

31966



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTEMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
JUANA BENGOA GONZALEZ

DIRECTORA DEL REPORTE:

PRESIDENTA MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE EXAMEN:

TITULAR: MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

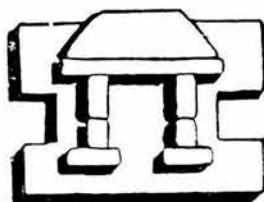
TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.

TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

SUPLENTE: DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO

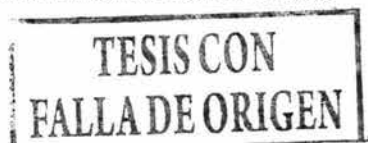
SUPLENTE: DRA. XCCHITL GALICIA MOYEDA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA EDO. DE MEXICO

SEPTIEMBRE DEL 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA

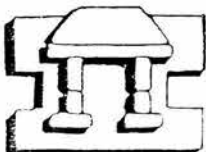
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JUANA BENGÓA GONZÁLEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: PRESIDENTA MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA
TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
SUPLENTE: DRA. MARIA SUÁREZ CASTILLO
SUPLENTE: DRA. XOCHITL GALICIA MOYEDA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

SEPTIEMBRE, 2004.

DEDICO, ESTE REPORTE DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Y AGRADEZCO PROFUNDAMENTE A:

Mi familia:

Mi madre, Lourdes Estela González T. por tus genes matriarcales que hacen que una parte de mi raíz sea fuerte, tenaz, rebelde y se pregunte constantemente el porqué de las cosas y encuentre que siempre existe algo nuevo que agregar a la vida.

A mi padre, Sabel Bengoa G. porque como la otra parte de mi raíz me regalaste la creatividad y la posibilidad inacabable de mirar y volver a mirar el verde de la naturaleza, el poder que la tierra tiene para dar y entender en muchos sentidos a través de estos elementos los sonidos y colores de la vida. Porque en contrastes estás con nosotros.

A ambos por sembrar en mi corazón la noción de lealtad y compromiso.

A ti Carlos López, mi compañero, mi esposo, verdaderamente mil gracias por las noches de desvelo en que la vida nos mostró su dureza y de pronto el dolor llegó hasta el alma, gracias por ser un cielo azul y un sol en esos días oscuros, por a veces cargarme para detenernos a mirar que también había arco iris. Porque tu abrazo ha sido suficiente para flores y tormentas. Por colocar en mi bolsillo la carta del triunfo a la vida, por ser el amor, la delicadeza, la paciencia. Porque siendo un verdadero profesional me regalaste tu apoyo fuerte, en muchas ocasiones tu descanso, en la corrección de este trabajo.

A mi hija, Yize Karelina López B. Mi lucero, encontré que eres el núcleo del ser, el centro emocional, el corazón que late en la constelación de nuestra familia, para mostrarnos que nos sentimos profundamente, que nos queremos y somos capaces de dejar que nuestras alas vuelen y reconozcan nuevos horizontes. Admiro tu valentía y decisión para renovarte para visualizar destinos, para encontrar belleza con tu mirada de niña y mujer mágica. Te amo.

A mi hijo Carlos Andrei López B. Eres el alma que devela la autenticidad y la profundidad con la que podemos ser familia, comunidad y al mismo tiempo individuos, seres íntimos e independientes, libres. Eres también capacidad que puede permanecer en el recuerdo que toca el corazón. Eres energía, creatividad y perseverancia. Te amo.

A mi hermana Lulú, porque juntas podemos reflexionar ahora, que en el dolor de las pérdidas coexiste la oportunidad de volver a elegir. Reconozco y admiro tu bonomía, e inteligencia, tu capacidad de ser excelente en lo que te propones, esto ha sido una luz brillante en mi experiencia de vida.

A mi hermana Pris, por ser en las soledades un ser próximo y callado dispuesto a mostrarse junto a mí y a mi familia oportunamente. Porque sabes y me dejas ver que la vida nos espera o nos rebasa pero siempre nos enseña. Reconozco tu entrega y tu lucha.

A mi hermano Juan Carlos, por los recuerdos de las despedidas cuando eras niño y tocabas tu bote de latón tan fuerte para no escuchar cuando yo decía: "hasta pronto hermanito". Te agradezco las formas discretas de mostrarme tu corazón y tu cariño. Reconozco tu talento, en tantas áreas tan disímiles y me encanta recordarte como el mejor vaquero y murmurador de caballos.

A mis sobrinas y sobrinos: Ximena, Carla, Dayren, Vania Denny, Yara Itzel, Tania, Israel, David, Ulises, por ser agua limpia y fresca, por querernos hasta el sol, hasta la luna, hasta el señor del poder y ser las semillas que en su esencia contienen la grandeza, la fuerza, delicadeza y belleza que un día será el árbol o la planta deseada, los amo; por los cuidados que en ella han puesto sus jardineros: Juanita, Porfirio y Chava.

A mi Gil, Gilberto Bernal, por tu amor y lealtad a mi familia, tu mano fuerte para subir la cuesta, tu oído suave para escuchar los sonidos duros de la vida. Te quiero.

A mis amigas y amigos: Diana Camacho, Silvia Canul, Laura Pérez, Martín González, Fátima Fuentes, Rosario González, por descubrir que la distancia es distancia cuando no hay vínculo. A ti Came, por la luz que pusiste en mi camino y la suavidad de tus palabras. A todos y cada uno de esos seres especiales amigos-hermanos (gaperos) con quienes compartí el lado oscuro y necio, la integridad y el amor.

A mis colegas Yolanda Aguirre y Marcelo Álvarez, del Instituto Milton H. Erickson de Cd. Nezahualcóyotl, compañeros de sueños necios que se niegan a salir de nuestras cabezas; de misiones colectivas donde la palabra vale más que mil firmas, porque los acuerdos más importantes son los que hacemos con nosotros mismos, ahí develamos quiénes somos, qué sentimos, qué creemos y cómo nos damos a los otros ¿recuerdan estas palabras? gracias por su apoyo amoroso, por su mirada cercana.

Al Dr. Gabriel Martínez B. y a la señora Sarita Estevez, gracias por interpretar los mensajes de mi cuerpo y cuidar mi salud con tanto esmero.

A mis maestras y maestros:

Los manantiales de antes.

Al Dr. Daniel Nares, uno de los precursores de la Terapia Familiar en México, y a la **Dra. Carmiña Araujo**, por enseñarme "que la terapia y la vida son en esencia lo mismo si se hacen con el corazón... qué de pronto se siente necesario gastarse viviendo ser en el instante y lo eterno. Gastarse tocando amando, sintiendo, para dejarle a la muerte solo los huesos"... son tus palabras Daniel. Gracias por confiar en mi vocación y darte brillo.

A la Dra. Teresa Robles, por obsequiarme un concierto para cuatro cerebros y la magia de llenar mi cántaro con lo que soy. Aprecio tu palabra que es búsqueda, el espacio que abriste a mi familia.

A la Mtra. Patricia Contreras, porque tu conocimiento, tú corazón son como un lugar mágico donde se albergan seres humanos dispuestos a mirar hasta donde el conocimiento no tiene fin.

Los nuevos manantiales.

A la Mtra. Ofelia Desatnik, por regalarme la idea de que la terapia es una labor de tejido fino que se elabora en cada encuentro, es magia en nuestras manos que borda poco a poco mariposas que salen del capullo, flores que se abren, soles que brillan. Gracias por la proximidad y afecto con que has cuidado mi telar.

A la Mtra. Carolina Rodríguez, eres en esencia sembradora incansable de proyectos, de sueños amorosos, donde se narran historias de esperanza, gracias por convidarme de esas siembras tan preciadas.

A la Mtra. Rosario Espinosa, por develarme palabra a palabra la sabiduría que encierra encontrarse con el ser humano que es alma, huesos y es al fin y al cabo, esperanza y cambio. Por ser tan fina en marcar la diferencia que hace la diferencia. Gracias por abrirme la puerta a esta aventura de conocimiento y vida.

A la Mtra. Susana Montoya, al mostrarme que la alegría y la broma transgreden y son una posibilidad de moverse hacia posiciones más cómodas y flexibles en la terapia.

A la Dra. María Suárez, por convidarme de su confianza en sí misma en su búsqueda y respeto a su trabajo, por su capacidad de matizar su vida con sonidos, danzas y colores diversos.

A la Dra. Luz De Lourdes Eguiluz, por buscar alternativas para crecer en excelencia, por su crítica formadora que hace revalorar el arte y la ciencia de ser terapeuta.

A la Dra. Xóchitl Galicia, por su capacidad de análisis minucioso y claro, como una nota armónica que crea la melodía deseada.

A la Mtra. Laura E. Aragón, porque ofrece en su enseñanza el valor de la paciencia del encuentro entre seres humanos capaces de aprender unos de otros.

A la Mtra. Blanca Barcelata, por su compromiso con la Universidad y por obsequiarme su tiempo en la revisión de mi trabajo.

A las familias, que leyeron para mí, su libro de vida, sus historias, para que yo pudiera darme cuenta de lo mucho que tengo que aprender; a las que pudieron encontrar en mis palabras y en las palabras del equipo una pequeña luz para reinventar la vida. Para quienes no pude ver y me dejan el compromiso de aguzar mis sentidos y conocimientos.

A la Sra. Rosa María Sánchez, porque juntas aprendimos que hay mucho cielo para volar y mucho que aprender en los vuelos.

A los universitarios:

A las personas que con sus impuestos hacen posible que la Universidad exista y sea semillero de seres brillantes. Donde se conjugan y discuten diversidad de ideas teóricas, artísticas, políticas, de investigación. Además de ser un espacio educativo luminoso para quienes el reparto de riquezas no ha hecho justicia.

A los estudiantes que con su compromiso muestran que la Universidad es forjadora de personalidades dispuestas a darse con profesionalismo a nuestra gente, a ese ser que espera ser tomado en cuenta en alguna comunidad, en alguna provincia, en algún rincón de nuestro país. A todos los que pensamos con José Jiménez que la verdadera patria es la imagen de las diferencias humanas, la diversidad de sentimientos, lenguajes y culturas. Los itinerarios plurales que trazamos en nuestro incesante caminar.

A los maestros, maestras, autoridades universitarias y administrativas; a la primera generación y las que vienen que hacen realidad que la **Residencia en Terapia Familiar Sistémica sea y siga siendo de Excelencia Académica.**

A los que creen como yo que los sueños son para siempre...

REPORTE FINAL

INDICE:

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
I.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.	1
I.2 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.	13
II. MARCO TEÓRICO	25
II.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.	25
II.2 Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	31
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	93
III.1 Habilidades Clínico-Terapéuticas.	93
III.1.1 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.	93
III.1.2 Análisis del Sistema Terapéutico total	116
III.2 Habilidades de Investigación.	127
III.3 Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.	133
III.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.	140
IV. CONSIDERACIONES FINALES	145
V. APÉNDICE	152
V.1 Desarrollo del tema para ser presentado en el Examen de Competencias Profesionales: <i>El Tercero pesante: Es necesario saber decir adiós.</i>	152
VI. REFERENCIAS	172
VII. ANEXOS	182

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

I.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA.

