciones (locus de control interno o externo). Incluye explorar el sentido de agenciamiento y comunión.
4. Origen y desarrollo de la enfermedad (penitencia, culpa, arbitrariedad, negligencia, etc)
5. Legados multigeneracionales y significados de la enfermedad a lo largo de su historia
6. Creencias étnicas, religiosas y culturales
7. Del equipo de salud (profesional su familia de origen del profesional y la institución).
8. De la red social y el medio social más próximo (no necesariamente familiares).

Nota: Los términos agenciamiento y comunión fueron tomados de McDaniel, Hepworth y Doherty (1992).

VIÑETA

Alejandra, paciente diagnosticada con Neuropatía Congénita desmielinizante, formaba parte de una familia nuclear, era la cuarta de 4 hijos, Javier de 20 años, Lupe de 15, Alfredo de 16 y ella de 6 años, los padres Manuel y Monica de 44 y 41 años respectivamente, llevaban 24 años de casados. Alejandra estaba inmovilizada de su cintura para abajo a causa de la afección, su padre explica que en una ocasión llego tarde a casa, su esposa dormía, el decidió acercarse y tener contacto sexual mientras ella dormía, actualmente se siente culpable, piensa que su hija esta paralizada de la cintura para abajo, por que su esposa estaba dormida mientras el tenía contacto sexual con ella y por lo cual Alejandra nació con esta condición.

Como se puede observar la creencia sobre el origen de la enfermedad en este caso genera culpa y por otra parte inmoviliza en el vivir cotidiano a la familia, impidiendo y restando posibilidades a una mejor asimilación de la enfermedad y a la adaptación a la condición de la paciente a su medio.

7. CONCLUSIONES

El manejo de los 5 medios de evaluación anteriormente propuestos nos permite una valoración más integral de los sistemas familiares con un enfermo crónico; nos provee de dos medios gráficos para representar a la familia, uno de ellos histórico como es el genograma y el otro el mapa familiar que resulta un instrumento dinámico en el que se observarán los cambios familiares sesión con sesión; se incluyen en la evaluación los elementos de la estructura familiar, dinámica familiar, interacción familiar, creencias familiares, relación familia- enfermedad, relación paciente- enfermedad, relación paciente- familia; elementos todos ellos con

posibilidades de ser integrados en una valoración. Resta por incluir en la valoración de cada familia el ojo del observador, es decir, a la persona del psicoterapeuta y los sistemas de salud por otra parte.

8. LISTA DE REFERENCIAS

1. Epstein, N., Bishop, D. y Baldwin, L. (1983). *MCMMASTER model of family functioning: a view of the normal family*. En Walsh, F. (Ed), *Conceptualizations of normal family functioning: a view of the normal family*. New York, EE.UU.: Family Process, Gardner Press.
2. Kornblit, A. (1996) *Somática familiar: enfermedad orgánica y familia* (segunda edición). Barcelona, España: Gedisa
3. McDaniel, S., Hepworth, J. y Doherty, W. (1992). *Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems*. New York, EE. UU.: Basic Books.
4. McGoldrick, M. y Gerson, R. (1996) *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
5. Minuchin, S. y Fishman, R. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México D.F., México: Paídos.
6. Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar* (segunda edición). Barcelona, España: Gedisa.
7. Robles, de F. T., Eustace, J. R. Y Fernández, de C. M. (1987). *El enfermo crónico y su familia: propuestas terapéuticas* (primera edición). México D.F., México: Nuevo Mar.
8. Rolland, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad* (primera edición). Barcelona, España: Gedisa.
9. Rolland J. (1988) *Family systems and chronic illness: A typological model*. En Walsh, F. y Anderson, C. (Ed.), *Chronic Disorders and the Family* (pp. 141 - 167). New York, EE.UU.: Harworth Press.
10. Rolland, J. (1987) *Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework*. *Family Process*, 23, 203-221.
11. Sluzki, C. (1998) *La red social: frontera de la práctica sistémica* (primera reimpresión). Barcelona, España: Gedisa.
12. Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001) *Manejo del enfermo crónico y su familia* (primera edición). México D.F., México: Manual Moderno

ANEXO 2

Mesa Redonda "El papel de la familia en la rehabilitación del paciente discapacitado"

A continuación describo las preguntas y los puntos que abordé durante la mesa redonda:

1. ¿Qué pasa con la cuando se presenta un enfermo crónico?

a) Me gustaría comenzar con dos tendencias que es posible observar en las familias: una tendencia centrífuga en donde la mayoría de los miembros de la familia toman distancia del cuidado del paciente enfermo quedando sólo para el cuidado de este en muchas ocasiones un solo miembro de la familia con el consecuente desgaste de este y evitando que sea el mismo enfermo quien se haga cargo en la medida de lo posible de su cuidado; la otra es una tendencia centrípeta en donde el paciente gana en centralidad, es decir, todos los miembros de la familia giran alrededor de este así como la organización familiar, con un alto grado de resonancia afectiva en el que la familia vive en constante sobresalto, percibiendo riesgos constantes, y restando posibilidades a cada uno de los integrantes para su desarrollo y crecimiento.

b) La familia y el enfermo probablemente entrarán en un período en el que deberán socializar con la enfermedad y sus demandas, cerrando sus límites hacia el exterior e impidiendo en muchas ocasiones la entrada de información e incluso de atención médica, es tal vez hasta que una crisis (el paciente se agrava) que la familia se permitirá entrada de nueva información.

c) Se pueden presentar sentimientos de culpa que sirven como medio para recriminarse entre los miembros de la familia sobre el motivo de la enfermedad ya sea culpando al paciente por su reprobable conducta, o bien entre otros miembros de la familia generando diversas creencias sobre el origen de la enfermedad; es importante mencionar que en la familia con la presencia de una enfermedad es posible ver que a partir de que esta surge se pueden o bien agravar los conflictos que ya existían previamente o quedar encubiertos lo que puede impedir la rehabilitación del paciente ya que esto implicaría la reaparición de estos problemas. Por otra parte se puede presentar el enojo y la tristeza por la pérdida de identidad familiar en una familia en la que no se contemplaba la enfermedad como una posibilidad que cambiaría las expectativas a corto plazo e incluso a largo plazo. La desesperación y pérdida de control cuando la familia se vive como incapaz de hacer algo por el miembro identificado como paciente.

d) Aparición de un miembro Parental en muchas ocasiones el hijo mayor que deberá asumir funciones del subsistema Parental postergando la satisfacción de sus necesidades y expectativas; y de coaliciones intergeneracionales quedando fuera algún cónyuge siendo blanco de reproches, indiferencia e ineficacia. Las coaliciones pueden incluir al equipo de salud, amigos, etc.

e)La presencia de reglas estereotipadas que no permiten la adaptación a las demandas de la enfermedad, se verá agravada si la aparición de la enfermedad coincide con una etapa de transición del ciclo vital de la familia (ej: la adolescencia, la llegada de los hijos, la entrada de los hijos a la escuela, la llegada de la vejez, la muerte de otro miembro, etc) ya que se regresará en muchas ocasiones a reglas que proveían cierta estabilidad a la familia, las demandas serán tantas que se pospondrá la satisfacción de algunas necesidades o bien se creará confusión para establecer prioridades.

f)La presencia de síntomas en otros miembros de la familia, como resultado de la imposibilidad de la expresión de afectos y de la comunicación abierta sobre lo ocurrido en la familia a partir de la enfermedad.

2.¿Qué elementos que presenta la familia pueden considerarse como de buen pronóstico ante la presencia de una enfermedad?

a)La red social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, familia extensa, etc), considero que cuando la familia se enfrenta a una enfermedad, se enfrenta a una serie de demandas emocionales, físicas, económicas e institucionales que pueden traer entre otras cosas el desgaste de la familia a estos niveles, en la medida en que la red social es más amplia y de mayor intensidad es más probable que las necesidades de la familia resuenen en ella y otros miembros ajenos a la familia colaboren a nivel instrumental y afectivo. Las redes se desgastan sobre todo en enfermedades prolongadas, pero también existe la posibilidad de generar otras nuevas.

b)La historia familiar de enfermedades, la experiencia previa en el manejo de enfermedades ya sea en la familia nuclear o en otras generaciones nos puede mostrar un índice de los recursos con que cuenta la familia ante estas situaciones; sin embargo también nos puede dar indicios del grado de desgaste en una familia sin las enfermedades se han presentado en repetidas ocasiones en un corto tiempo.

C)La capacidad de adaptación y la flexibilidad de la familia que se expresa en la permisividad para que sus miembros expresen sus emociones, la capacidad para alternar roles ante las demandas de la enfermedad, el estilo de comunicación claro y directo, límites claros dentro y fuera de la familia que permitan la entrada y salida de la información, la habilidad para resolver problemas y conflictos, y la cohesión familiar.

3. ¿En que se distinguen la crisis familiar y la disfuncionalidad familiar?

La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas; por lo cual cuando la familia se enfrenta por primera vez con la enfermedad esta desorganización puede considerarse como una respuesta normal ante una situación anormal, esto es más evidente en los momentos posteriores al diagnóstico o cuando el paciente se encuentra en una situación de riesgo. Las familias nos llegan generalmente ya con la presencia de la enfermedad y algún conocimiento del diagnóstico, en un segundo momento podemos considerar a las familias como disfuncionando en la medida en que se presente incapacidad para adaptarse a los largo del tiempo a las distintas demandas, manteniendo reglas estereotipadas, límites rígidos y evitando toda exploración de variantes.

4.¿Como describirías el proceso por el que pasa la familia ante la enfermedad discapacitante?

Yo pensaría en dos niveles del proceso, un primer nivel comprendido por las fases de crisis, crónica y terminal. La fase de crisis que inicia poco antes de recibir el diagnóstico cuando la familia percibe que algo anda mal ante la presencia de los síntomas. Esta primera etapa incluye la readaptación y enfrentamiento del problema, con la consecuente angustia, sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre, los miembros de la familia buscarán reafirmar el control; la familia deberá buscar principios organizativos que les permita una sensación de control, en la medida de lo posible requerirá del conocimiento de las que podrían ser la etapas de la enfermedad, deberá encontrar un significado para la enfermedad, por otra parte será necesario que aprenda a tratar con la discapacidad, el equipo de salud y los tratamientos. La cohesión familiar puede resultar adaptativa y fortalecer los lazos familiares.

La fase crónica que inicia después del período de adaptación posterior al diagnóstico y la fase terminal, durante la fase crónica la familia tendrá como fin tratar de llevar una vida normal ante las condiciones anormales que presenta la enfermedad y la incertidumbre por su desenlace. Resultará útil mantener la máxima autonomía posible en esta etapa de los miembros de la familia y sus actividades a pesar de la tendencia a la dependencia y el cuidado mutuos.