Caracterización del campo psicosocial y principales problemas que presentan las familias.

Nuestro país enfrenta problemas serios que lo colocan en los primeros lugares de pobreza, marginación, educación deficiente y niveles de salud alarmantes. Dichos problemas requieren un abordaje multidisciplinario.

La marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud crean diversidad de problemas que se agudizan por situaciones reales del contexto socioeconómico. Es alto el deterioro de las condiciones de vida de los mexicanos que sobreviven a la pobreza sin oportunidades de mejorar sus condiciones.

Existen programas diversos de alimentación, salud y educación. Algunos de ellos como el PRONASOL o el Programa de Asistencia a Adultos Mayores, constituyen una estrategia instrumentada por el gobierno para combatir la pobreza de nuestro país, sólo que a pesar de estos programas, la cifra estimada de población que se encuentra en la miseria es de 60%, lo cual nos habla de la poca efectividad que tienen (Robles, 2000).

Entre los grandes problemas de salud se encuentra un número cada vez mayor de personas con SIDA, alcoholismo, adicciones, reprobación escolar, deserción escolar, violencia familiar, cáncer, diabetes, entre otros, que están íntimamente relacionados a problemas de adaptación, de estabilidad emocional, de convivencia; los problemas de salud requieren ser abordados también de manera prioritaria por los efectos que tienen en la generación de otros problemas y por las consecuencias que tienen en la vida de las personas y en la comunidad.

Dada la anterior situación social y de salud, uno de los niveles de intervención en el área de la Psicología es la atención terciaria que comprende todas aquellas estrategias a seguir cuando el problema es inminente. Esta situación requiere de la participación de personal altamente capacitado y especializado en la atención de problemas psicológicos; se requiere de psicólogos competentes capaces de elaborar hipótesis útiles para la detección de problemas específicos, proponer alternativas de solución efectivas y generar estrategias de intervención.

Las alternativas que se pueden desarrollar caen en diferentes ámbitos: familiar, salud, escolar, comunitario, social. En el ámbito familiar se dan grandes riquezas en las relaciones para la observación y comprensión de fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos.

Dentro de la familia se reproducen comportamientos, mitos, rituales, pautas de producción y reproducción, se crean lazos e intercambios de solidaridad y comprensión, heredados socialmente; se generan sentimientos, problemas, conflictos y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros.

El contexto familiar ha cambiado notablemente en algunas áreas, por ejemplo con la participación de la madre en el ámbito laboral, impactando su dinamismo y estructura, porque en el caso de la mujer que trabaja, tiene doble jornada: la laboral y la hogareña. Por otro lado es más frecuente la denuncia o pedido de atención psicológica en los casos de violencia familiar y violencia sexual.

También han cambiado las relaciones familiares y su contexto, por situaciones económicas reales que obligan a las familias de estilo muy tradicional a modificar su estructura moviéndose de sus roles socialmente establecidos, por la razón de que el padre tiene que ir a trabajar a otro país, muchas veces indocumentado, dejando a su familia por periodos largos de tiempo; en estos casos la madre, que antes sólo se ocupaba de la casa y resolvía los problemas según las reglas de su marido, cambia a una posición jerárquica mayor, ahora ella es quien tiene que enfrentarlo todo sola. Es común que llegue a la consulta comunitaria porque alguno de los hijos empieza a manifestar algún problema psicológico como pueden ser depresión, anorexia, bulimia, problemas de conducta o fracaso escolar. Es de notar que estas familias quizá no hubieran cambiado su estructura y sus modos de relación, si el padre no se hubiera visto impelido a partir.

Entonces, la situación económica ha provocado que muchas familias, busquen estrategias que les permitan superar el impacto de los bajos salarios y el desempleo, integrando la aportación de los hijos y la esposa en la obtención de ingresos económicos para sobre llevar el gasto familiar. Si las familias manifiestan cierta flexibilidad para manejar estos cambios, se reacomodan y forman redes de apoyo entre ellas; pero si por el contrario, su condición es la rigidez, se provocan tensiones en su interior que pueden amenazar con la ruptura o la desintegración dejando a algunos de sus miembros, como es el caso de los más jóvenes, en situaciones desfavorables, con alto riesgo de caer en adicciones, embarazos no deseados y otros problemas.

Ahora bien, el problema de la violencia doméstica afecta a niños y mujeres y representa un problema de salud pública que ha ido en aumento, así como los problemas alimentarios que en mucho

responden a exigencias sociales sobre la imagen deseada que "debe" proyectar una mujer, sin olvidar los relativos a todo tipo de adicción.

La violencia familiar se reconoció, por su extensión y relevancia, como un problema social que tiene que trascender el ámbito privado para su abordaje, de tal manera que el tema se hizo extensivo a los ámbitos internacionales como lo es la Organización de las Naciones Unidas, que en 1993 emitió la declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer. En el año de 1996, fue aprobada en México la Ley de Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Tal apertura dio origen a la formación de profesionales especializados en terapia de género, familiar y de pareja que se han apoyado en distintos modelos teóricos surgidos de la aplicación clínica retomada de la Teoría General de los Sistemas y el Construccinismo Social, que laboran en centros especializados como es el caso de las Unidades de Atención a la Violencia Familiar.

La violencia ha sido definida desde la orientación legal como "aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, relación civil, matrimonio, concubinato o que mantenga una relación de hecho y que tiene el efecto de causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento o control" (Modelo de Atención Psicosocial para las Unidades de Atención a la Violencia Familiar, 1999, p. 29).

Las manifestaciones más frecuentes de violencia son: a) maltrato físico, agresión intencional en la que se utiliza alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro encaminada a su sometimiento o control; b) maltrato psicoemocional, actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe deterioro, disminución o afectación a sus estructura de personalidad; c) maltrato sexual, actos u omisiones reiterados y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generan dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generan un daño, así como los delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.

Según la encuesta realizada en la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A.C. (COVAC, 1995), el 62.22% de los niños son identificados como los miembros de la familia maltratados con mayor frecuencia, de acuerdo con el Sistema Integral de la familia (DIF). De 1996 a 1997, se reportaron 28,498 niños maltratados. Las madres de estas familias siguen a los menores en frecuencia

con un porcentaje del 20.9%. Otras estadísticas que revelan la magnitud del problema son las aportadas por el INEGI (2000); éstas indican que en ese año se registraron 1,741 divorcios relacionados con situaciones de maltrato.

Las mujeres maltratadas, dada su condición de dependencia económica del marido, la indefensión generada en la relación y la cronicidad del maltrato, tienden a tolerar la situación aversiva en que viven o a minimizarla y con ello se crea un perfil (baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, depresión, nula asertividad) inquietante que puede detonar en homicidio o suicidio. En el año de 1997 ocurrieron 340 intentos de suicidio y el 57.9% fue intentado por mujeres; los problemas familiares y amorosos representan dos de las razones de los intentos de suicidio en las mujeres.

En cuanto al alcoholismo y la drogadicción se sabe que son amenazas serias para la juventud. De acuerdo con el Centro Estatal Contra las Adicciones, más de 200 mil jóvenes entre los 12 y 22 años consumen bebidas alcohólicas y el 38% de ellos lo hace hasta embriagarse. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que la primera causa de muerte entre los jóvenes de 14 y 17 años son los accidentes automovilísticos, y el 50% de éstos están asociados al alcohol (INEGI, 2000).

En relación con la drogadicción, la fuente antes señalada indica que el 54% de los consumidores de marihuana tiene entre 12 y 18 años. Además, menciona que la mayoría de los menores que consumen inhalantes iniciaron esta práctica a los 10 años, provocando, en muchos de ellos, daños cerebrales irreversibles. Finalmente, el 80% de los jóvenes que agreden a su familia, son farmacodependientes.

Los problemas de abuso de sustancias se relacionan con violencia, robos, arrestos, periodos de desesperada ansiedad y muerte por sobredosis. El abuso de drogas suele originarse en la adolescencia, (Stanton y Todd, 1990).

Desde una visión clínica, autores como Nardone (2003) o Fiorenza (2003) plantean que las nuevas exigencias sociales de protección y cuidado a los hijos estimuladas por disciplinas como la Pedagogía, la Psicología y el Derecho, llevadas a su extremo, han cambiado la noción de *ser padre*, evolucionando a estilos de permisividad y máximos cuidados a los hijos, lo cual ha redundado en algunos casos en la falta de una dirección firme y manejo adecuado de la autoridad. Los padres, en ocasiones llenos de culpa, desean lo mejor para sus hijos y caen en la hiperprotección, generando con ello una larga dependencia que en su desarrollo, sin proponérselo, crea problemas particulares: violencia, falta de motivación para el trabajo escolar y con ello fracaso, conductas antisociales entre otros.

Ochoa de Alda (1995), por su parte, aporta que el origen de la sintomatología suele situarse en las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital. Las familias

acuden a terapia cuando se ven impotentes en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo. En este sentido el terapeuta familiar se convierte en un profesional que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es de gran importancia que observe el contexto particular que rodea a esta familia, sus creencias, la etapa de vida por la que atraviesa, su situación particular y por supuesto sus fortalezas, de tal manera que sea posible arribar a un cambio.

Ante una problemática familiar tan amplia, los organismos nacionales e internacionales se han dado a la tarea de elaborar programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles: prevención, intervención y rehabilitación. Para ello se fundan, por ejemplo, agencias especializadas en delitos sexuales del Ministerio Público, se conforma la Unidad Especializada de Atención y Orientación Legal a las Víctimas del Delito y sus Familiares, dependiente de la Procuraduría General de Justicia del D.F. Años más tarde se crean las Unidades de Atención a la Violencia Familiar, a raíz de la promulgación de la ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar. De manera consistente, en estas dependencias se ha trabajado para consolidar modelos de prevención e intervención que abarquen a los diferentes miembros de la familia involucrados en el problema.

Así vemos que son diversas las razones por las que los problemas familiares se manifiestan, por ello se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo enfocar al paciente identificado, al que se considera portador de un síntoma; es útil entenderlo dentro de su contexto, de ahí la importancia del paradigma de la Terapia Familiar Sistémica.

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

En la historia de la psicoterapia se han desarrollado diversas aproximaciones teórico-filosóficas respecto a la comprensión y explicación del ser humano; dentro de estas aproximaciones también se han identificado diferentes nociones respecto a los procesos de formación de los problemas psicológicos, así como las estrategias terapéuticas para incidir en ellos.

El enfoque sistémico es una aproximación para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Se caracteriza por la brevedad de sus procesos terapéuticos y por la posibilidad de brindar atención a los diversos problemas psicológicos que se presentan en los individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad

de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones (UNAM, Programa de la Residencia de Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Desarrollo y situación actual del campo disciplinar.

Las terapias familiares nacieron en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial como consecuencia de una toma de conciencia, por parte de ciertos psicoanalistas, de los límites de su práctica. Ellos habían observado que a la mejoría de sus pacientes seguía la aparición de un problema en otro miembro de la familia, o bien, por el contrario, una mejoría en cada uno de los demás miembros. Cada uno de estos clínicos experimentó por su lado diferentes enfoques en la atención a la familia, apoyándose en sus conocimientos psicoanalíticos y en los modelos de terapia de grupo. Con esperanza, pero también con mucha decepción y frustración, se intentaron prácticas tan diversas como la terapia de cada uno de los miembros de la pareja en presencia del otro o las psicoterapias de grupos familiares (Bell, 1961).

Ackerman (1937, 1958), en cambio, percibe a la familia como una entidad en sí misma que posee su propia vida psicológica y social. Él intentó abrir los conflictos familiares, que estaban subyacentes y develar los "secretos de la familia"; además percibió que el impacto de estos secretos, se apoyaba más en la prohibición de enunciarlos que en una ignorancia real de los hechos que los secretos debían encubrir.

Otros psicoanalistas tomaron conocimiento de estas ideas, entre éstos Bowen, quien con sus investigaciones en el Instituto Nacional de Salud Mental de Bethesda, desarrolló un modelo centrado en el concepto de la *diferenciación* del individuo frente al *yo familiar indiferenciado* (1961 y 1978). El nivel de diferenciación individual puede transmitirse de generación en generación. Cada miembro de la familia está en peligro de encontrarse dentro de *triángulos emocionales* que pueden reducir su autonomía, por lo que se proponen encuentros con los padres o con los abuelos (no necesariamente en presencia del terapeuta) para facilitar la *des-triangulación*.

Por otro lado, Boszormenyi-Nagy (1973, 1986), creó el movimiento de la Terapia Contextual y, sensibilizado hacia las transmisiones que se dan de una generación a otra, definió su concepto de *lealtad*, para describir con ello, el lazo resistente y profundo que une entre sí a los miembros de una misma familia, lazo que trasciende todos sus conflictos. Según este autor, las familias llevan un *libro de cuentas* donde ponen los haberes y las deudas (es decir, las faltas o trasgresiones cometidas). Es como si existiera una ley que impusiera el reembolso o la reparación de cada deuda. Si esta ley no es

respetada, el peso de la deuda se transmitirá a la generación siguiente, donde uno de los miembros puede transformarse en el *delegado* del papel de velar por el reembolso de la deuda o por la retransmisión de esta función hacia un descendiente. Para Boszormenyi-Nagy, el paciente designado es aquél que está ligado por lealtades invisibles a esta función de purgar las deudas de su familia. El modelo terapéutico contextual intenta clarificar estos lazos, identificar la deuda y liberar de la misma a la familia y a su paciente.

Las investigaciones realizadas en California propiciaron que emergiese una base teórica diferente, capaz de construir un punto de anclaje para nuevas terapias familiares. Hacia 1954, Gregory Bateson, un biólogo que se había hecho antropólogo, apasionado por todo lo referente al fenómeno de las relaciones y la comunicación, creó en Palo Alto, un grupo interdisciplinario de investigación. Algunos integrantes de este grupo se dedicaron a estudiar la comunicación en los pacientes esquizofrénicos, acentuando la importancia de los vínculos paradójicos que se dan entre los pacientes y sus madres. A partir de estas observaciones surgió en 1956 la noción del "*doble vínculo*", acuñada por Jackson que hace referencia a una relación en la cual uno de los protagonistas recibe del otro, dos mensajes contradictorios sobre el mismo asunto, pero situados en niveles diferentes. El contexto es tal, que no permite detectar ni comentar la inconsistencia de la comunicación, ni tampoco escapar a la misma; por lo tanto la esquizofrenia puede aparecer como una manera adecuada de reaccionar ante una situación semejante (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Gracias a la variedad de las disciplinas de las que procedían sus investigadores (ingenieros, biólogos, psiquiatras, entre otras), el grupo de Palo Alto tuvo acceso a las teorías que estaban en proceso en esa época: la *Cibernética* con su contribución de la noción de causalidad circular (Wiener, 1948), la *Informática* y las nociones de *red* (Shannon, 1949), la *Teoría de los Juegos* (Von Neumann, 1947), la *Teoría de los Tipos Lógicos* (Whitehead y Russell, 1910), y, por último, la *Teoría General de los Sistemas* del biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1968). La primera etapa de las investigaciones consistió en percibir toda comunicación como un juego *circular de retro-acciones* (de A hacia B y de B hacia A) y no como un mensaje sostenido por una relación lineal. Bateson y sus colegas consideraron que la estabilidad familiar se mantenía gracias a las retroacciones que gobiernan los comportamientos de la familia y de sus miembros. Según ellos, mientras el sistema esté amenazado –perturbado– las retro-acciones (consideradas como negativas) tienden a restaurar o mantener su equilibrio o su homeostasis; a partir de esto, el comportamiento sintomático podría considerarse como un mecanismo homeostático. De esta manera se conceptualizó a la familia como un *sistema abierto* (Von Bertalanffy,

1968), es decir como un conjunto de elementos (de personas en la circunstancia) en interacción con sus intercambios con el mundo exterior,.

Todas estas investigaciones dieron como origen a la publicación de artículos ahora históricos, como "Toward a theory of schizophrenia" (Hacia una teoría de la esquizofrenia), (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). En 1959 se crea en Palo Alto el Mental Research Institute.

Entre 1955 y 1957 se organizaron en Estados Unidos los primeros encuentros nacionales de los psicoanalistas indicados y del grupo de Palo Alto; de esta manera nació la Terapia Familiar Sistémica.

El conjunto de todas las investigaciones mencionadas aportó al desarrollo de las distintas escuelas de terapia familiar; esta gran variedad de disciplinas y de orientaciones, tiene un tronco común, que es el seguir dando importancia al contexto (pareja, familia, red, institución), donde tiene lugar el fenómeno identificado como problema o síntoma, y donde los miembros de este contexto participan de la sesión terapéutica, al igual que el paciente identificado.

Desde la década de 1960 hasta mediados de la década de 1980, el modelo Sistémico-Cibernético que introdujo Bateson y sus colaboradores, fue la inspiración para el trabajo de la mayoría de los terapeutas de familia y pareja.

Como lo refiere Sluzki (1986), el campo de la Cibernética ha progresado más que ningún otro sector de la ciencia, a través de "saltos". Cada nuevo salto significó el desarrollo de nuevas ideas, nuevos conceptos y nuevos temas dominantes. A su vez, cada desarrollo hizo sentir sus efectos sobre el lenguaje y el pensamiento en los campos influidos por la Cibernética, como la terapia familiar.

La Cibernética de primero y de segundo orden.

En la actualidad se podría clasificar al conjunto de las escuelas sistémicas en función de dos ejes: el eje del tiempo y el eje de la neutralidad (postulada o bien, negada) del terapeuta. Estas dos corrientes son la Cibernética de primer orden y la Cibernética de segundo orden.

Cibernética de primer orden. La referencia para las terapias sistémicas iniciales era la primera Cibernética, que después se definió como "Cibernética de orden primero", basada en el supuesto de que era posible separar el sistema observado del sistema observante. La primera Cibernética, de Wiener, sustentada en mecanismos de control, estaba centrada en el concepto de retroalimentación (feedback) negativa y en sus procesos de reducción de la desviación y se interesaba sobre todo por el modo como los sistemas mantienen su estabilidad compensando la desviación con mecanismos de retroalimentación (homeostasis o morfostasis). Posteriormente Maruyama (1963), propuso una "segunda Cibernética",

más apta para ser aplicada a los sistemas vivientes, centrada en el modo como los sistemas modifican su organización mediante procesos de amplificación de la desviación y, por ende, de retroalimentación positiva (morfogénesis).

Los terapeutas familiares de la primera hora tuvieron la tendencia a considerar a las familias como sistemas cibernéticos, sedes de retro-acciones positivas o negativas, favoreciendo las positivas un cambio de estado y contribuyendo las negativas a mantener un funcionamiento estable.

En este enfoque, se sitúa al observador terapeuta en un nivel lógico diferente al de sus pacientes; esto dejaba al terapeuta fuera del fenómeno observado: la familia por tanto, era como tablero cuyo juego equilibrado mantenía en su lugar un problema o un síntoma. Gracias a su exterioridad respecto de ese sistema, el terapeuta debía estimular nuevos movimientos en las piezas a fin de impedir que el problema persistiera. Se consideraba a sí mismo como un observador neutro y, por consiguiente, objetivo, de una realidad interactiva familiar. Si sentía que su neutralidad se hacía frágil, consideraba que la familia era responsable de ello porque su funcionamiento era tan intenso que el terapeuta tenía dificultad para sustraerse al mismo. Era necesario recurrir a todo tipo de estrategias para reencontrar su neutralidad. Sin embargo, el terapeuta tenía en cuenta su propia participación en el sistema cuando hallaba normal que sus intervenciones pudiesen tener repercusiones en la familia. Al mismo tiempo, ignoraba el efecto que sus prescripciones terapéuticas tenían sobre él mismo y las retro-acciones que suscitaban.

Esta forma de terapia parece más cerebral que emocional, incluso si suscita o amplifica sentimientos en los miembros de la familia. El terapeuta se ve obligado a ahogar sus propios afectos y su subjetividad frente al sufrimiento de sus pacientes, a pesar de que la misma debe tocarlo para que pueda presentir su existencia y reconocerlo. Por tal motivo la posición alegada como neutra es difícil de sostener, puesto que la materia emocional sobre la que trabaja el terapeuta debe poder ser aprehendida, desembocando enseguida en una reacción que se considera desprovista de toda subjetividad y afectividad.

Cibernética de segundo orden. Hacia 1959, Bateson escribió: "nuestra teoría exige y favorece, pues, una revisión del pensamiento científico como la que ya se ha operado parcialmente en muchos campos de la investigación, desde la Física hasta la Biología: la misma supone que el observador pertenece al campo mismo de la observación y que, además, el objeto de observación nunca es una "cosa" sino siempre una relación o una serie indefinida de relaciones" (Bateson, 1959, p. 34).

Al comienzo de la década de 1980 aparecieron en el campo de la terapia familiar las primeras alusiones a la Cibernética de segundo orden, bajo la influencia del investigador en Cibernética Von

Foerster, de los biólogos Maturana y Varela y del cognoscitivista Von Glaserfeld (1981). También se le conoció como Cibernética de los sistemas observantes o Cibernética de la Cibernética: ésta se sitúa en un nivel diferente respecto de la Cibernética de orden primero, a la que de algún modo incorpora. Es una Cibernética de la autorreflexión, en la cual el foco de interés es el propio observador que, con sus prejuicios, teorías y sensibilidad, construye y describe la "realidad" observada.

En este nuevo modelo se consideraba al observador como parte de lo que observa, respecto de lo cual ejerce y recibe al mismo tiempo, una influencia. Von Foerster (1981) habla a partir de entonces del "sistema observador". El que participa de esta forma de observación "interactiva" pierde desde ese momento su etiqueta de neutralidad objetiva, pero gana en riqueza y en complejidad, de parte de las particularidades de todos los miembros del sistema que construyen con él una representación de la realidad.