La fase terminal, incluye los períodos de duelo y pesar, las cuestiones relacionadas a la separación y la reanudación de la vida normal de la familia después de la pérdida. Permea esta etapa la preparación práctica y emocional para la pérdida. Nuevamente hay una participación más intensa del personal de salud. Decisiones sobre el testamento, morir en casa y el funeral se hacen presentes.

En los períodos de transición entre estas etapas la familia tendrá la oportunidad de reevaluar la organización y estructura de la familia para una mejor adecuación, los miembros pueden quedarse atorados en tareas que ya no son de utilidad.

En un segundo nivel, tres subfases en cada una de las etapas anteriores pueden presentarse: un período de desorganización en la que la familia resulta desestructurada ante el proceso progresivo de la enfermedad; un período de recuperación (el miembro periférico se empieza involucrar, atención para otros miembros de la familia, reconexión con personas significativas o la búsqueda de personas que hayan pasado una experiencia similar, un miembro busca información por su cuenta, se reemplaza súbitamente la queja); y un período de reorganización, que puede traer el regreso a una organización anterior o la generación de una nueva con su consecuente redistribución de papeles.

5. ¿Qué elementos consideras importantes en la evaluación del sistema familiar?

La centralidad del paciente, la expresión de afectos de bienestar y malestar, la solución de problemas instrumentales y afectivos (si la familia es capaz de identificar soluciones e implementarlas), la comunicación (clara - directa, clara - indirecta, enmascarada - directa, y enmascarada - indirecta), roles (proveer recursos, crianza de los hijos, toma de decisiones, manejo del sistema familiar, gratificación sexual, estereotipados), involucramiento afectivo (falta de involucramiento, intelectual-sentimental, narcisista, involucramiento empático, sobreinvolucramiento, involucramiento simbiótico), control de conducta (rígido, flexible, laissez faire y caótico) límites, alianzas, jerarquías, reglas y flexibilidad (estabilidad- cambio). Las creencias familiares son de vital importancia en mi trabajo ya sea sobre el manejo de la enfermedad, la causa de esta o las expectativas asociadas al desenlace o curso.

6. ¿En que medida es la familia un recurso o un obstáculo en la evolución del paciente?

Me parece que de alguna manera ya hemos hablado de esto en la medida en que la familia resulte una fuente de apoyo, que la rehabilitación del paciente no se encuentre comprometida por la homeostasis familiar, ser capaz de reorganizarse ante las eventualidades de la enfermedad esto generará un pronóstico más adecuado de la familia como recurso que facilite la adherencia al tratamiento y que provea de una mayor calidad de vida al paciente.

Algo que también me parece importante señalar es que tanto la familia como el individuo y la enfermedad se influyen en una serie de pautas recursivas en donde la presencia de la enfermedad disparará cierta organización en la familia, que facilitará o

dificultará la evolución del paciente en el tratamiento, y lo que probablemente traerá efectos importantes en la evolución del padecimiento, resultando en una pauta recursiva que modificará el sistema familiar hacia una organización familiar más o menos adecuada, eso no lo sabemos. Muchas gracias.

ANEXO 3

C) INVESTIGACIÓN

“Estructura y Creencias en los Sistemas Familiares con un Miembro con Discapacidad”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación se llevará a cabo a través de cuatro etapas: 1) La aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997) a 50 familias con un enfermo crónico discapacitado 2) La creación y aplicación de una guía cualitativa de preguntas sobre creencias familiares para familias con un miembro con enfermedad crónica discapacitante. A partir de la aplicación de la escala y la guía cualitativa se pretende responder a la pregunta de investigación ¿Cómo es su funcionamiento de las familias con un enfermo crónico con algún grado de discapacidad? 3) La creación de un modelo explicativo sobre el funcionamiento de esta población en el contexto mexicano y el establecimiento de criterios de prevención de la disfunción familiar y 4) La creación de un instrumento que funcione como filtro y que permita al personal de salud médico y paramédico identificar oportunamente a las familias de esta población que requieran atención de terapia familiar.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende el desarrollo sustentado teóricamente de una guía cualitativa de preguntas sobre creencias familiares en familias con un enfermo crónico que presente discapacidad física y/o intelectual tomando como marco básico para su creación el ciclo vital del individuo, el ciclo vital de la familia y el ciclo vital de la enfermedad propuestos por John Rolland (2000). En este sentido es importante resaltar como es considerada por distintos autores (Velasco y Sinibaldi, 2001; Rolland, 2000; Kornblit, 1996; Slaikeu, 1996) la situación de enfermedad como una situación ajena al ciclo vital familiar e individual, por lo que los criterios utilizados para evaluar familias con un ciclo vital no bastan, y podrían resultar poco útiles si se dejan de lado aspectos involucrados en el proceso de enfermedad.

Hasta ahora algunos estudios resaltan la importancia de considerar las creencias o significados que la familia atribuye a la enfermedad, la identidad familiar y la visión familiar del mundo en el proceso de adaptación a la enfermedad (Patterson y Garwick, 1994); las pérdidas ambiguas que puede experimentar la familia en el proceso y la manera en que esto afectara su adaptación (Boss, 2001); la forma en que tanto los patrones familiares influyen en la evolución de la enfermedad como también la enfermedad influye en los patrones familiares (Wood, 1993); los tipos de cohesión familiar como respuesta a situaciones en que se presenta la

enfermedad (Meijer y Oppenheimer, 1995); y la necesidad de tomar en cuenta al proceso de enfermedad como un proceso biopsicosocial y no únicamente biológico (Dym, 1987); entre otros estudios.

La investigación pretende integrar elementos de la evaluación cuantitativa obtenidos de la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar con los elementos de la evaluación cualitativa encontrados a partir de la guía cualitativa de preguntas sobre creencias familiares. La mayoría de los artículos escritos hasta la fecha se refieren más bien a conjeturas teóricas basadas en la experiencia, por lo cual parte importante de la relevancia de esta investigación radica en la necesidad de explorar las características de esta población en el contexto mexicano y de crear un modelo explicativo con sustento metodológico sobre la manera en que la disfunción familiar afecta el curso de la enfermedad en el individuo y la manera en que la enfermedad en un miembro de la familia afecta el funcionamiento familiar, siendo la información recabada en población mexicana necesaria para mejorar la información y el manejo del personal de salud, brindar una mayor comprensión y mejor atención por parte del personal de salud a la población que se encuentre en esta situación.

OBJETIVOS

1ª FASE

- 1) Aplicar a 50 familias con un enfermo crónico discapacitado la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997), que será acompañada de un entrevista familiar previa.

2ª FASE

- 2) Diseñar y aplicar una guía cualitativa de preguntas sobre creencias familiares a las familias con un miembro con enfermedad crónica discapacitante. A partir de la aplicación de la Escala se describirá el funcionamiento de las familias.

3ª FASE

- 3) Crear un modelo explicativo de la manera en que funcionan las familias con este tipo de problemática
- 4) Establecer criterios de prevención de disfuncionalidad familiar en aquellas familias en las que recientemente se ha diagnosticado a uno de sus miembros con enfermedad crónica discapacitante.

4ª FASE

- 5) Desarrollar un instrumento que funcione como filtro para que el personal de salud que interviene con este tipo de población identifique y canalice oportunamente a las familias que requieran atención en terapia familiar.

MARCO TEÓRICO

A través de esta sección se procurará dar los lineamientos teóricos que sustentan esta investigación, aclarando desde un primer momento que se basa en un modelo sistémico debido a que consideramos que es a través de esta aproximación que podremos acercarnos a una comprensión biopsicosocial del enfermo crónico discapacitado y su familia. Esta perspectiva se basa en la premisa de que existen muchos niveles de funcionamiento que organizan las vidas de las personas, desde la interacción de las sustancias neurotransmisoras hasta los mecanismos intrapsíquicos, desde las parejas y las familias hasta la estructura institucional y social, cada nivel interactúa con los demás e influye sobre ellos (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Desde esta aproximación se entenderá a la familia como un sistema abierto en interacción con el medio (Bertalanffy, 1995) y al enfermo crónico discapacitado como un individuo que precisa ayuda en una o más actividades de su vida diaria, ayuda que puede ser prestada por otra persona o dispositivos de ayuda tales como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, etc.; de manera general es posible entender la discapacidad como una disminución de la capacidad (Board cit. en Krueger, 1988). La familia con un enfermo crónico discapacitado será un sistema formado por subsistemas (enfermo, padre, madre, hermanos, hijos, esposa, etc.) con una forma de ver el mundo que los rodea; con la aparición de la enfermedad entra en contacto con otro sistema: el equipo de salud formado por subsistemas (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc.) con otra forma de ver el mundo que lo rodea. Al unirse forman un sistema más abarcativo inmerso en otro sistema mayor, y es la participación activa en este encuentro lo que permite el surgimiento de actos y significados nuevos (Robles, Eustace y Fernández, 1987).

En este sentido se ha considerado a la familia desde cuatro perspectivas (Steinglas y Horan cit. en Walsh y Anderson, 1988):

a) La familia como recurso. Desde este punto de vista la familia es contemplada como una fuente primaria de ayuda social que funciona de manera protectora para aumentar la resistencia a las enfermedades y que ayuda a lograr que, cuando surge una enfermedad, el paciente cumpla con su tratamiento. Se considera a la familia como principal fuente de apoyo y soporte.

b) La familia psicosomática: un modelo deficiente. Se ve a la familia como una desventaja, que contribuye a que se presente la enfermedad, a que tenga un curso

desfavorable y a que no cumpla con el tratamiento indicado. En esta perspectiva se considera a la familia como facilitadora en el desenvolvimiento de la enfermedad como consecuencia del estrés, la rigidez y el ambiente familiar disfuncional. La familia es vista como una influencia negativa. El ambiente familiar contribuye a desarrollar o a perpetuar la enfermedad crónica.

c) Efectos de la enfermedad sobre la familia. Esta orientación destaca los efectos que una enfermedad determinada tiene sobre la familia. En esta perspectiva la familia es impactada emocional, financiera, laboral y psicosocialmente por la enfermedad. La familia es un receptor de las demandas y el estrés asociado con la enfermedad. El reajuste en la estructura, roles, solución de problemas y afrontamiento afectivo en la familias hacia una misma enfermedad puede ser cualitativamente distinto. El grado de éxito con el que la familia negocia los cambios y los integra a la vida familiar disminuye o aumenta el impacto de la enfermedad en la familia y en el reajuste individual a la enfermedad.

d) Influencias de la familia en el curso de la enfermedad crónica. Esta perspectiva tiene en cuenta la interacción entre el comportamiento de la familia y las características de la enfermedad y cómo esta interacción puede tener una influencia negativa o positiva en el curso de la enfermedad. Desde esta perspectiva la familia se ve como un elemento determinante en el curso que tome la enfermedad. Los distintos cursos posibles dependerán del tipo de enfermedad y la fase en que se encuentre. La manera en que la familia responda a las necesidades tendrá un profundo impacto en la adaptación del individuo a la enfermedad. Algunos aspectos de la familia pueden estar ayudando a mantener la cronicidad de la enfermedad como las coaliciones, la estabilidad de la díada marital, los modelos de comunicación y la calidad de la vida diaria.