Aplicada al campo de la terapia familiar, la concepción de que los sistemas mismos se organizan y se sostienen por sí mismos aspecto auto-poietico de los sistemas (Maturana, 1988, 1989), implica que el terapeuta tenga en cuenta su propia vivencia en el seno del sistema terapéutico y revitalice las impresiones propias, dejando de otorgarles un carácter absoluto e indiscutible. Esto hace que salga, en cierto modo, de una posición de poseedor de una verdad, para entrar en la de un partícipe. Lo anterior llevó a cabo una ruptura epistemológica entre la Cibernética de primer orden y la de segundo orden: se pasa de la descripción de un juego interaccional que funda la existencia de un sistema percibido como una realidad, a la elaboración de un sentido otorgado al mundo que nos rodea. El sistema designado es en sí mismo un mapa tomado ocasionalmente de un diccionario de metáforas ilustradas, pero nada más que eso. Este paso es similar a un cambio de nivel lógico, de la creencia en una realidad absoluta designada, se pasa a una idea de la construcción de mapas, donde los conceptos siguen siendo maneras de designar una aprehensión, de organizar un sentido, a partir de una percepción y no de una realidad objetiva.

El enfoque mencionado contribuyó a la aparición del Constructivismo (Watzlawick, 1981), y del Construccinismo Social. El Constructivismo sugiere que la realidad "absoluta" es independiente de toda experiencia y que los conocimientos que creemos tener en ningún caso son una imagen o una representación del mundo real sino solamente una llave que abre caminos posibles. Keeney (1985) lo describe como la perspectiva que se interesa por la participación del observador en la construcción de lo que se observa. Desde un punto de vista constructivista, todas las descripciones de las familias y de la terapia familiar se consideran ante todo como informaciones sobre los observadores; Von Foerster (1981) invita a pasar del sistema observado al sistema observador y observante.

La Cibernética de orden segundo y el pensamiento constructivista adquirieron una gran importancia al atraer la atención sobre el sistema hombre. Maturana y Varela fueron, junto con Von Foerster y Von Glaserfeld, los autores más destacados e influyentes en la introducción del pensamiento constructivista en el campo de la terapia familiar. Ellos pusieron en el centro al observador que, a través de un proceso de distinción, hace emerger los sistemas del fondo, lo que constituye un primer paso para la construcción de la realidad en la cual está inmerso. La "realidad" se co-construye en el lenguaje a través del consenso y, como lo ha afirmado Maturana (1980), hay tantas "realidades" como conversaciones: o bien, no vivimos en un universo sino en un multiverso. El impacto de semejante cambio epistemológico fue notable; la atención se desplazó del sistema observado al sistema observante; de "descubrir" una realidad externa a "inventar" la realidad; de la así llamada visión objetiva a la reflexión y la autorreferencia (Boscolo y Bertrando, 1996).

Al principio, el foco de la atención y de la intervención había estado en el sistema significativo conectado al problema presentado; este sistema comprendía al paciente designado, a la familia vista en un marco trigeracional, al autor de la derivación y a otros expertos o servicios socio-sanitarios, además de la compleja red de relaciones que los conectaba. Originalmente, el concepto de sistema significativo se refería a las personas en relación con el problema presentado; en otras palabras, al individuo y a los sistemas con los cuales estaba conectado. Ahora, con la Cibernética de orden segundo y el Constructivismo, el sistema significativo llega a incluir, además de las personas, las ideas y los significados conectados con los problemas presentados como son vistos y descritos por el observador e, incluso y sobre todo, al observador mismo, cuyas descripciones están inevitablemente condicionadas por sus prejuicios y sus teorías.

En el periodo de la primera Cibernética, el observador, desde una posición externa, comprobaba la modalidad organizativa del sistema observado. Este concepto, transferido a nuestro lenguaje terapéutico, conducía -sobre la base de una visión normativa- a la búsqueda (y descubrimiento) de disfunciones y patología, pero también al uso de intervenciones capaces de cambiar la organización patológica del sistema. En cambio, en la Cibernética de orden segundo, el observador está conectado recursivamente con el sistema observado, y sus prejuicios y teorías entran en sus descripciones y explicaciones, conduciendo de esta manera a la construcción (o invención) de la realidad observada. El concepto de conocimiento objetivo desaparece para dar lugar al de conocimiento construido a través de la autorreflexión. Los sistemas vivientes llegan a asumir la característica de sistemas autónomos y autoorganizados.

Inspirándose en estas ideas, Mony Elkaïm (1982), subraya la no neutralidad de aquél que pretende observar un proceso dentro de un sistema. Para Elkaïm, el terapeuta es un miembro activo del sistema terapéutico; él co-construye con la familia una imagen sistémica a través de ensambles que se establecen entre él y la familia en puntos de resonancia.

La visión posmoderna.

El Construccinismo Social (Hoffman, 1990), considera que nuestras creencias referentes al mundo son invenciones sociales; no se presenta al mundo como un reflejo o un mapa, sino como una estructura artificial de intercambios comunes: el desarrollo de los conocimientos es un fenómeno social y la percepción no puede evolucionar sino en el seno de la comunicación. En esta línea, el grupo de Galveston (Anderson y Goolishian, 1988) y Hoffman (1990, 1991, 1992), se han interesado en la semántica postmoderna, en las narraciones y en la lingüística. En esta corriente, las terapias adquieren la forma de conversaciones entre personas que no tienen otra "realidad" que la acordada por mutuo consentimiento. La terapia se considera como un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en el seno de lo que ellos denominan "conversación terapéutica". En esta conversación se requiere del diálogo, ya que la actividad psicoterapéutica se realiza a través de la "cura por la palabra". Este proceso está basado en la comprensión mutua, el respeto, la disposición para oír y escuchar, y una actitud abierta que se demuestra por la búsqueda de lo que se dice, más que por su "patología". Esta es la esencia de la conversación terapéutica. Para los construccionistas, el terapeuta deja de ser un experto en materia psicológica, pudiendo reconocerse a lo sumo nada más que una capacidad "artística" de mantener la conversación. Él participa del proceso del sistema que crea un lenguaje y sentido, a fin de conducir el diálogo a la disolución del problema y a la disolución del sistema mismo.

El Posmodernismo, definido por Varela, Thompson y Rosch (1991), está caracterizado por *una ausencia de fundamentos*. En todo caso, se trata de superar (negar) las grandes narraciones que dieron lugar al modernismo. Boscolo y Bertrando (1996), mencionan que este movimiento ha sido convalidado incluso por los resultados de las ciencias cognitivas y por las tendencias más recientes de la neurociencia, que han puesto en duda no sólo al mundo *objetivo*, sino también el concepto mismo de un *self* subjetivo, estable y definido.

El pensamiento posmoderno rechaza las metanarraciones, término con el que se denomina a los sistemas globales que se presentan como absolutos y *verdaderos*. Para los posmodernos, que en cada teoría y en cada sistema de pensamiento sólo ven una narración, es más importante concentrarse en las

narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas que se presentan como historias simples y no aspiran a la verdad absoluta ni a la universalidad. El posmodernismo sustituye la historia única y progresiva por la *genealogía*, cuando define a la terapia como la recuperación de los *resultados únicos* y la creación de *historias alternativas*. Se arriesga así a aceptar todas las narrativas (todos los puntos de vista). Se niega a juzgarlos como mejores o peores, abandonando el concepto *moderno* de verdad: no existe una verdad que tenga valor absoluto, sino verdades que tienen un valor y una validez *locales*, dentro de su propio paradigma o, mejor aún, dentro de la comunidad que las ha promulgado. Esto es lo que Rosenau (1992) definió como una visión contextual de la realidad. Sin embargo Jones (1993), indica que esta posición de completo relativismo es un tanto peligrosa en el campo terapéutico, si se la lleva hasta sus últimas consecuencias.

Los autores posmodernos tampoco ven al *sujeto*, al individuo, como dotado del mismo grado de identidad y solidez que el sujeto moderno. La crisis de la ideología, la multiplicación de los modelos de vida individual, de pareja, de familia y de grupo, pero también –y sobre todo- el flujo cotidiano de informaciones, significados y modelos de vida, que provienen de los medios de comunicación masiva cada vez más arrolladores y totalizadores – entre los que la televisión ocupa el primer lugar- someten al *self* del hombre contemporáneo a un permanente bombardeo. De esto derivan efectos a menudo negativos para el desarrollo de su identidad, que con frecuencia se torna difusa, múltiple, *saturada* por los infinitos mensajes que recibe del ambiente.

De esta manera, el sujeto posmoderno se caracteriza por la ausencia de una fuerte identidad individual. El mayor problema de esta corriente es que al negarse a aceptar una teoría o privilegiar un punto de vista, tiende al relativismo total. Esto genera una inevitable paradoja: no aceptar las teorías es siempre una posición teórica (o metateórica). Por eso incurre en una contradicción: es siempre fiel a un prejuicio teórico constante y unívoco, precisamente al que le impone no ser fiel a ninguna teoría.

I.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica se propone como objetivo general, capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de la 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 Construccionalismo Social tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional,

cultural, político y económico), el lenguaje y la construcción de significados. El programa de esta Residencia surge en 2001 como parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM y se imparte en dos entidades académicas: Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Tiene entre sus objetivos medulares, la formación de competencias profesionales en el campo real de la acción del psicólogo que desee formarse en la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. Hay un énfasis en la especialización profesional para formar psicólogos que desarrollen estrategias de detección, análisis e intervención en el ámbito psicosocial y de la salud, donde se presenten problemas diversos en la familia y los contextos donde están inmersas. En este sentido, el programa impartido en la FESI propone que el aprendizaje y la formación se dé en tres escenarios clínicos, uno en la entidad académica (Clínica de Terapia Familiar en la FESI) y dos sedes externas, el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco y la Clínica Tlalnepantla del ISSSTE en Ceylán.

Las actividades clínicas pueden ser analizadas desde la visión sistémica, porque el contexto en que cada una de las sedes está inmerso matiza de forma diferente, por un lado el aprendizaje y, por otro, los elementos o subsistemas que intervienen o deben intervenir en la terapia y en las personas involucradas en el proceso. Cada escenario tiene sus propias características en cuanto a tipo de problemas y tipo de población que se atiende, infraestructura y objetivos que se plantea.

Asimismo, en la parte de enseñanza, el estudiante cuenta con la oportunidad de trabajar con estilos diferentes de supervisión; en cada escenario clínico se cuenta con la experiencia de dos supervisoras (excepto en el CCH, que sólo cuenta con una supervisora), que trabajan con equipos de terapeutas en formación.

Por ejemplo, en el caso del CCH y la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala, ambos forman parte de un sistema más amplio que es la Universidad Nacional Autónoma de México y coinciden en dos de las funciones sustantivas de la institución que son, el servicio a la comunidad y la docencia; a la vez ésta se encuentra inserta en el macrosistema social que determina en gran medida el perfil de sus egresados con base a sus necesidades y las políticas educativas a seguir; de esta manera, todo lo que en su seno se genere responde a estas demandas amplias del sistema. Ambos espacios marcan una diferencia con respecto a la Clínica Familiar del ISSSTE que es una institución que pertenece al Sistema de Salud pública del país, donde se inserta la docencia por convenios establecidos con la Universidad. En muchos hospitales y clínicas del sector público se forman médicos, enfermeras y ahora psicólogos pero el objetivo modular de estas instituciones no es la docencia sino la atención en los tres niveles: prevención, intervención y rehabilitación.