Se ha desarrollado una tipología biopsicosocial de la enfermedad (Rolland, 2000; Rolland cit. en Walsh y Anderson, 1988; Rolland, 1987) que nos servirá como un modelo básico del cual partiremos, y en el cual se toma en cuenta: a) comienzo, b) curso, c) desenlace, d) tipo y grado de incapacitación y e) fases de la enfermedad :

a) Tipo de comienzo de la enfermedad.

Puede tratarse de una enfermedad con un inicio agudo o gradual, son diferentes tipos de estresores los que afectan en cada una a la familia y al individuo, aunque el reajuste total de estructura, roles, solución de problemas y afrontamiento en las familias puede ser el mismo para ambos tipos de enfermedades.

*Para una enfermedad con un inicio agudo los cambios deberán llevarse a cabo en un corto tiempo. La familia deberá movilizar más rápidamente sus recursos y habilidades. Algunas familias están mejor equipadas para afrontar los cambios rápidos. Las familias que pueden tolerar estados de alta carga afectiva, que definen sus roles flexiblemente, que solucionan eficientemente los problemas y que utilizan

eficientemente sus recursos externos pueden tener una ventaja en el manejo de la enfermedad con inicio agudo. La familia luchará contra la desintegración, el daño o la pérdida a través de la muerte y a la vez por reestructurar o resolver un nuevo problema.

*La proporción de cambios familiares para adaptarse a una enfermedad con inicio gradual permite un mayor período de ajuste, generando quizá mayor ansiedad antes de que el diagnóstico sea hecho.

b) Tipo de la enfermedad según el curso que sigue.

El curso de la enfermedad crónica puede tomar tres formas:

*Progresiva, se refiere a que la enfermedad es continua y progresiva en severidad. El individuo y la familia se enfrentan perpetuamente con el enfermo en quien la incapacidad va aumentando progresivamente. En los períodos de alivio las demandas de la enfermedad tienden a ser mínimas. La continua adaptación y el cambio de roles esta implícito. El incremento de cuidadores se debe al riesgo de caer en el agotamiento y al continuo incremento de nuevas tareas lo que requiere mayor tiempo. La flexibilidad familiar se hace necesaria en términos de la reorganización de los roles y el uso de sus recursos externos.

Es importante distinguir entre las enfermedades que progresan rápido y las enfermedades que progresan lento ya que son distintas las demandas de cada una de estas. En una enfermedad progresiva rápida se requiere de adaptarse a los continuos cambios y a las nuevas demandas en períodos de tiempo cortos; mientras que en una enfermedad que progresa lento atraviesa por cambios graduales a los que habrá que adaptarse en períodos más largos.

*Constante, se refiere a la enfermedad en donde ocurre un evento inicial después del cual el curso biológico se estabiliza, típicamente después de un período de recuperación inicial, la fase crónica es caracterizada por un déficit bien delineado o una limitación funcional. Puede ser recurrente la enfermedad pero los individuos y sus familias encaran un cambio semipermanente que es estable y predecible en un período de tiempo.

*Episódica o con recaídas; se alternan períodos estables con períodos de variable duración, caracterizados por bajos niveles o incluso de ausencia de síntomas con períodos de recrudescimiento o exacerbación de la enfermedad. Frecuentemente la familia puede llevar a cabo una rutina diaria normal, pero como sea el fantasma de la recurrencia se mantiene.

La familia al menos se mantendrá desarrollando un rol de cuidador ante una situación real. La naturaleza episódica de la enfermedad requiere de la flexibilidad que permita

a la familia moverse entre dos formas de organización familiar causada por la frecuencia de las transiciones entre las crisis y las no crisis, y con la incertidumbre de cuando puede volver a ocurrir una crisis. Un rasgo característico es la discrepancia psicológica ocasionada por los períodos alternados de normalidad y enfermedad.

c) Tipo de enfermedad según las consecuencias o desenlace que ocasiona.

El grado de probabilidad de que la enfermedad crónica cause la muerte o si esto puede suceder en un corto período de tiempo es una característica distintiva que trae un profundo impacto psicosocial. Un factor importante es la expectativa inicial de que la enfermedad pueda causar la muerte.

*En un extremo del continuo están las enfermedades que no alteran el período de vida.

*En el otro extremo están las enfermedades progresivas y que llevan a consecuencias fatales.

*Existe una categoría intermedia que incluye enfermedades con un corto período de vida y enfermedades que puedan traer una muerte repentina. En esta categoría las pérdidas son menos esperadas.

En las enfermedades crónicas en distintas medidas la pérdida de control corporal, de identidad y de relaciones íntimas. El miembro enfermo puede tener miedo de morir antes de realizar su plan de vida o de estar solo en la muerte. Los miedos de los familiares sobrevivientes incluyen estar solos en un futuro. Para el enfermo y para los familiares, el pesar anticipado y la separación permean todas las fases de adaptación.

Las familias se encuentran frecuentemente entre los deseos de intimidad y los de expulsar al miembro enfermo. Un torrente de afectos puede distraer a la familia de las tareas y la solución de problemas que mantienen a la familia integrada. Existe también la tendencia en muchas ocasiones de tomar por muerto al enfermo lo que se puede manifestar como un movimiento desadaptativo.

Dependiendo la naturaleza de la enfermedad y la idiosincrasia familiar se pueden manifestar distintas reacciones en la familia.

d) Tipos de enfermedad según el grado de incapacidad que ocasionan.

La enfermedad puede traer como resultado el deterioro cognitivo, sensitivo, motriz, deformaciones y otras causas de estigma social. Las diferentes clases de incapacidad implican diferentes clases de ajuste por parte de la familia.

*Algunas enfermedades crónicas no causan incapacidad, la causan moderadamente o sólo de manera intermitente.

*Algunas enfermedades son más incapacitantes al inicio de la enfermedad. La incapacidad al inicio de la enfermedad incrementa las dificultades para la pronta organización de las familias ante las demandas de esta; por otra parte lleva a replantearse las expectativas acerca del curso esperado y consecuencias de la enfermedad, así como de las demandas que los distintos miembros de la familia deberán cubrir.

*Las enfermedades progresivas se destacan por la incapacidad que causan y por el incremento de las dificultades en las fases tardías de la enfermedad. Esto da a la familia más tiempo para prepararse para los cambios anticipadamente y en particular permite al miembro enfermo participar en el plan familiar respecto de la enfermedad.

Son también relevantes las expectativas de la familia con respecto al miembro. El rol responsable del paciente y el mantenimiento de su autonomía ha sido relacionado con una mejor respuesta de rehabilitación y una mejor integración en la familia.

El efecto de la incapacidad dependerá del tipo de esta, el rol del miembro enfermo antes de la enfermedad, y la estructura y flexibilidad familiar.

e) Fases de una enfermedad.

Cada fase tiene sus propios requerimientos, actitudes y cambios por parte de la familia. Básicamente son tres las fases: crisis, crónica y terminal.

*La fase de crisis: incluye un período sintomático antes del actual diagnóstico cuando el individuo o la familia se dan cuenta que hay alguna cosa mal, pero la naturaleza exacta y la extensión del problema no son claros. Esta etapa involucra un período inicial de reajuste después de que el problema ha sido clarificado a través del diagnóstico y el plan de tratamiento inicial.

Durante este período hay una serie de tareas específicas para el miembro enfermo y su familia que incluyen: aprender a tratar con el dolor, la incapacidad o los síntomas relacionados, aprender a tratar con el ambiente hospitalario y algunas enfermedades relacionadas con los procedimientos del tratamiento, y mantener relaciones satisfactorias de trabajo con el equipo de salud. Además la familia necesita darle un significado a la enfermedad para poder mantener un sentido de control, lamentarse por la pérdida de la identidad familiar, mantenerse en una posición de permanente cambio, generar un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro, mantenerse unidos en el período de reorganización de la crisis, y en la fase de incertidumbre debe desarrollar un sistema flexible que permita adaptarse a los objetivos futuros.

La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados

para la solución de problemas; por lo cual cuando la familia se enfrenta por primera vez con la enfermedad esta desorganización puede considerarse como una respuesta normal ante una situación anormal. La crisis es seguida de un período de equilibrio o estabilidad lo cual no quiere decir que la crisis haya sido resuelta constructivamente sino que el sistema no tolera niveles altos de desorganización por períodos prolongados (sobrepasa los límites de flexibilidad) por lo que busca un estado de equilibrio, pudiendo ser este equilibrio saludable o dañino, benéfico para una parte de la familia y negativo para otra (Slaikeu, 1996).

*La fase crónica: esta puede ser corta o larga pero en esencia es el período entre el diagnóstico y el reajuste de la primera fase y los problemas de la muerte y la enfermedad terminal de la tercera fase. Esta etapa se caracteriza por la constancia, la progresión o cambios sólo episódicos. En muchas ocasiones el significado de la enfermedad no es comprendido, ya que no hay más que el conocimiento biológico de la enfermedad. Frecuentemente el individuo y la familia han sido impactados psicológicamente y organizacionalmente con los cambios ocasionados por la enfermedad y se generado un modo de operar como familia.

Por un lado la enfermedad puede permanecer estable por décadas, sin ser fatal, pero por otro lado puede ser una enfermedad donde el período de crisis es inmediatamente seguido por la fase terminal. Una de las tareas claves de la familia en esta etapa es mantener una vida normal frente a la anormal presencia de la enfermedad y la incertidumbre.

Muchas familias pueden llegar a sentirse exhaustas y sentir la necesidad de reasumir su ciclo de vida normal deseando incluso la muerte del miembro enfermo que los devuelva a la normalidad. Otra tarea importante de la familia en esta etapa es mantener la autonomía de cada miembro y evitar la dependencia.

*Fase terminal: Incluye la etapa preterminal de la enfermedad donde se vuelve inevitable que la muerte se muestre y predomine en la vida familiar. Involucra también los períodos de pérdidas y duelos por estas. Los problemas predominantes en esta etapa son los de separación, muerte, pesar por las pérdidas, resolución del duelo y la reincorporación a la vida familiar normal en medio de las pérdidas pasadas.

Como sea se necesitará flexibilidad por parte de la familia para negociar los cambios de cada etapa y los existentes entre cada etapa. Además será importante considerar la edad del miembro enfermo y la etapa por la que cursa la familia. El efecto de la incapacidad dependerá del tipo de incapacidad, del rol del miembro enfermo antes de la enfermedad, y de la estructura y flexibilidad familiar.

Será necesario en este sentido considerar la etapas del ciclo vital de la familia en la población mexicana (Macías en CONAPO, 1994):

I. Los antecedentes o fases preliminares.

- a) El desprendimiento de la familia de origen.
- b) El encuentro y el cortejo de la pareja.
- c) El proyecto de pareja y la decisión de serlo.