Dada la anterior condición y lo relativamente reciente de la presencia de especialistas en psicoterapia en este ámbito, considero que se están edificando bases muy importantes, primero, para ampliar la formación y el desempeño del terapeuta en ambientes laborales hospitalarios y clínicos y segundo, para la atención integral de los consultantes.

Algunos de los objetivos particulares del programa de la residencia se cumplen en el trabajo realizado en estos escenarios; ejemplos de ello son:

1. Lograr una formación que integre y asimile los conocimientos con la práctica especializada y supervisada. Este proceso activo de formación propicia el desarrollo de la creatividad, la reflexión y cuestionamiento del conocimiento aplicado.
2. Realizar actividades teórico prácticas que conlleven al manejo de habilidades para identificar y manejar problemas en el área de la salud mental en diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades.
3. Identificar de manera integrativa, los problemas clínicos tales como las enfermedades psicosomáticas, adicciones, problemas de la alimentación, violencia familiar, abuso sexual y otros que se manifiestan en el seno familiar: control conductual de los hijos, relaciones intrafamiliares, situaciones traumáticas (accidentes, muertes, enfermedades crónicas) y problemas en la pareja: infidelidad, violencia, divorcio, entre otros. Capacitarse para establecer una relación de colaboración con los usuarios, detectar y desarrollar las relaciones intersistémicas necesarias para dar respuesta a las demandas y necesidad de los usuarios.

Descripción de los escenarios.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala cuenta con tres escenarios para el desarrollo de las actividades clínicas de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, dado que la columna vertebral de la Residencia es la práctica clínica se requiere un mínimo de 1,600 horas de práctica supervisada durante los dos años de formación. Para ello los estudiantes participan brindando atención en todos y cada uno de los siguientes espacios: ¹

¹ Los organigramas de los escenarios se encuentran en el inciso VII. Anexos.

Clínica de Terapia Familiar ubicada en la FES Iztacala.

Esta clínica fue diseñada ex profeso para las actividades de la Residencia que depende de la División de Posgrado e Investigación; cuenta con cámara de Gessell, con doble vía de observación, equipo de sonido y de intercomunicación y los aparatos requeridos para la filmación de las sesiones terapéuticas.

Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE.

En este espacio se cuenta con un consultorio en el área de Psicología y con aparatos para la filmación de las sesiones terapéuticas; tiene la tradición de haber ofrecido servicio de Terapia Familiar supervisada, desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar de la División de Educación Continua de La FES Iztacala, coordinado por profesoras que pertenecen a dicho programa y al de Residencia en Terapia Familiar Sistémica. La institución estableció un nuevo convenio para llevar a cabo la formación clínica del trabajo con familias de los residentes del programa así como las facilidades necesarias para realizar investigación y trabajo comunitario a través de talleres o conferencias a los derechohabientes, según los diversos proyectos de la residencia.

Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades, Azcapotzalco.

En la actualidad se tiene un amplio espacio para la atención de los estudiantes y trabajadores (académicos, administrativos) y sus familias. Cuenta con cámara de Gessell de doble visión, equipo de sonido, así como los aparatos necesarios para la filmación de las sesiones.

Se estableció un acuerdo con el director del plantel así como con la Dirección de Atención Estudiantil del CCH.

Análisis sistémico de los escenarios.

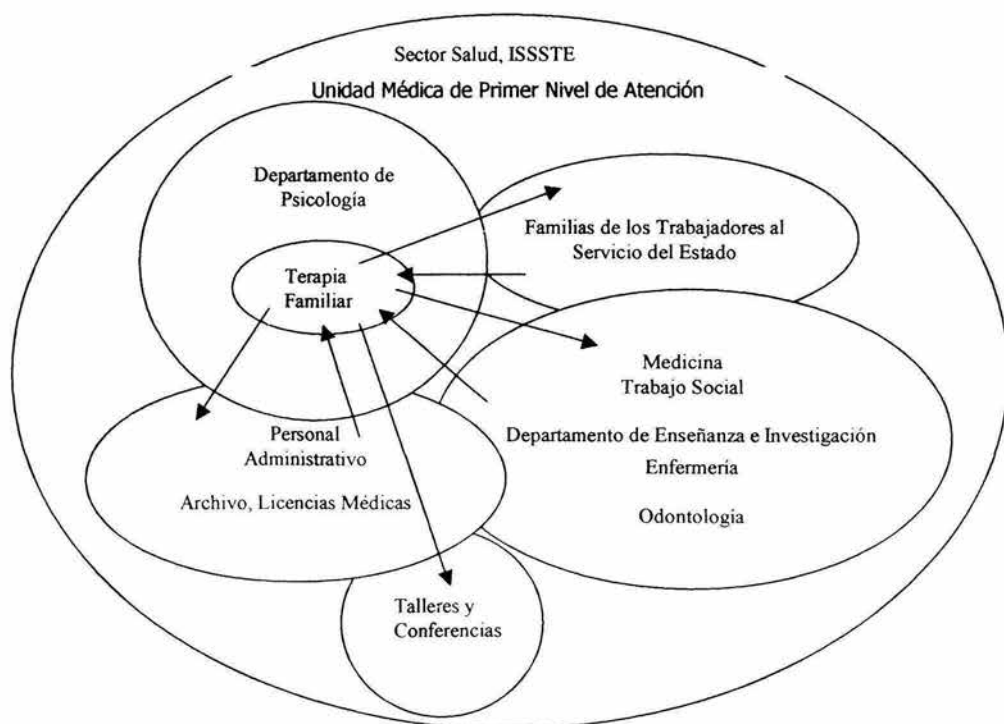
El residente participa activamente en los diferentes escenarios con el fin de desarrollar las habilidades y competencias requeridas por el programa, tales como: la observación, elaboración de objetivos de consulta, alianza terapéutica, evaluación de problemas y opciones de solución, formulación

de hipótesis, intervención, evaluación de resultados y terminación de tratamiento; 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 los participantes, selección de métodos, procedimientos y técnicas, reportes de tratamiento como parte del perfil de egreso del terapeuta.

Este aprendizaje se efectúa a través de la atención a las personas que solicitan el servicio o que son canalizadas por diferentes áreas de las instituciones dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social, aplicando las estrategias terapéuticas acordes a los modelos elegidos y a las necesidades y problemáticas de los consultantes, al mismo tiempo que se expande el conocimiento de vida que cada familia, estudiante, o docente, tiene y deja huella en la formación de los terapeutas.

Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE.

La Residencia en Terapia Familiar, es uno de los subsistemas que coexisten en esta clínica y desde este lugar envía y recibe información que retroalimenta el trabajo y la interacción con otros subsistemas como el médico, el administrativo y el formado por los consultantes o derechohabientes.



Existe una gran demanda de nuestro servicio en este escenario. Aún considerando las limitantes de espacio físico y de equipo existentes, pienso que ha habido éxito en el trabajo terapéutico realizado, mismo que puede deberse a: lo novedoso del modelo sistémico y de terapia breve empleada respecto de otras modalidades terapéuticas, la calidad del servicio de terapia, la novedad de que el consultante se encuentra con todo un equipo de expertos para atender su caso, quienes utilizan una metodología de trabajo especial ya que le envían mensajes finales que incluyen el pensamiento y la experiencia de los especialistas.

Otro aspecto novedoso es el hecho de que se filman las sesiones para estudiar posteriormente las técnicas terapéuticas empleadas, la interacción del terapeuta con la familia, las estrategias a seguir, entre otras cosas, bajo el diseño de una terapia de corta o mediana duración. De acuerdo a algunos modelos, en ocasiones, el consultante se lleva a casa tareas como continuación de la terapia. A ello se agrega la calidad académica de los participantes, su nivel de estudios y el trabajo en equipo y supervisión.

Otro elemento que puede estar influyendo en la demanda del servicio es el hecho de que los consultantes son derivados por los médicos familiares que los estimulan a resolver algún problema psicológico que relacionan con su salud física. El considerar al médico como un experto, incide en la disposición de los consultantes que tal vez no buscarían una terapia psicológica por iniciativa propia. Además, en ese contexto, son frecuentes las derivaciones a otros especialistas como parte del diagnóstico que se hace a los derechohabientes.

Entonces, en sí misma, la atención especializada y personalizada que recibe el derechohabiente en una institución de carácter público, con tantos recortes presupuestales, debe en algún sentido causar un efecto positivo en él. La clínica forma parte de un sistema amplio de salud a nivel nacional para los trabajadores al servicio del Estado. Esto la caracteriza, dadas las nuevas políticas del macrosistema, como un subsistema frágil que recibe los apoyos económicos mínimos para seguir operando. Las políticas globalizantes destinan los presupuestos del erario público al incremento del desarrollo industrial dejando de lado al sector de servicios sociales: educación, vivienda y salud.

Dentro del organigrama, el servicio de Terapia Familiar se inserta en el área de Psicología. La atención psicológica según se observa en el funcionamiento de la institución no es parte prioritaria de los servicios que ofrece esta clínica del ISSSTE, que más bien se orienta a la atención médica de enfermedades generales y al diagnóstico y prevención de las mismas. El hecho de que no exista la infraestructura: espacio, personal, e instrumentos psicológicos, tiene que ver entre otras cosas, con el número de pacientes atendidos que es bajo, si se compara con los pacientes que acuden al servicio

médico; de ello se deduce que este servicio no es de primera necesidad para la institución, sin embargo, el enlace con el programa de Residencia en Terapia Familiar de la UNAM-FES Iztacala ha propiciado un espacio de atención psicológica que cubre una necesidad tanto de atención a los consultantes como de aprendizaje para los terapeutas y estudiantes, lo cual abre la posibilidad de generar un cambio en la construcción acerca de la presencia de psicoterapeutas en dicha institución.

Una característica interesante que ocurre en este escenario es el hecho de que los pacientes tienen citas muy espaciadas y aún así no dejan de asistir a ellas; de acuerdo con la experiencia de la psicóloga de la institución, "algunos no quieren terminar su tratamiento".

A pesar de no contar con las condiciones más favorables para el trabajo de un equipo de terapeutas, una de las riquezas en el aprendizaje en este escenario se puede atribuir a la variedad de problemas que se abordan, así como al hecho de que los consultantes se encuentran en diferentes etapas del ciclo vital individual y familiar.

En este espacio los terapeutas de la residencia así como del diplomado de educación continua reciben los casos que según el criterio de la psicóloga son los más complicados: intentos de suicidio, problemas alimenticios (anorexia, bulimia), adicciones, problemas sexuales en la pareja, depresión, entre otros, lo que posibilita una oportunidad para el aprendizaje de los residentes en problemas con alto grado de complejidad.

Clínica de Terapia Familiar Sistémica FES Iztacala.

Este escenario forma parte de la infraestructura con la que cuenta la FES Iztacala para la atención psicológica que se encuentra en este Campus; en ella se desarrollan actividades de docencia, investigación, extensión, difusión y atención a la comunidad, al mismo tiempo que brindan una práctica integral en el aprendizaje y formación profesional del alumno.