II. El inicio o fases tempranas.

- a) El matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de la pareja.
- b) Integración inicial y decisión de ser familia.
- c) Advenimiento de los hijos y nuevos roles.
- d) Familia, hijos pequeños, lactancia y primera infancia

III. El desarrollo o fases intermedias.

- a) Familia y época preescolar.
- b) Los hijos y la escuela.
- c) Pubertad y adolescencia de los hijos.
- d) Los hijos jóvenes adultos.

IV. La declinación o fases tardías.

- a) El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro.
- b) Nuevas familias y nuevos roles.
- c) Vejez, muerte y disolución de la familia nuclear.

Una característica en las familias que se vuelve importante al enfrentar a la enfermedad es la flexibilidad que posea, es decir, que logre integrar la tendencia a la estabilidad y la tendencia al cambio. Tanto la familia como el individuo tienen en su evolución etapas de estabilidad, de permanencia de patrones de interacción (adaptación a la etapa actual del ciclo vital) y también etapas de cambio (paso a una nueva etapa del ciclo vital), de ensayos de nuevos patrones de interacción acompañado de cierta inestabilidad; la aparición de una enfermedad crónica se vuelve más problemática en una etapa de cambio debido a que puede impedir que se encuentren y desarrollen los nuevos patrones de la etapa que empieza, por lo que se tiende a regresar a patrones que eran eficaces en etapas anteriores y entonces la familia se detiene en esa etapa (Robles et al., 1987).

Kornblit (1996) describe las fases por las que pasa una familia al enfrentarse a una enfermedad crónica:

1) Un período de desorganización, donde el impacto de la enfermedad hace que se rompa la estructura de funcionamiento familiar. Esta ruptura puede verificarse a través de las líneas de fractura del sistema previas a la enfermedad que han sido agravadas con la presencia de esta, puede existir un intento de la familia por saltar esta etapa debido a la incapacidad para tolerar la desestructuración posterior a la crisis, además puede aparecer una reorganización familiar precoz antes tomar contacto con el riesgo planteado por la enfermedad y con el alto nivel tensional de las

relaciones a nivel familiar, o bien la desorganización puede llegar a niveles tan profundos que sea después difícil rescatar a la familia de dicha situación.

2) El punto de recuperación. Existen distintos indicadores de que se ha llegado a este punto, tales como: la entrada en escena de un miembro de la pareja que había permanecido más periférico en cuanto al manejo de la enfermedad, la consulta de una enfermedad por parte de los hermanos lo que indica que se está produciendo el descentramiento de la situación primaria y que hay lugar para otro centro de preocupación, puede suceder también que uno de los miembros de la familia requiere más información acerca de la enfermedad por parte del especialista o la busca por su cuenta, es decir, que empieza a actuar como organizador del contexto, otro indicador es la apertura al medio ambiente humano inmediato a través de la reconexión con figuras anteriormente significativas o de la búsqueda de personas que hayan pasado una experiencia semejante y en otras ocasiones la queja es reemplazada súbitamente por otra.

3) La fase de reorganización. El tipo de reorganización al que arribe la familia depende de las características de la enfermedad y de la familia. Dicha enfermedad puede provocar que el grupo familiar consolide su estructura anterior o puede provocar que se arribe a una nueva distribución de papeles, con un cambio en la adjudicación y asunción de roles.

Por otra parte Krueger (1984) señala que la importancia y el impacto psicológico de una limitación física dependerá de una combinación de los siguientes elementos:

- 1) el momento del ciclo vital del individuo y la familia en que se presentó la discapacidad.
- 2) tamaño y localización de la limitación física
- 3) efecto sobre la salud en general
- 4) alcance de la lesión
- 5) si se trata una limitación visible o invisible
- 6) la limitación es temporal o permanente
- 7) la situación a partir de que se presenta la limitación era predecible o impredecible
- 8) si implica pérdida o adición de partes temporales
- 9) posible recuerdo de la situación si se trata de un evento en particular
- 10) la personalidad del individuo
- 11) la vivencia de pérdidas anteriores

Cuando en la familia hay un enfermo crónico o terminal hay un cambio en el interior de esta y también hay un cambio en su entorno. El cambio en el interior es dado por

el sufrimiento y la limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser cuidado, atendido y medicado, y el tipo de cambio dependerá de las características de cada familia, la etapa en que se encuentre la familia, del momento por el que pase el paciente, del lugar que ocupe en la familia, del tipo de enfermedad y la etapa por la que cursa, de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento, de la historia familiar de enfermedades y pérdidas, etc. El cambio en el entorno se debe a la incorporación del equipo médico y del sistema hospitalario en el sistema familiar (Robles et al. , 1987).

Otros autores (Velasco y Sinabaldi, 2001; Patterson y Garwick, 1994) destacan la importancia de las creencias familiares en la adaptación del enfermo y su familia a la enfermedad, siendo aspectos importantes a considerar las creencias acerca de lo que es normal, acerca de la relación mente-cuerpo, acerca de dominar o no las situaciones, sobre el origen de la enfermedad, los legados multigeneracionales, y las creencias étnicas, religiosas y culturales de la familia.

Al tomar en cuenta las creencias podemos hablar de tres niveles generales; un primer nivel constituido por las creencias vinculadas a la enfermedad; un segundo nivel considerando la identidad familiar (quienes forman parte de la familia, los roles de los distintos miembros, las reglas y normas familiares, las rutinas y rituales, etc); y un tercer nivel que hace referencia a la visión familiar del mundo (la visión del mundo más allá de la familia, cómo interpretan la realidad, las creencias acerca del ambiente, las creencias existenciales tales como el propósito de la vida). Cada uno de estos niveles es influido por los otros dos niveles ya sea que faciliten la estabilidad o el cambio adaptativo o no adaptativo.

Debe distinguirse entre los procesos de crisis que enfrenta una familia al intentar adaptarse a una situación nueva como en las etapas de transición del ciclo vital, las etapas de transición en el proceso de enfermedad y los patrones de disfunción familiar que se expresan por la rigidez de pautas y límites transaccionales, así como por la evitación a toda exploración de variantes. Así entonces podemos considerar a una familia con pautas funcionales como caracterizada por tres aspectos:

- a) Una transformación a lo largo del tiempo, adaptándose y restructurándose de tal manera que pueda seguir funcionando adecuadamente
- b) Una estructura en movimiento
- c) Una adaptación al estrés que permita la continuidad familiar, y al mismo tiempo la restructuración (Villegas, 1992).

Asociada a la disfunción familiar se presentan una serie de problemáticas, siendo algunas de estas:

+Aparición de un miembro de la familia con sobrecarga de trabajo, que es quien se ocupa directamente del tratamiento del paciente lo que por otra parte facilita que otros miembros de la familia se mantengan en la periferia del sistema.

+Problemas en el subsistema parental. En las familias el paciente, la enfermedad y el tratamiento pueden ser utilizados por los padres para agredirse mutuamente, lo que trae como consecuencia dificultad e ineficacia para tomar decisiones y llevar a cabo acciones necesarias para el tratamiento.

+Posición central del paciente en la estructura familiar. El paciente deja de participar en su subsistema, las comunicaciones de la familia giran alrededor de él paciente y absorbe gran parte de la atención, los recursos afectivos y económicos del núcleo familiar. Por esta posición central del paciente se facilita su posición en cualquier coalición.

+Aparecen síntomas o conductas disfuncionales en otros miembros de la familia.

+Aparece una gran tensión en el proceso de adaptación económica, social y cultural al nuevo entorno y la necesidad de elaborar el duelo por todo lo que se deja en el lugar de origen cuando es preciso trasladarse a otro lugar distinto al de residencia debido al tratamiento requerido por la enfermedad. Fragmentación del sistema familiar al tener que emigrar a otro lugar ya sea en lo que se refiere a casa o a localidad.

+Problemas de sobrevinculación entre el miembro enfermo y algún otro familiar al grado de causar dependencia.

+Es posible que se agraven los problemas que ya existían y/o aparezcan otros o bien los conflictos anteriores pueden quedar encubiertos mientras la familia une fuerzas frente a la enfermedad, lo que puede impedir la rehabilitación del paciente que provocaría el resurgimiento de dichos problemas, y que transforma a la enfermedad en elemento de unión y homeostasis familiar, es decir, cumpliendo el síntoma una función.

+Formación de coaliciones intergeneracionales quedando afuera comúnmente uno de los cónyuges siendo blanco de reproches, de indiferencia e ineficacia o el agravamiento de las coaliciones ya existentes incluyendo a otros miembros de la familia ,amigos, vecinos, equipo de salud, etc.

+Incapacidad para sobrellevar las dificultades, así como reglas estereotipadas y poco flexibles que dificultan el manejo de la enfermedad (Robles et al., 1987).

+Límites poco claros entre los subsistemas.

+Excesivo aislamiento o excesiva intrusión de sistemas externos.

+Tendencia a la complementariedad rígida de los cónyuges que facilita la emergencia de conductas sintomáticas (Kornblit, 1996).

Existe otro elemento importante a considerar que se refiere al concepto de pérdida ambigua (Boss, 2001; Boss 2001) en donde los miembros de la familia perciben a determinada persona como ausente físicamente pero presente psicológicamente, o bien como presente físicamente pero ausente psicológicamente, que en el caso de personas discapacitadas se trata de discapacidad física o discapacidad intelectual. En este caso los familiares enfrentan una pérdida parcial que resulta en incertidumbre y ambigüedad, pero que por otra parte hará más difícil el manejo de la enfermedad.

Hasta ahora la mayor parte de los estudios de la familia y el enfermo crónico se basan en conjeturas teóricas basadas en la experiencia, siendo el modelo estructural (Minuchin y Fishman, 1996, Minuchin, 1979) y el modelo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994) algunos de los modelos más utilizados, sin embargo otros autores han desarrollado estos modelos aplicándolos a poblaciones con enfermos discapacitados y psicosomáticos (Onnis, 1996; Sorrentino, 1990).

Meijer y Oppenheimer (1995) encontraron en pacientes con asma controlable que existe mayor cohesión y adaptabilidad cuando el asma era controlable que cuando no se lograba controlar; Dym (1987) refiere una serie de estudios en los que se ha encontrado correlación entre el estrés en los individuos y los conflictos familiares no resueltos con la presencia de infección por estreptococos, enfermedades del corazón, cáncer, con el curso que toma el asma, la diabetes y la hipertensión. Fiscella, Franks y Shields (1997) han encontrado relación entre la expresión emocional y la percepción de apoyo social, y el estado de salud, y por otra parte relación entre el estrés individual y la percepción de interacciones negativas familiares y una mayor utilización de los servicios de salud. Wood sostiene (1993) que la proximidad, las jerarquías, los triángulos, la relación parental y la reactividad interpersonal son factores involucrados en la activación de procesos psicobiológicos relacionados a la enfermedad.

Han sido también desarrollados distintos modelos e instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar. **El modelo sistémico de funcionamiento familiar de Beavers** basado en la estructura, la mitología, la negociación dirigida al logro de metas, la promoción de la autonomía, y la afectividad; **el modelo de ambiente familiar de Moos** que clasifica a las familias en base a su expresión emocional, estructura, independencia, obtención de logros, religión y conflicto y que se evalúan a través de la escala de ambiente familiar (FES); el modelo circunplejo de Olson que evalúa a través de la escala de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES) estas dimensiones; el **Family concept O-Sort** que evalúa familia real y familia ideal; **la Structural family interaction scale- revised (SFIS-R)** basado en el modelo de

Minuchin y contempla las áreas de amalgamamiento/ desagregación, cohesión madre- hijo/ alejamiento, cohesión padre- hijo/ alejamiento, resolución de conflictos de pareja/ no resolución, flexibilidad/ rigidez, tríadas generacionales/ coalición de padres; la **Family Assesment Measure (FAM)** que incluye las áreas de realización de tareas, ejecución de roles, comunicación, expresión afectiva, involucramiento, control, valores y normas, **la escala de funcionamiento familiar de Palomar** que evalúa relación de pareja, comunicación cohesión familiar, falta de reglas y apoyo, tiempo que comparte la familia, roles y trabajo doméstico, autonomía familiar, organización, autoridad, violencia física y verbal (cit. en Palomar, 1998).

Algunos otros instrumentos que han sido utilizados en México son **la guía de evaluación del funcionamiento familiar de Mc Master** que ha sido creado a partir del modelo del mismo nombre desarrollado por Epstein, Bishop y Baldwin y que evalúa las áreas de solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, compromiso afectivo, y control de conducta (cit. en Walsh, 1983); **la Escala de funcionamiento familiar de Espejel y cols.** (1997) que considera las áreas de autoridad, orden, supervisión, afecto positivo, , apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos; y **el esquema de Evaluación dinámico estructural** creado por Macías y que evalúa de un modo gráfico las relaciones familiares, su organización estructural, y los procesos comunicacionales y afectivos (cit. en Instituto de la Familia XXV Aniversario, 1997).

Sin embargo a pesar de la existencia de distintos instrumentos algunos de ellos estandarizados como es el caso de la SFIS-R (Sánchez, 1989) o creados en México como los instrumentos de Espejel (1997), Palomar (1998) y Macías (cit. en Instituto de la Familia XXV Aniversario, 1997), los cuales han sido mencionados con anterioridad, creemos necesario el desarrollo de una guía de preguntas que este avocada a explorar la creencias familiares en familias con enfermos crónicos discapacitados y que en el caso de esta investigación acompañará para su aplicación a la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel y cols, 1997), la cual evalúa el funcionamiento familiar a partir de los criterios del ciclo vital familiar.

MÉTODO

HIPOTESIS

Hipótesis Conceptual

La disfunción familiar se expresa a través de las rigidez en las pautas de interacción familiar que imposibilitan la adecuada adaptación al momento actual por el que atraviesa la familia y que en el caso de las familias con un enfermo crónico tiene una influencia negativa en el curso de la afección (Rolland, 2000).

Hipótesis De Trabajo

Las familias con un enfermo crónico con discapacidad física y/o intelectual presentan dificultades para lograr su adaptación al proceso de enfermedad debido a la presencia pautas disfuncionales familiares

DEFINICIÓN DE VARIABLES

a) Conceptual

Disfunción familiar: Es la rigidez de las pautas de interacción familiar que imposibilitan la adecuada adaptación al momento actual que atraviesa la familia (Rolland, 2000).

Familias con un enfermo crónico discapacitado: son aquellas familias las cuales entre sus miembros cuentan con un individuo que precisa ayuda en una o más actividades de su vida diaria, ayuda que puede ser prestada por otra persona o dispositivos de ayuda tales como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, etc.; de manera general consideramos a la discapacidad como la disminución de una capacidad (Board en Krueger, 1988).

b) Operacional

Disfunción Familiar: Es la respuesta a la Escala de Funcionamiento Familiar y a la guía de preguntas sobre creencias familiares de la discapacidad que se diseñará.

Familias con un enfermo crónico discapacitado: Que al menos un miembro de la familia presente discapacidad por enfermedad crónica

MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional de las familias que asisten al Centro Nacional de Rehabilitación. Participaron en el estudio 50 familias con un miembro enfermo crónico discapacitado, que desearan participar en 3 sesiones de evaluación familiar y que vivieran dentro del área del Distrito Federal o Estado de México. No se incluyeron en este estudio a las familias cuyos miembros residían en lugares distintos. Fueron eliminadas que no asistían a las tres sesiones de evaluación.

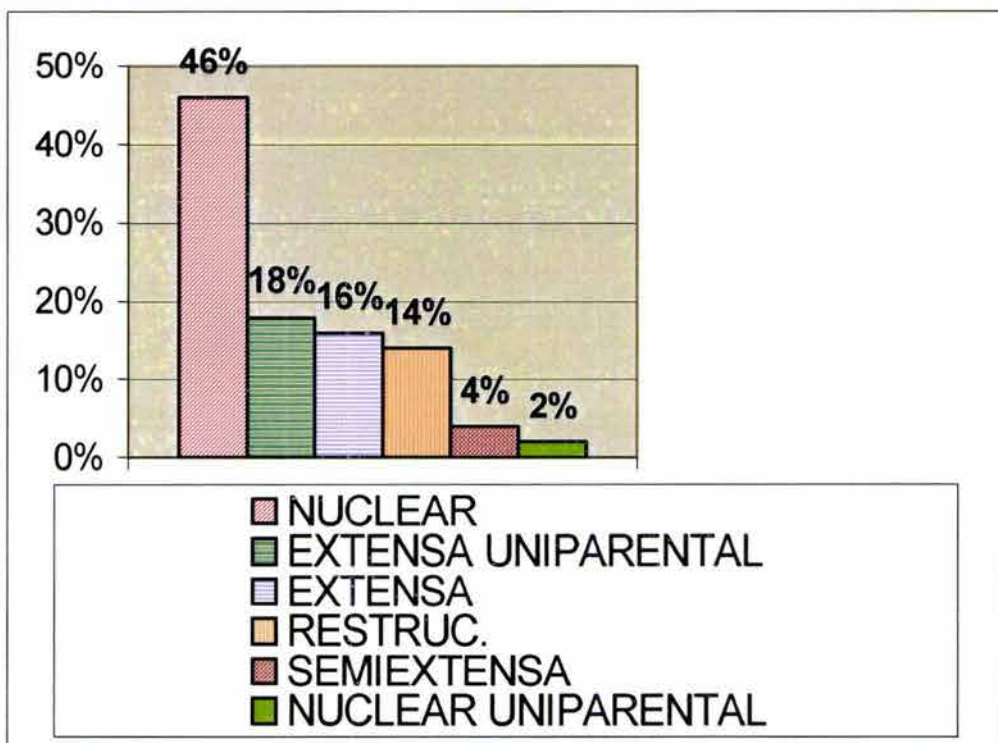


Figura 1. Tipos de familia a la que pertenecía el paciente con discapacidad.

El número más importante de familias eran nucleares y extensas, este criterio para definir el tipo de familia fue establecido considerando los miembros que compartían el lugar de residencia. En algunos casos las familias estaban reorganizándose y recomponiéndose debido a la entrada o salida de algún miembro. Normalmente muchas de las familias tenían acceso a otros miembros de la familia extendida, por lo que esto funcionaba como un recurso.

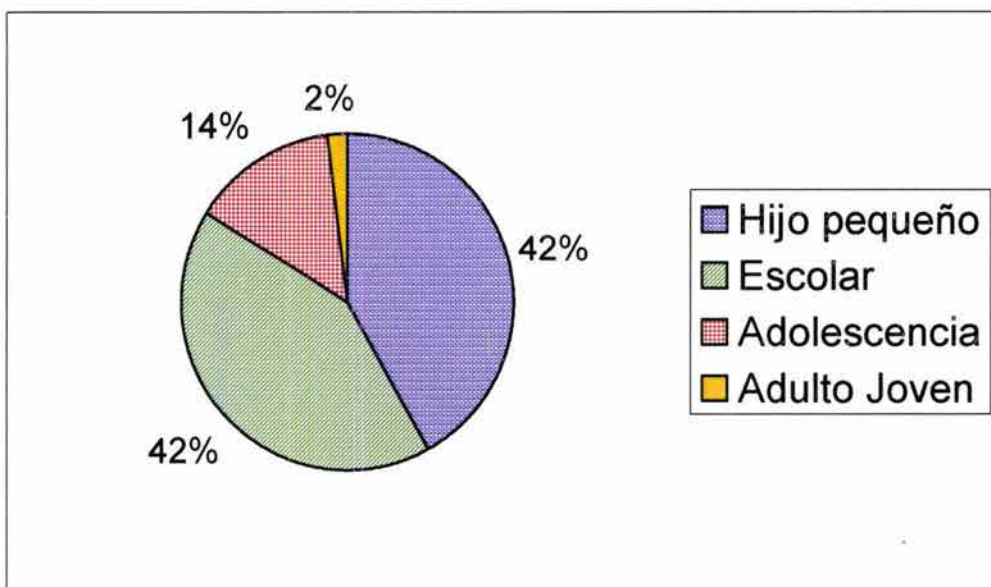


Figura 2. Etapa del ciclo vital en la que se encontraba el paciente con la de discapacidad.

El mayor número de pacientes se encontraban en la edad correspondiente a la etapa de hijos pequeños y en etapa escolar; entonces una parte importante de la vida familiar se organizaba alrededor de estas etapas del desarrollo, aun cuando también había dentro del ámbito familiar otros hijos en distintas edades.

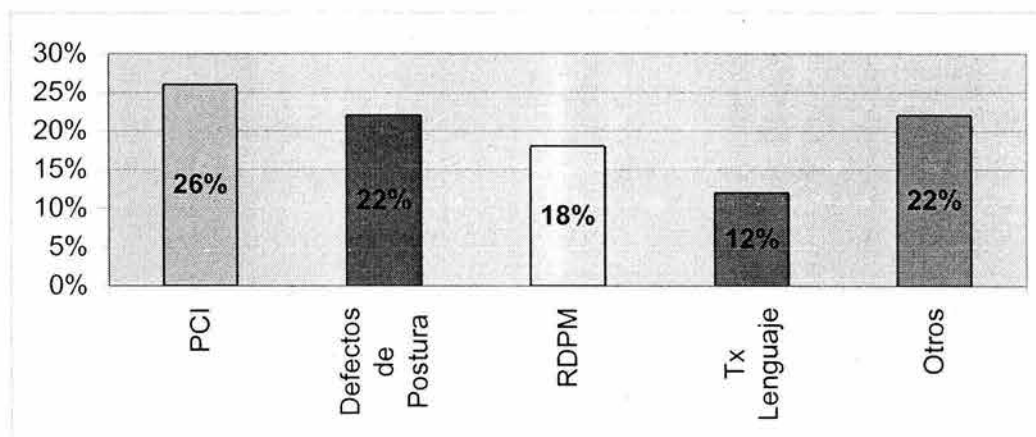


Figura 3. Diagnóstico del paciente que presenta discapacidad.