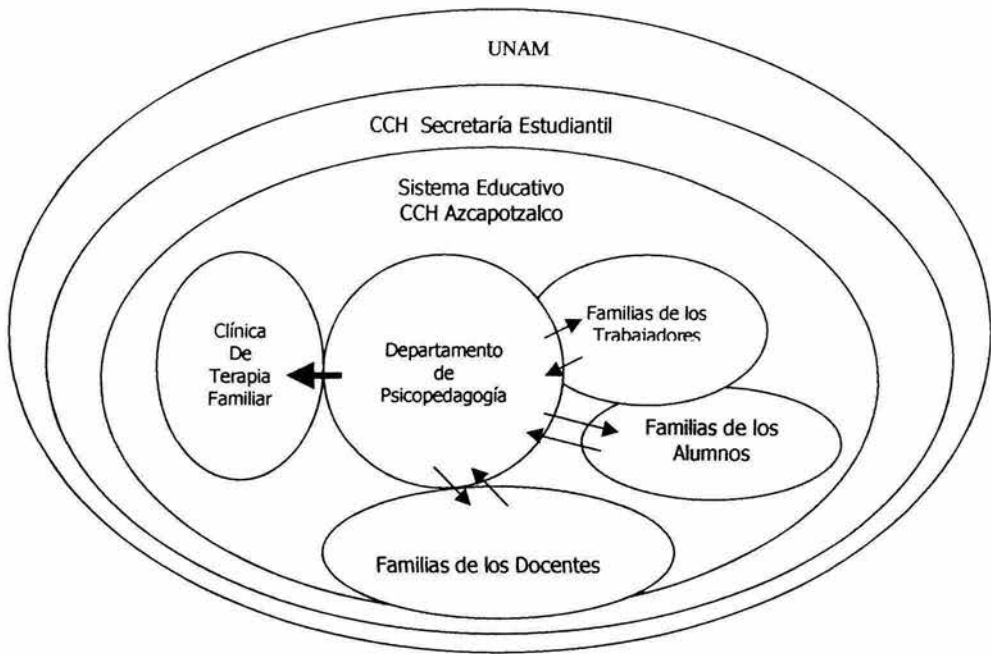
La Universidad Nacional es la máxima casa de estudios de México y con ello lleva la responsabilidad de integrar los elementos críticos, filosóficos, teórico metodológicos y técnicos que respondan a las necesidades del país, de la disciplina y al campo de trabajo. Es por ello que en los últimos años ha buscado a través de sus diferentes planes de estudio, la estructura curricular que vincule más estrechamente el entrenamiento de los profesionales que de ella egresan (de grado o posgrado) con las necesidades del país, integrando la enseñanza teórica con la práctica e incorporando procedimientos instruccionales acordes con los actuales avances de la tecnología.

Acorde con la misión amplia de nuestra institución, la Clínica de Terapia Familiar Sistémica, cumple con el objetivo para sus residentes, de que aprendan desarrollando sus habilidades personales, técnicas y teóricas en la aplicación de las estrategias de cada modelo de terapia e identificando y evaluando las estrategias en cuanto a su pertinencia, a su congruencia con los modelos terapéuticos y posturas epistemológicas; analizando los elementos éticos del trabajo terapéutico individual o del equipo, justo con los actores que son su fuente de estudio: la familia, la pareja los grupos y los individuos que los integran. Cumple también con otra de las funciones sustantivas de la Universidad que es el servicio a la comunidad, de bajo costo y con la máxima calidad académica y ética. Como parte de un sistema total no se puede sustraer a las exigencias del mismo.

La práctica en este escenario proporciona al residente un aprendizaje variado y enriquecedor dado que la clínica ha divulgado su calidad en el trabajo terapéutico por sí misma, atrayendo a familias de la comunidad, de estudiantes y trabajadores, que amplían con su presencia el abanico de posibilidades para la aplicación de los modelos y las estrategias terapéuticas requeridas para la formación de acuerdo a las necesidades de los consultantes. El resultado de la aceptación por parte de los usuarios del servicio se puede deber entre otras cosas a la ética y la presencia constante del subsistema de supervisión que proyecta hacia fuera profesionalismo y calidad.

Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Azcapotzalco.

Una de las premisas esenciales del paradigma sistémico, es que los individuos influyen en su contexto y éste a su vez también los influye. De acuerdo con lo anterior, el análisis del sistema escolar que nos ocupa: el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco, tiene como fin proporcionar servicio a los alumnos, facilitando que *aprendan a aprender, a ser y a hacer*. Entre otras cosas, se hace necesario establecer un ambiente propicio que facilite el desarrollo personal y profesional de todos los componentes del sistema que constituyen este ambiente escolar, de tal forma que los estudiantes competitivos y logren el éxito de manera continua en todas las esferas en las que se desenvuelvan.



Dadas las características de la población del CCH, el perfil de consultantes generalmente incluye familias con hijos adolescentes; una de las áreas de la escuela es la Secretaría Estudiantil que se avoca a la detección, atención y prevención de problemas de los estudiantes, a la generación de alternativas educativas y de enlace, como el programa de tutores, así como el enfoque de los distintas áreas asociadas con el logro del buen ajuste y desempeño de los estudiantes. Esta área abarca el trabajo con los 5 planteles del CCH. Asimismo se considera que el plantel Azcapotzalco del CCH ofrece las condiciones geográficas, administrativas y organizativas, por ejemplo de sus directivos, así como del departamento de Psicopedagogía, que aceptaron la colaboración intrainstitucional (tomando como referente que ambos pertenecen a la UNAM), para enfocar los esfuerzos en el logro de objetivos comunes. Por lo anterior se expondrán brevemente algunas características relevantes de la población.

Subsistema familiar: de acuerdo a la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia de los estudiantes de esta institución, es muy probable que el arribo de los hijos a la adolescencia, su alejamiento emocional, la búsqueda de la identidad y autonomía, la cercanía hacia nuevos círculos sociales como lo son sus pares, mueva la estructura de la familia en su totalidad: la pareja inicia su propio reencuentro, pero ¿qué sucede si la pareja ha estado alejada, durante años y prácticamente son

unos desconocidos? ¿qué sucede con estos padres que están viviendo sus procesos de madurez, de pérdida de la salud, de juventud, etc.? ¿qué ocurre cuando hay dificultades en el contexto que incide en la convivencia y relación familiar, como el desempleo, la inseguridad? cuando esto sucede y a los padres se les dificulta facilitar el proceso de sus hijos adolescentes, sobrevienen conflictos o síntomas en cualquiera de los miembros de la familia. Los padres pelean o se divorcian y los hijos pueden desarrollar violencia, adicciones, somatizaciones, conductas delictivas, depresión, suicidio y fracaso escolar, entre otras, como una forma de mantener la homeostasis familiar, apartando el conflicto de la pareja o desviándolo hacia uno de los miembros de la familia que puede ser el hijo adolescente.

Subsistema escolar: este contexto adquiere para muchos jóvenes una característica novedosa sobre todo si, como es el caso del CCH; el cambio de un sistema escolar tradicional a uno diferente, puede en sí acarrear dificultades para la adaptación de los estudiantes; puede proveer de seguridad, si se promueve el respeto, límites claros, flexibilidad en los encuadres para el trabajo y apoyo entre los que conforman la comunidad: docentes, trabajadores administrativos y estudiantado.

Dentro de este sistema se propicia la inseguridad al no controlar la presencia de grupos porriles, encargados de llevar la violencia dentro y fuera de las instalaciones; hay consumo de drogas y alcohol. Los límites difusos llevan a la permisividad de actos de maltrato psicológico incluso violencia perpetrados por los mismos alumnos, o por el profesorado (burlas, amenazas, hostigamiento) o los trabajadores. Este contexto inadecuado puede influir en el estudiante y reflejarse como falta de interés y disminución de la motivación, en aspectos importantes para el aprendizaje tales como: atención, concentración, creatividad, organización, planeación, memoria, solución de problemas además de las relaciones humanas (Mouly, 1998 citado en: Informe de trabajo anual de la clínica de terapia familiar 2002 – 2003, C. Rodríguez, et al). Lo anterior aunado a los conflictos familiares, pueden en gran medida ser generadores de fracaso escolar, pertenencia al grupo de porros, o su contraparte, el aislamiento, adicciones y actos delictivos como: violación, asaltos, agresión tanto a maestros como a compañeros.

Subsistema Social: se puede considerar que en la actualidad este contexto es limitante en cuanto a que es inseguro. Es conocido el hecho de vivir en un ambiente expuesto a robos, secuestros, violencia sexual, competencia desmedida al no existir las mismas posibilidades económicas de educación y salud para todos. Exigencia, en el sentido de promover una imagen deseada que impacta sobre todo a las jóvenes. También están el desempleo de los padres y otros miembros de la familia ó enfermedades. Todo ello es fuente de altas dosis de estrés que puede desencadenar en un bajo desempeño académico y graves desajustes socioemocionales; consecuentemente puede llevar a que el estudiante deserte, o no concluya sus estudios en un periodo determinado, o bien, que acumule materias reprobadas que lo

colocan en una situación delicada en el caso que ni la escuela ni la familia se encarguen de apoyar a este joven.

Así, el gran número de factores que inciden en la vida del estudiante pueden ayudar a fortalecerlo o a debilitarlo y dificultan su desarrollo normal. Es en este punto que incide el trabajo de los residentes de Terapia Familiar Sistémica.

Subsistema de Salud: Clínica de terapia Familiar Sistémica, su propósito es brindar apoyo a la comunidad del CCH, en los problemas mencionados, de tal forma que se pueda facilitar el proceso de autoconocimiento, autoaceptación y autovaloración y la definición de las metas futuras del adolescente, de lograrse favorece el ajuste emocional necesario para el logro de un buen desempeño académico y más tarde laboral. La forma en que esto puede ser una verdadera posibilidad depende de la participación de los subsistemas involucrados: la familia, la escuela (maestros, compañeros); es ahí donde los residentes de terapia familiar junto con el sistema de supervisión desempeñan su tarea y su aprendizaje.

Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.

El sistema de rotación del programa en la FES Iztacala incluye el paso de los estudiantes por todos y cada uno de los escenarios clínicos con los que se cuenta, en los cuales, según lo señala el Programa de la Residencia, (2001) se llevan a cabo las siguientes actividades profesionales:

1. Entrevistas clínicas supervisadas que apoyen el manejo clínico integral del servicio.
2. Evaluación sistémica pertinente a cada caso.
3. Integración de reportes clínicos.
4. Diseño de programas, analizando la problemática con base a objetivos terapéuticos y técnicas para integrar al cliente de manera más funcional a su sistema familiar y contexto social.