Para establecer el criterio del diagnóstico fue considerado el diagnóstico principal por el que asistían en busca de atención médica al Centro Nacional de Rehabilitación, sin embargo un mismo paciente llegaba a tener hasta 3 ó 4 diagnósticos. Las iniciales PCI, RDPM y Tx del Lenguaje se refieren a la Parálisis Cerebral Infantil, el Retardo en el Desarrollo Psicomotor y el Trastorno del Lenguaje respectivamente.

TIPO DE ESTUDIO

Se está utilizando un estudio de tipo confirmatorio transversal debido a que se pretende describir el funcionamiento de familias con un miembro enfermo crónico y crear un modelo explicativo del fenómeno.

DISEÑO

Se está utilizando un estudio pre-experimental descriptivo denominado "Estudio de caso con una sola medición" en el cual se estudia un solo grupo cada vez después de someterlo a la acción de algún agente o tratamiento que se presume capaz de provocar un cambio (familias con un miembro enfermo crónico discapacitado). En este caso se utilizó este diseño por que el fenómeno (enfermedad discapacitante) que se presume influye sobre el funcionamiento familiar, ya sucedió.

X O

INSTRUMENTO

Se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997), la entrevista familiar para ampliar la información y se creó la guía de preguntas sobre creencias familiares en familias con un miembro enfermo crónico discapacitado. La escala incluye una carátula donde se anota la fecha de aplicación, el nombre de la familia,

tiempo de unión, edad del primer hijo, dirección, ingreso familiar e ingreso per capita. A continuación se anota a cada miembro, su sexo, edad, escolaridad, ocupación, y aportación económica a la familia así como una descripción de la vivienda por parte del investigador.

Se incluye un familiograma y 40 preguntas que se dividen en 9 áreas: Autoridad (10 reactivos), Control (8 reactivos), Supervisión (5 reactivos), Afecto Positivo (7 reactivos), Apoyo (6 reactivos), Conducta Disruptiva (7 reactivos), Comunicación (9 reactivos), Afecto Negativo (4 reactivos) y Recursos (6 reactivos).

En 1995 se presenta formalmente la "Escala de Funcionamiento Familiar" con una consistencia interna Alfa de Cronbach de .91 quedando 40 ítemes con buena discriminación de familias funcionales y disfuncionales.

Las opciones de respuesta a las preguntas son: Padre, Madre, Hijos, Hijas, Otro Familiar, Otro no Familiar, Todos, Nadie, No avisa, Verbalmente, Corporalmente, Instrumentalmente, Subsistema parental, Subsistema hijos, Muy frecuente, Algunas veces, y Muy raro. Las opciones de respuesta que se incluyen para cada pregunta dependen del tipo de pregunta.

Cada reactivo se califica a partir de los criterios que incluye el manual para cada pregunta siendo en general:

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1 Disfuncionalidad. | 3 Medianamente funcional. |
| 2 Poco funcional. | 4 Funcional. |

Se suman los reactivos por área y se compara la puntuación con la del perfil del manual con lo cual se obtiene la funcionalidad o disfuncionalidad por área.

Para obtener la funcionalidad o disfuncionalidad global se suman los 40 reactivos de la escala y la puntuación se compara con el perfil.

Además para evaluar a cada familia con la escala se tomó en cuenta la etapa del ciclo vital por la que cursa la familia, la clase socioeconómica, y la estructura de la familia.

PROCEDIMIENTO

Se invitó a participar en este estudio a 50 familias que asistan al Centro Nacional de Rehabilitación con un miembro enfermo crónico discapacitado, que vivan en el área metropolitana y que estén dispuestas a asistir a tres sesiones de evaluación familiar (una sesión semanal), a la que deberán asistir junto con el familiar que padece la enfermedad crónica. Al iniciar la evaluación, el evaluador se presentó, les comentó su función en el Centro Nacional de Rehabilitación, y posteriormente les explicó que se trata de un estudio para conocer el funcionamiento de las familias con este tipo de población. Durante la primera sesión se le informó a la

familia que la duración será aproximadamente de 1 hora en cada ocasión, que toda la familia permanecerá dentro del consultorio durante las tres sesiones y que la evaluación consistirá en entrevistas familiares en las que todos los miembros tendrán la misma oportunidad de participar. Al finalizar cada sesión se abre un espacio para comentarios de la familia, se les agradece su participación y se acuerda la nueva cita, solicitándoles sean puntuales. Al final de la última sesión se les ofrecerá la posibilidad de comentar con el evaluador los resultados 15 días después, y si lo desean y es necesario a iniciar el tratamiento a través de terapia familiar.

Hasta este momento se ha entrevistado a las familias y se les ha aplicado la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997), falta realizar la tercera entrevista que esta orientada hacia las creencias familiares.

Al finalizar las tres sesiones de evaluación se procederá calificar la escala de funcionamiento familiar de acuerdo a las normas y criterios del autor, para posteriormente integrar esta información con la recabada por las preguntas de la guía sobre creencias familiares de familias con un enfermo crónico discapacitado.

Una vez integrada la información de los dos instrumentos se trabajará en la creación de un modelo explicativo del funcionamiento de este tipo de familias, en la elaboración de criterios preventivos de disfunción y en el desarrollo de un instrumento que permita al personal de salud identificar oportunamente a las familias que requieran atención a nivel de Terapia Familiar.

1ª FASE

Se aplicó la escala de Funcionamiento Familiar creada por Espejel (1997) para evaluar 50 familias que entre sus miembros presenten a un miembro con enfermedad crónica discapacitante, esta aplicación fue acompañada por una entrevista familiar, a partir de la cual se trabajó en el desarrollo de la guía sobre creencias familiares.

RESULTADOS PRELIMINARES (1a Fase)

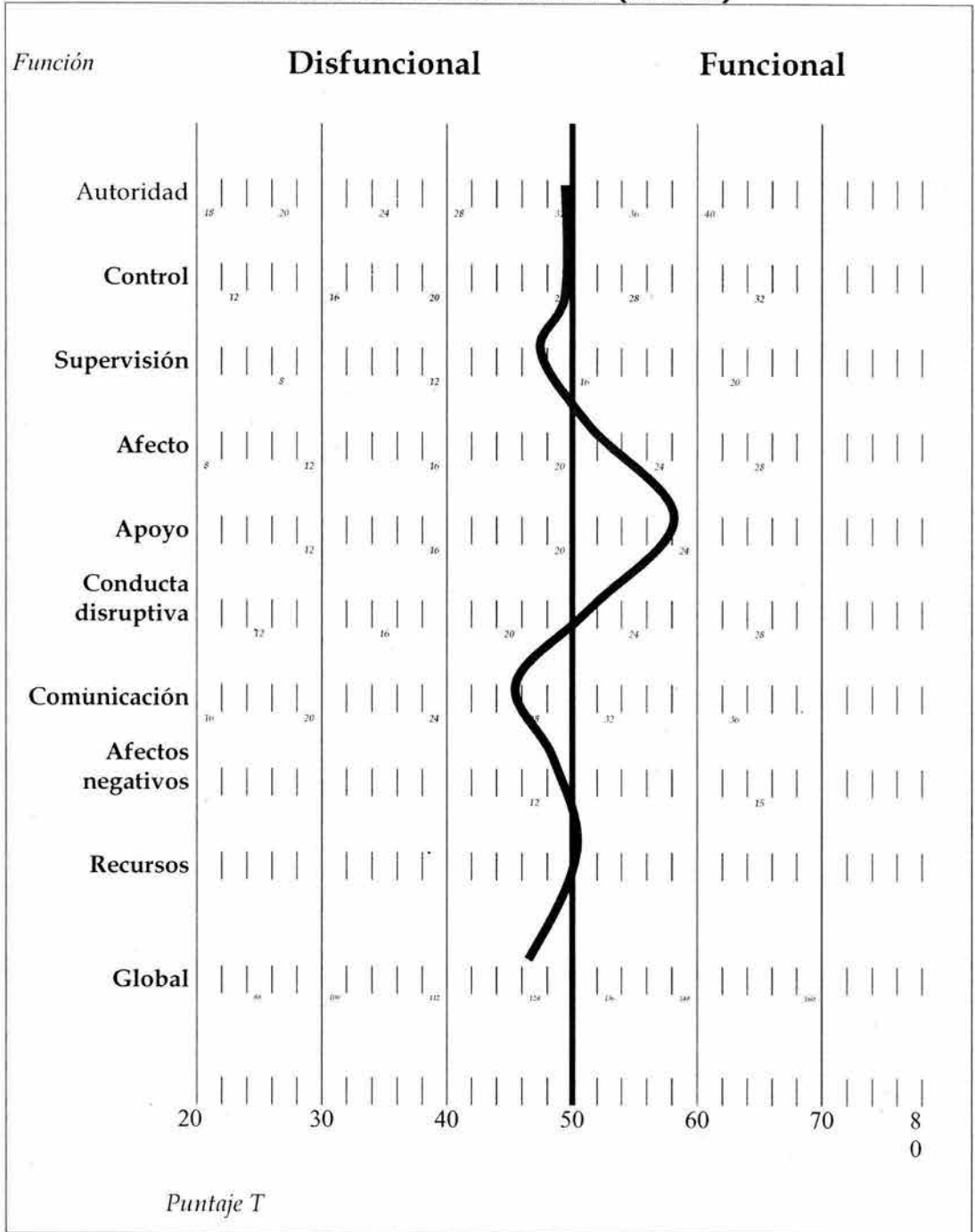


Figura 4. Funcionamiento familiar global de las 50 familias

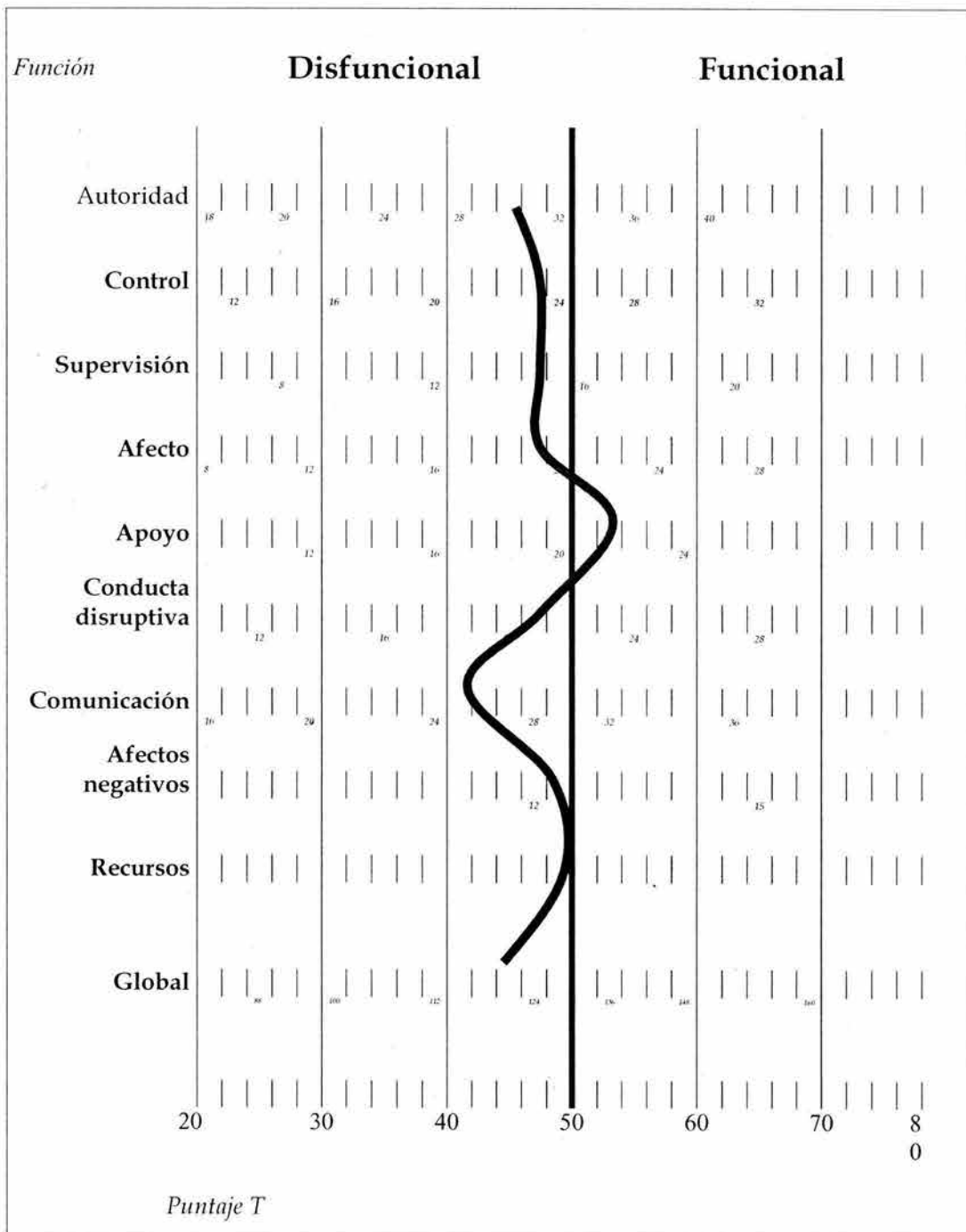


Figura 5. Funcionamiento de las 28 familias que presentan disfunción global

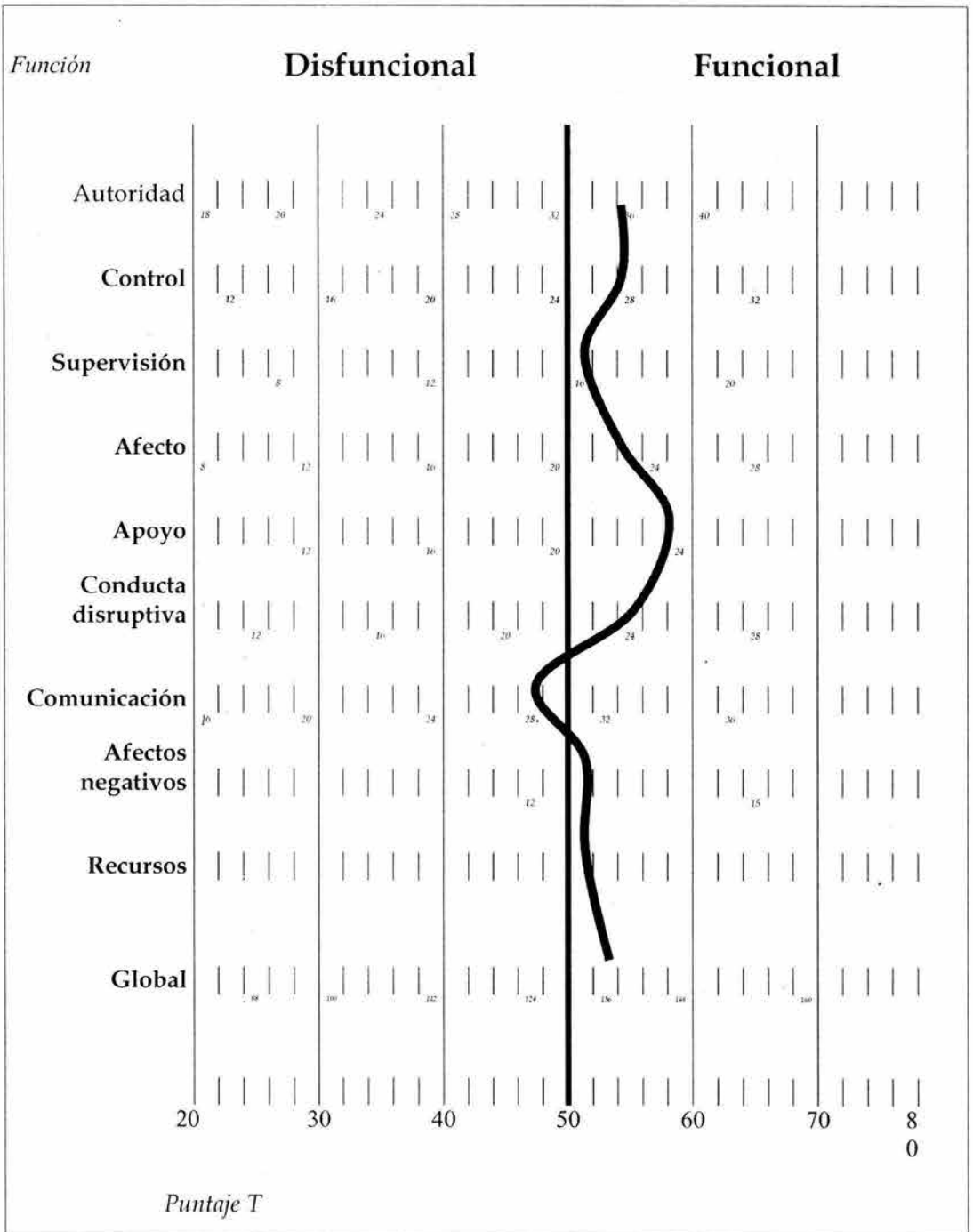


Figura 6. 22 Familias con buen funcionamiento global

Tabla 1. Relación entre comunicación familiar y funcionamiento familiar.

	<i>Funcionalidad Familia Global</i>	<i>Disfuncionalidad Familiar Global</i>	<i>Total</i>
<i>Comunicación Disfuncional</i>	<i>31.6%</i>	<i>68.4%</i>	<i>100%</i>
<i>Comunicación Funcional</i>	<i>83.3%</i>	<i>16.7%</i>	<i>100%</i>
<i>Total</i>	<i>44%</i>	<i>56%</i>	<i>100%</i>

La presencia de problemas de comunicación familiar es un buen predictor de disfunción familiar global, mientras que en las familias donde se presenta una mejor comunicación familiar el funcionamiento global tiende a ser mejor.

Tabla 2. Relación entre tipo de familia y manejo de autoridad.

	Autoridad Funcional	Autoridad Disfuncional	Total
Familia Nuclear	65.2%	34.8%	100%
Familia Extensa	75%	25%	100%
Familia Extensa Uniparental	33.3%	66.7%	100%
Familia Restructurada	42.9%	57.1%	100%
Familia Semiextensa	0%	100%	100%
Total	54%	46%	100%

Las familias que más presentan dificultades para el adecuado manejo de la autoridad con sus miembros de la muestra estudiada son las uniparentales y las restructuradas; por otra parte los núcleos familiares mejor consolidados y con mejor organización para el manejo de la autoridad han sido las familias extensas y las nucleares con roles bien definidos.

Tabla 3. Relación entre tipo de familia y apoyo.

	Apoyo funcional	Apoyo Disfuncional	Total
Familia Nuclear	91.3%	8.7%	100%
Familia Extensa	100%	0%	100%
Familia Extensa Uniparental	77.8%	22.2%	100%
Familia Restructurada	85.7%	14.3%	100%
Familia Semiextensa	100%	0%	100%
Total	88%	12%	100%

Una característica de las familias mexicanas que se encuentran en una situación de enfermedad crónica discapacitante es su capacidad para brindar apoyo a sus distintos miembros. El apoyo que brindan a sus miembros puede ser afectivo, instrumental y/o económico; hacia el interior y/o hacia el exterior de la familia.

CONCLUSIONES PRELIMINARES (FASE 1)

- El área más débil es la de comunicación y el área más fuerte es la de apoyo.
- La comunicación disfuncional tiende a ser buen predictor de disfunción familiar.
- Las mayores dificultades en el área de autoridad se observan en familias extensas y restructuradas por la dificultad para definir los roles.

- La capacidad de apoyo mejora en núcleos familiares con acceso a la familia extensa u otras redes y en núcleos con mejor organización.**
- Las familias no son disfuncionales pero pueden estar disfuncionando.**
- Siendo la comunicación disfuncional un buen predictor de disfunción familiar, es importante reconsiderar acerca de las creencias familiares y la comunicación acerca de éstas (reglas implícitas).**

Las fases subsecuentes de esta investigación aún no se han desarrollado, motivo por el cual sólo se menciona brevemente el procedimiento que habrá de llevarse a cabo.

2ª FASE

Para el diseño de la guía de preguntas sobre funcionamiento familiar con un miembro enfermo se partió de la información que arrojaron las entrevistas y la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel a 50 familias con un enfermo crónico. Se utilizará esta guía para incluir un perspectiva que permita explorar cualitativamente elementos particulares sobre creencias familiares que creemos deben evaluar en este tipo de población.

Guía de preguntas sobre creencias familiares

1. ¿Porqué piensan que su familiar se enfermó? (¿Cómo piensa cada uno?)
2. En su(s) familia(s) ¿alguna vez han tenido otros miembros con enfermedades parecidas?
3. ¿Cómo se han explicado en sus familias que alguien tenga enfermedades como esta?
4. ¿Tienen idea de por que fue en este momento que su familiar enfermó?
5. ¿ Qué efecto ha tenido en sus vidas la presencia de la enfermedad en su familiar?
6. ¿Qué quiere decir para ustedes esta enfermedad?
7. ¿Qué es lo que saben que pueden hacer para ayudar a que su familiar este mejor?
8. ¿ Saben si esta enfermedad puede avanzar? (¿Cómo puede avanzar?, ¿Qué puede provocar que avance?)
9. ¿Qué significado tiene esta enfermedad de acuerdo a sus creencias religiosas?