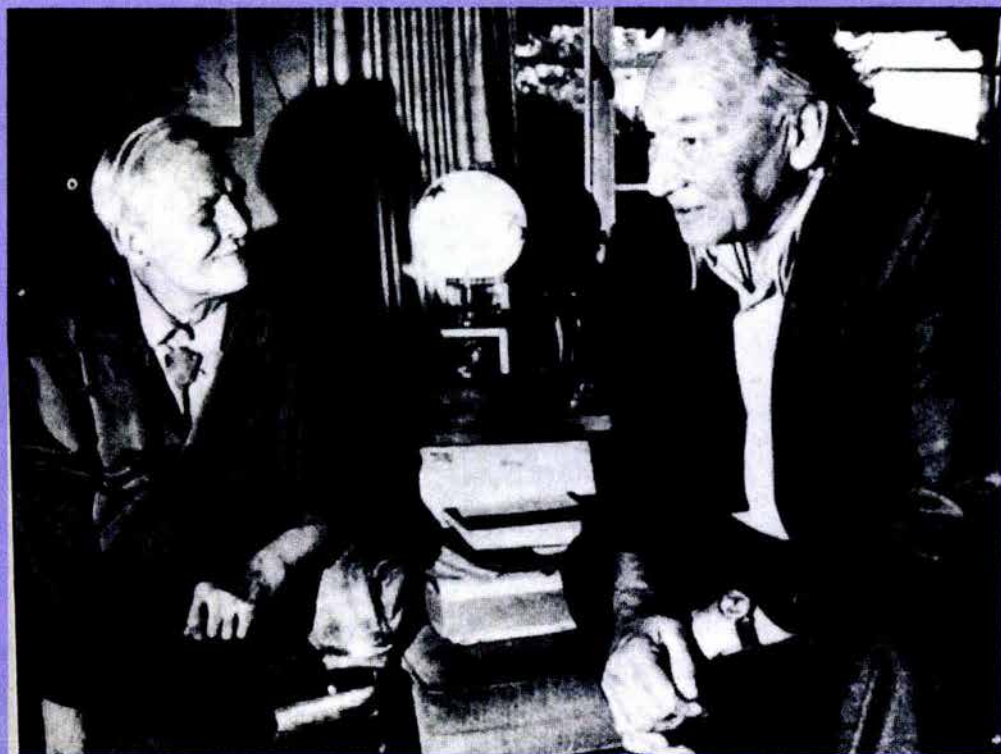
Ahora bien, el entrenamiento del residente se llevó a cabo bajo un programa de supervisión, en equipos de terapeutas en formación, donde el supervisor es el responsable directo del entrenamiento, la supervisión y la asesoría de los alumnos en cada escenario, desde una visión basada en la Cibernética de segundo orden.

La atención clínica comunitaria, tiene como objetivo general: proporcionar al usuario un servicio de calidad acorde a la problemática planteada por éste, para lo cual se llevan a cabo distintas actividades como las relacionadas a la evaluación del problema, tratamiento, evaluación de las intervenciones, seguimiento de pacientes, reporte de hallazgos y avances de los casos clínicos abordados.

Para el logro de lo anterior el residente participa cada semestre dos días a la semana en el trabajo clínico con pacientes ya sea como terapeuta asignado a un caso o como parte del equipo de supervisión atrás de la cámara de Gessell, lo que hace un total de 10 horas a la semana.

Durante el primer semestre el grupo completo fue observador en un caso atendido en el Seminario de Entrevista Sistémica. La terapeuta que llevó las dos sesiones fue la Mtra. Ofelia Desatnik encargada de impartir esta actividad instruccional.

En los siguientes semestres participé en las siguientes actividades: en el segundo, con todo el equipo en la observación de cinco familias en la Clínica Tlalnepantla del ISSSTE y como terapeuta de un caso en la Clínica de Terapia Familiar del programa, que en ese momento se instaló temporalmente en la Clínica de Salud Integral del FESI, por no contar el programa con instalaciones independientes en dicho periodo; así mismo, dentro de este escenario, como integrante del equipo en cuatro casos atendidos por los demás residentes. En el tercero y cuarto semestres, el grupo de diez residentes fue dividido en dos equipos, cada uno formado por cinco integrantes. En el tercer semestre, trabajé en la Clínica de Terapia Familiar Sistémica de la FES Iztacala dos días a la semana (martes y jueves) con dos supervisoras diferentes cada día. Atendí dos casos y formé parte del equipo en la observación de ocho familias. Para el cuarto semestre hubo rotación: trabajé los días martes en el CCH Azcapotzalco y los jueves en el ISSSTE. En el primero fui terapeuta de un estudiante y parte del equipo de observación de cuatro consultantes; en el segundo, terapeuta de dos familias y observadora de ocho. Finalmente, en el cuarto semestre participé como terapeuta en dos casos y observadora de otros cuatro, en lo que denominaron terapias cruzadas, sin supervisión.



Los Pilares: Erickson y Bateson

II. MARCO TEÓRICO.

II.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO.

Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

Epistemología Sistémica. Linealidad Vs. Circularidad.

La epistemología es una disciplina que explica la manera en que construimos el conocimiento; para Bateson significa en un sentido más amplio, "un conjunto de reglas inmanentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad" (citado por Auerswal, en: Fishman y Rosman, 1988, p. 27). Keeney (1991), refiere que es la manera en que las personas conocen cosas, así como la forma en que piensan que conocen esa realidad.

Cuando se hace referencia a la epistemología sistémica se habla de circularidad, recursividad, ecología o cibernética, opuesta a la epistemología lineal progresiva propia de los modelos: médico, psicodinámico, psicoanalítico, conductual, entre otros. Estos modelos según Keeney, son reduccionistas, atomistas, anticontextuales y se atienen a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones de los elementos aislados. Bateson (citado en Eguiluz, 2001), identifica dos enemigos de esta nueva epistemología: la causalidad y el dualismo. Son formas de pensar que hemos aprendido en la escuela y la familia. La primera es una forma lineal de pensamiento, que parece asignar una causa y que generalmente conduce a encontrar culpables de lo que sucede (una causa relacionada con un efecto); el pensamiento dualista rompe la armonía de la totalidad para encontrar diferencias y opuestos, impidiendo observar el patrón recursivo.

La epistemología sistémica por el contrario pone el acento en la interacción, tomando en cuenta el contexto donde ésta ocurre y trata, no con elementos aislados, sino con la totalidad, lo que significa considerar el problema en su contexto (la persona con el problema y las personas que interactúan con él. La corriente sistémica, se alimenta de afluentes que convergen en la terapia familiar con enfoque sistémico: la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación.

La Teoría General de los Sistemas.

El concepto de sistema hace referencia a un nuevo paradigma; según Bertalanffy (1986) todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas, aplicado a la familia. Andolfi (1990), señala que ésta es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en constante intercambio con el exterior; presupone la posibilidad de un cambio, a través de la reversibilidad de la relación.

El origen de las ideas sobre sistemas abiertos se remonta a los años veinte y su formalización y publicación fueron expuestas por Von Bertalanffy en 1947. Este autor considera que los sistemas pueden ser de diferente tipo, *cerrado* cuando no tiene relaciones con el ambiente, ni en la entrada ni en la salida; y *abierto* cuando intercambia con el ambiente material energía e información y se modifica sobre la base de estos intercambios. El concepto de sistema *abierto* se adapta al estudio de los organismos vivos cuyo principal organizador es la información (Bertalanffy, 1986).

Sistemas abiertos y sistemas cerrados:

Un sistema es un conjunto de elementos cualitativamente diferentes a la suma de sus múltiples componentes que se comporta de un modo distinto a la forma que guardan los elementos. Los sistemas poseen una estructura que es la totalidad de relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos, pueden ser biológicos y adaptarse al medio manteniéndose sin cambio o, cambiando su estructura dependiendo de las alteraciones externas.

Wiener (1982) pensaba que el grado de organización de un sistema puede ser evaluado en función de la medida de la probabilidad llamada *entropía*, que es la tendencia de un sistema cerrado a deteriorarse, desde un estado muy organizado diferenciado y menos probable, hasta un estado más probable indiferenciado y caótico. En los sistemas cerrados por ejemplo, el aumento de entropía lo entendemos cuando pensamos en una casa habitación donde por la mañana y hasta el medio día las temperaturas en cada habitación son distintas, con el tiempo la temperatura de las habitaciones tiende a uniformarse, con fluctuaciones mínimas; esto mismo ocurre con los sistemas vivos y las máquinas. Para Wiener el ser humano es un sistema abierto por la fluidez de su comportamiento lo que le permite tener una expansión intelectual ilimitada, además de su capacidad para adaptarse al entorno mediante pequeños o grandes ajustes.

Los sistemas abiertos son aquellos donde se produce un intercambio entre el sistema y el medio circundante, son sistemas de circuito múltiple donde la retroalimentación y las correcciones pueden hacerse en diversos puntos.

Una de las propiedades de los sistemas es *la totalidad* que se refiere a que cada una de sus partes está en una relación tal con las demás partes que la constituyen que todo cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el propio sistema. La realimentación es la base de la *circularidad* característica de los procesos interactivos; la información que va del emisor al receptor implica una información posterior de retorno (feedback), que puede tener dos efectos, a) o hace que se logre y mantenga la estabilidad (homeostasis) del sistema y es, por tanto negativa (no hay cambio), b) o es positiva y provoca una pérdida de estabilidad y equilibrio en el sistema, favoreciendo el cambio. La realimentación positiva explica el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema, la realimentación negativa tiene como función el control y mantenimiento del equilibrio interno del sistema, insertando en él, el elemento tiempo. Otra propiedad es la *equifinalidad*, que se refiere a que los resultados, entendidos como modificaciones pasado un tiempo determinado, no son provocados por las condiciones iniciales sino por la naturaleza del proceso, en otras palabras los mismos resultados pueden tener diferentes orígenes (Eguiluz, 2001).

Cibernética.

La Cibernética es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes según Wiener (1948) su creador; para McCulloch (1965) la epistemología cibernética experimental está centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. Para Bateson (1976) es una nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de organización. Sluzki (1983) señala que la Cibernética tiene por objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales. La Cibernética influyó más allá de los campos de la tecnología, entre ellos el biológico, el psicológico y el social. Es una ciencia del control y la comunicación que ofreció un vocabulario único y un único conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas; este conjunto de conceptos tiene correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y por lo tanto las pone en relación exacta. De esta manera la Cibernética revela una serie de paralelismos entre la máquina, el cerebro y la sociedad, proporcionado a la vez un lenguaje común por cuyo intermedio los descubrimientos de una rama científica pueden ser empleados en otra rama con gran fluidez y simplicidad.

Los temas que aborda la Cibernética son: la coordinación, la regulación y el orden a través del control. A pesar de estar relacionada con la Matemática, la Física y la Mecánica, la Cibernética no estudia en sí el mero funcionamiento de los objetos sino el comportamiento de los mismos, no estudia las propiedades de la materia, ni depende de las leyes de la Física, por lo tanto, el interés primordial es responder a la pregunta ¿qué hace esto? en vez de, ¿qué es esto?

La referencia para las primeras terapias sistémicas era la Cibernética de primer orden, basada en el supuesto de que era posible separar el sistema observado del sistema observante. Estaba centrada en el concepto de retroalimentación negativa y en sus procesos de reducción de la desviación, y se interesaba sobre todo por el modo en que los sistemas mantienen su estabilidad compensando la desviación con mecanismos de retroalimentación, homeostasis o morfostasis (Boscolo y Bertrando, 2000).

Posteriormente Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela y otros investigadores dieron origen al nombre de "Cibernética de segundo orden". Se basa en la manera en que los sistemas cambian su organización mediante procesos de ampliación de la desviación o sea de retroalimentación positiva (morfogénesis).