10. ¿Qué creen que va a pasar en la familia con la presencia de la enfermedad en el futuro? (en cada uno y en la familia en general)
11. ¿Cómo se ven como familia en este momento?
12. ¿De que cosas sobre la enfermedad se habla en la familia?
13. ¿Qué ideas como familia tienen que les ayudan a enfrentar las situaciones dolorosas?
14. ¿Qué ideas como familia tienen que les ayudan a vivir con la discapacidad en la familia?
15. ¿Qué cosas han aprendido como familia de esta experiencia?

3ª FASE

A partir de los resultados y de la información arrojada en la segunda fase se diseñará un modelo explicativo que contemple los distintos indicadores del funcionamiento familiar, el ciclo vital de la familia, el ciclo vital del individuo, el tipo de enfermedad y el ciclo vital de la enfermedad. Se elaborarán así también criterios de prevención de la disfunción en familias que recientemente hayan recibido el diagnóstico médico de una enfermedad crónica discapacitante en uno de sus miembros o bien que estén por recibirlo.

4ª FASE

Se desarrollará un instrumento breve que sirva como filtro para que todo aquel personal de salud del área médica o paramédica del Centro Nacional de Rehabilitación que no cuente con conocimientos de terapia familiar, pueda utilizarlo con las familias que sospeche presenten disfunción familiar y sean canalizadas oportunamente si así es necesario para su atención en terapia familiar. Este instrumento habrá de crearse basado en los indicadores que a partir de la investigación resulten más relevantes para la detección de la disfuncionalidad familiar.

LISTA DE REFERENCIAS.

1. Boss, P. (2001). *La perdida ambigua* (primera edición). Barcelona, España: Gedisa.
2. Boss, P. (2001). *Losing a way of life?: Ambiguous loss in farm families*. Minnesota, EE.UU.: University of Minnesota Extension Service
3. Dym, B. (1987). The cybernetics of physical illness. *Family Process*, 26, 35-48.
4. Epstein, N., Bishop, D. y Baldwin, L. (1983). *MCMASTER model of family functioning: a view of the normal family*. En Walsh, F. (Ed), *Conceptualizations of normal family functioning: a view of the normal family*. New York, EE.UU.: Family Process, Gardner Press.
5. Espejel, A. E. y cols. (1997). *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar* (primera edición). México D.F., México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
6. Fiscella, K., Franks, P. Y Shields, C. (1997). Perceived family criticism and primary care utilization: psychosocial and biomedical pathways. *Family Process*, 36, 25-41.
7. Kornblit, A. (1996). *Somática familiar: enfermedad orgánica y familia* (segunda edición). Barcelona, España: Gedisa.
8. Krueger, D. (1988). *Psicología de la rehabilitación*. Barcelona, España: Herder.
9. Macías, A. R. (1997). *Esquema de evaluación dinámico estructural*. Instituto de la Familia XXV Aniversario, 30-34.
10. Macías, A. R. (1994). *La familia*. En Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Ed.), *Antología de la sexualidad humana*. Tomo 2 (pp. 165-199) México D.F., México: Miguel Angel Porrúa.
11. Meijer, A. y Oppenheimer L.(1995). The excitation- adaptation model of pediatric chronic illness. *Family Process*, 34, 441-454.
12. Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar* (segunda edición). Barcelona, España: Gedisa.
13. Minuchin, S. y Fishman, C. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México D.F., México: Paidós
14. Onnis, L. (1996). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos* (primera reimpresión). Barcelona, España: Paidós.
15. Palomar, L. J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
16. Patterson, J. y Garwick, A. (1994) Levels of meaning in family stress theory. *Family Process*, 33, 287-304.
17. Robles, de F. T., Eustace, J. R. Y Fernández, de C. M. (1987). *El enfermo crónico y su familia: propuestas terapéuticas* (primera edición). México D.F., México: Nuevo Mar.

18. Rolland, J. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-221.
19. Rolland, J. (1988) *Family systems and chronic illness: A typological model*. En Walsh, F. y Anderson, C. (Ed.) *Chronic Disorders and the Family* (pp. 141 - 167). New York, EE.UU.: Harworth Press.
20. Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad* (primera edición). Barcelona, España: Gedisa.
21. Sánchez, S. R. (1989). *Valoración del tratamiento de terapia familiar estructural en familias de pacientes farmacodependientes*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
22. Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1994). *Paradoja y Contraparadoja*. México D.F., México: Paidós
23. Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México D.F., : Manual Moderno.
24. Sorrentino, A. (1990). *Handicap y rehabilitación* (primera edición). Barcelona, España: Paidós
25. Von Bertalanffy, L. (1995). *Teoría General de los Sistemas* (décima reimpresión). México D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
26. Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia* (primera edición). México D.F., México: Manual Moderno.
27. Villegas, D. (1992). Estilo de respuesta de nuestras familias ante el SIDA. *Psicoterapia y Familia*, 5(1), 1-17.
28. Walsh, F. (1983). *Conceptualizations of Normal Family Functioning a View of the Normal Family*. New York: Family Process and Gardner Press.
29. Walsh, F. y Anderson, C. (1988). *Chronic Disorders and the Family*. New York: Harworth Press.
30. Wood, B. (1993). Beyond the psychosomatic family: a biobehavioral family model of pediatric illness. *Family Process*, 32, September, 261-278.

ANEXO 4

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS

• *Objetivos Generales*

La Residencia en Terapias Sistémicas se propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, 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, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

Los estudiantes conocerán y aplicarán las modalidades de intervención de los modelos sistémicos, así como su evolución histórica, desde los modelos estructural, comunicacional y estratégico, hasta los modelos sistémicos y construccionistas. Conocerá también los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan.

• *Objetivos Específicos*

1. Se busca desarrollar en el estudiante capacidades de alta calidad, a través de una formación que integra la asimilación de conocimientos con la práctica especializada y supervisada de su rol como psicólogo clínico especializado. Este proceso activo de formación favorece en el estudiante el desarrollo de su capacidad creativa, en donde el trabajo clínico de aplicar conocimiento, se asocia con conductas reflexivas y cuestionadoras, dirigidas a desarrollar una capacidad generadora de conocimiento y la investigación. Asimismo, el trabajo parte de un compromiso social del estudiante con su propio desarrollo y la población que atiende.
2. El estudiante desarrollará, a través de actividades teórico-prácticas en el ámbito clínico, habilidades para identificar y manejar problemas en el área de la salud mental, en diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas. Se trata de un entrenamiento que integra actividades informativas y formativas, con el desarrollo personal del estudiante como terapeuta y su compromiso social.
3. Esta visión sistémica permitirá al estudiante identificar, de manera integrativa, los problemas clínicos tales como enfermedades psicosomáticas, adicciones, problemas de la

alimentación, así como problemas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, y otros que se manifiestan en el seno familiar (control conductual de los hijos, relaciones intrafamiliares, situaciones traumáticas (como accidentes, muertes, enfermedades crónicas) y problemas en la pareja (infidelidad, divorcio), entre otros. El estudiante adquirirá los conocimientos necesarios de los principales modelos teóricos en las Terapias Sistémicas y Posmodernas, a través de una formación teórico-práctica supervisada, que le permitirán diseñar estrategias de evaluación e intervención para los problemas y demandas de salud mental. Con base en la visión sistémica y construccionista social a aprender, el estudiante se capacitará para entablar una relación de colaboración con los usuarios, detectar y desarrollar las relaciones intersistémicas necesarias para dar respuesta a las demandas y necesidades de los usuarios, estableciendo, en caso de requerirse, relaciones interinstitucionales (con la escuela, comunidad, familia extensa, institución hospitalaria, etc.) así como con equipos interdisciplinarios.

4. El estudiante adquirirá habilidades para realizar investigación cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares y de pareja. El estudiante adquirirá la habilidad de desarrollar programas de prevención y de difusión, con base en los problemas familiares que aprenderá a manejar. Desarrollará una actitud de servicio de acuerdo a las necesidades sociales con las cuales estará en contacto, a través de su trabajo clínico.
5. La formación del estudiante está basada en dos ejes fundamentales: las asignaturas teórico-técnicas y la práctica supervisada en escenarios clínicos, lo cual integra su formación y le permite proporcionar servicios a la comunidad.

Perfil profesional del egresado

El egresado, además de cubrir las competencias del Programa de Maestría de la UNAM, desarrollará las siguientes habilidades y competencias, específicas de un terapeuta sistémico, dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social:

I. Habilidades Teórico Conceptuales:

1. Conceptualizar los aspectos teóricos de los diferentes modelos expuestos en el programa.

2. Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, proponer hipótesis explicativas.
3. Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen.

II. Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación Sistémica y Tratamiento:

1. Capacidad de observación del proceso terapéutico
2. Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio
3. Entrevistar, generar una relación de colaboración
4. Técnicas de enganche y de alianza terapéutica
5. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.
6. Evaluar el tipo de problema y opciones de solución
7. Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
8. Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas
9. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios.
10. Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones
11. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.
12. Crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento.
13. Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación.
14. Tratamiento.
15. Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
16. Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.
17. Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.
18. Elaborar reportes del tratamiento

III. Habilidades de Investigación y Enseñanza:

1. Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
2. Difundir conocimientos.
3. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
4. Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.
5. Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
6. Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales.
7. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

IV. Habilidades Hacia la Prevención.

1. Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria.
2. Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.
3. Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario.
4. Aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

V. Ética y Compromiso Social.

1. Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
2. Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
3. Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
4. Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.

5. Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional.
6. Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante.
7. Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor lo considera necesario.

- **MAPA CURRICULAR**

El currículum de la Maestría en Psicología se conforma por **145** créditos de los cuales **42** se cubren en tronco teórico metodológico y **103** con las actividades de la residencia. El plan de estudios consiste en cursos formales escolarizados organizados en tres ejes temáticos: métodos de investigación aplicada; medición y evaluación; y teorías y modelos de intervención. Y un programa de residencia caracterizado por actividades de enseñanza práctica supervisadas en escenarios de ejercicio profesional. El cálculo de horas por semestre se hizo con base en 16 semanas para las actividades académicas escolarizadas del tronco común y 24 semanas para 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 como lo muestra la siguiente figura:

Habrán dos períodos vacacionales que son los marcados para el personal académico de la UNAM: 3 semanas en julio-agosto y 3 semanas en diciembre-enero. El cálculo de horas por semestre se hizo con base en 16 semanas para las actividades académicas escolarizadas y 22 semanas para las actividades de la residencia.