El concepto más importante que debemos tener presente para distinguir entre las cibernéticas de primer y segundo orden, es el de sistema observador. Von Foerster (1981) explica que el observador entra en la descripción de lo observado de manera que la objetividad es absolutamente imposible. Además, si el observador entra en lo observado, no se puede hablar de un sistema observado separado, porque tal cosa no existe. Por último, como cualquier observador percibe al mundo a través de la lente de cultura, familia y lengua, el producto resultante no representa algo privado, sino una "comunidad observadora".

Bateson borra las líneas divisoras entre, observador y observado, sujeto y objeto. Sugiere que estas unidades y sus contextos representan una circularidad mayor, denominada espíritu.

La Cibernética de segundo orden describe un punto de vista aplicable a cualquier actividad social. El modelo de Cibernética de segundo orden conceptualiza la unidad de terapia como un gran haz que contiene al observador y a lo observado. No se dice que el sistema *crea* al problema, sino que *el problema crea al sistema*. En otras palabras, el problema no existe independientemente de los "sistemas observadores" que lo definen de una manera recíproca y colectiva.

El concepto de los sistemas familiares se basó en la teoría Cibernética de fines de los años 40. La orientación sistémica nació a principios de la década de 1950, en Estados Unidos y en un primer tiempo se desarrolló como prolongación del psicoanálisis que como teoría y método terapéutico había logrado el

consenso general. Sobre la base de esta teoría fue posible, por primera vez, concebir a los seres humanos no como individuos separados sino como un grupo en evolución que respondía a comportamientos sistemáticos; la conducta en consecuencia tenía sus causas en el presente. Se decía que la familia era estabilizada por obra de ciertos procesos dominantes que se activan en respuesta a un intento de cambio.

El concepto de que la familia, o cualquier otro grupo en evolución, era un sistema mantenido por sistemas de realimentación, aportó una dimensión completamente nueva a las explicaciones del comportamiento de los seres humanos. Se llegó a la interesante conclusión de que las personas parecían hacer lo que hacían debido a las acciones de otras personas, y la cuestión del libre albedrío cobró una nueva forma. Se inducía a considerar a los miembros de la familia o de un grupo social como elementos de un circuito de interacción.

Se advirtió que los miembros de la familia podían quedar irremediabilmente atrapados en secuencias que se repetían y se volvían a repetir pese a los deseos y los intentos de los miembros de comportarse de otro modo. Los terapeutas se vieron también atrapados en estas secuencias reiterativas, aplicando terapias interminables y sosteniendo conflictos, a menudo también interminables con sus colegas.

La epistemología sistémica se centra en la idea de transmisión de la información, del individuo como un sistema abierto, del interés centrado en las interrelaciones y los procesos comunicativos, en una causalidad circular, en la importancia que se le da al contexto cuando se hace referencia al desarrollo de un síntoma. El síntoma es comprendido como expresión de una situación interpersonal que centra sus interés en el presente que propone el cambio como un objetivo terapéutico.

Gregory Bateson, sostuvo que las descripciones múltiples, son las que nos permiten construir una concepción sistémica del vínculo y la interacción entre los seres humanos.

Cuando dos personas interactúan, cada uno de los miembros tiene una visión particular de su flujo de interacción. Si un observador las combina a ambas, surgirá una percepción del sistema total. Bateson llamo "descripción doble" a esta visión múltiple y la comparó a la visión binocular. Llegó a la conclusión de que combinar varias piezas de información define una vía de acceso a las pautas que conectan, y prescribió una particular metodología científica llamada epistemología cibernética, supone la comparación de visiones múltiples (Keeney 1985).

Esta concepción de visiones múltiples se puede extender en terapia, a la tarea de comprender y organizar la comunicación que se estructura en función de distinguos y complementariedad recursiva.

Esta idea de visiones múltiples en terapias sistémicas, se edifica sobre las ideas y técnicas propuestas por Bateson y Erickson.

Una comunicación particular puede ser vista como mitad de un par, el pedido de cambio en un miembro de la familia se puede ver conectado a un pedido de producir cambio en otro miembro o de estabilizarlo. La modificación de un síntoma implica la modificación de la estabilidad de los vínculos entre las personas implicadas.

En general, todas las distinciones proponen comunicaciones múltiples. No se puede mencionar el cambio sin connotar la estabilidad; ni la autonomía sin la interdependencia, ni las partes sin el todo. Cuando se establece una diferenciación, son siempre posibles dos maneras de considerar sus lados: 1) podemos hablar de su distinción o 2) de su conexión. Francisco Varela (1979 citado en Keeney 1985 p. 58), dice: "todo distingo que suponga una lógica de competencia, es al mismo tiempo parte de un distingo más abarcador, que responde a una lógica de cooperación". Si alguien preguntara, "¿qué relación existe entre zorros y conejos?", ahora podríamos contestar, "¿En qué orden del proceso?" porque estos animales luchan entre sí como miembros individuales, pero cooperan como especies totales.

En terapia familiar, la demanda de producir cambio unilateral en el síntoma de un miembro pone el acento en la distinción entre el perturbado, el enfermo o el problemático y el que no lo está. Pero desde otra perspectiva se puede considerar que la familia misma coopera de modo que cada uno de sus miembros aporta a la estabilidad de la estructura vincular.

Se pueden percibir, todas las distinciones de la terapia como: 1) una dualidad de opuestos que se excluyen. 2) una complementariedad recursiva de lados que están referidos a ellos mismos. La complementariedad recursiva denota la consideración de una distinción en orden superior, con el acento puesto en la interacción entre sus diferentes lados. Para interactuar los dos lados es preciso que mantengan una diferencia, al tiempo que su interacción los conecta como sistema total. Entonces la complementariedad recursiva indica la manera en que diferentes lados de una relación participan en una conexión complementaria, aún cuando permanezcan distintos. En este sentido los que pidieron aparecer como opuestos en lucha se convierten en una pauta de interacción que estabiliza la organización de un sistema total.

Por ejemplo las luchas por erradicar las migrañas de un individuo, se transforman en una tarea que demandan a la familia entera cooperar afligiéndose en conjunto. En este contexto clínico, la dualidad de opuestos que se excluyen giran en torno a la ausencia o presencia de migrañas, mientras

que la concepción de la complementariedad recursiva destaca el aporte de cada uno de los miembros de la familia a la estabilización del sistema total (Keeney, 1991).

Las terapias entonces se construyen por medio del trazado recursivo de distinciones y de distinciones sobre distinciones. De esta manera, ideas, pautas y sistemas mentales globales participan de marcos de referencia en desplazamiento perpetuo.

II.2 MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

Terapia familiar: modelos y técnicas.

Este apartado nos posibilitará vislumbrar los orígenes, los conceptos, la teoría, los precursores, y las luchas de éstos por llevar la profesión del terapeuta familiar a la posición que ocupa en la actualidad. Se hará un análisis de los principios teórico-metodológicos algunos modelos de Terapia Familiar Sistémica, tales como: Estructural, Estratégico, de Terapia Breve Orientado a los Problemas y de Terapia Breve Orientado a las Soluciones, Escuela de Milán y los derivados del Posmodernismo: Narrativo, Equipo Reflexivo y Colaborativo. Este abordaje permitirá ubicar y conceptualizar con claridad tanto los antecedentes históricos como los evolutivos de dichos modelos.

Para Sluzki (1984) "los modelos, tales como el modelo sistémico, son herramientas para pensar; los modelos son puntos de vista; los modelos permiten una simplificación y agregan orden a una realidad compleja a través de definir observables, lógicas y pragmáticas. Tan crucialmente importante como ser coherente con el propio modelo es el percatarse de que se trata tan solo de un modelo, evitando la tentación de creer que nuestro modelo describe las cosas "de la manera en que las cosas son". Los modelos permiten describir las cosas de cierta manera, pero nunca de la manera en que las cosas son. Tal vez no haya una manera en que las cosas son" (p. 53).

Modelo Estructural.

*Los seres humanos somos caracoles ,
arrastramos
nuestro caparazón de recuerdos
y somos esos recuerdos.
Minuchin.*

El modelo Estructural fue desarrollado en la segunda mitad del siglo XX, como una de las múltiples respuestas al análisis del concepto del hombre como parte de su medio. Su principal representante es Salvador Minuchin, quien destaca a dos visionarios que le aportaron conceptos diferentes de la naturaleza humana: uno de ellos fue Gregory Bateson quien incorporó al campo de la terapia, enriqueciéndolo, teorías, importadas de la Cibernética, de la Lógica Russeliana, de la Teoría de los Sistemas, aunque desde la perspectiva de Minuchin a Bateson le interesaban más los conceptos de las personas que sus vidas. El otro fue Nathan Ackerman, quien desafió la idea de buscar la verdad de la naturaleza humana en las profundidades de la psique individual, dirigiendo su atención a los aspectos interpersonales y a entender cómo la conducta individual se relaciona con la unidad de la familia; se interesaba por la vida de las personas.

Estos dos enfoques muestran la dicotomía entre lo ideológico y lo clínico, hecho, que en palabras de Minuchin se traduce en lo siguiente: mientras que para Bateson, hombre de ideas, la familia era objeto de curiosidad científica, para Ackerman, terapeuta, la familia era un conjunto de relaciones vivas con capacidad para ahogar o realzar la gama total de la experiencia humana.

Otra influencia que dio origen a los conceptos del modelo, se derivó de la formación médica del autor; de esta forma, en los años setenta nació la terapia Estructural, planteándose, nuevas interrogantes: ¿porqué es necesario un síntoma? ¿a quién le es útil? Se reconoce que la conducta de cada uno de los miembros de la familia influye y es influida por la conducta del resto, (Minuchin, 1994).

Teoría y Conceptos.

La terapia Estructural de familia consiste en un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social y con base en sus planteamientos se intenta modificar la organización de la familia. Al modificar la estructura del grupo familiar se modifican, en consecuencia las posiciones de los miembros en el grupo y también las experiencias de cada individuo..

Para Umbarger (1983), la terapia familiar Estructural convierte las abstracciones de la Teoría General de Sistemas en descripciones de la vida cotidiana de la familia y en prescripciones para la intervención terapéutica.

Elementos de la estructura familiar.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en los que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse y dichas pautas apuntalan al sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con pequeños acontecimientos diarios. A menudo, la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada, y es posible que nunca hayan sido explícitos. Pero las pautas permanecen – como un piloto automático – en relación mutua y con una eficacia funcional (Minuchin, 1990).

De este modo, el sistema se mantiene a sí mismo, conserva las pautas preferidas y se resiste al cambio más allá de cierto nivel. En el interior del sistema existen pautas alternativas, pero cuando el sistema se desvía y va más allá del umbral de tolerancia sus mecanismos entran en juego para reestablecer su nivel habitual de estabilidad.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas u holones (Minuchin y Fishman, 1991), los cuales son: el parental, el conyugal, el fraterno y el individual; cada uno cumple distintas funciones matizadas por la organización familiar.

Cada holón es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella. Cada holón, en competencia con los demás despliega su energía a favor de su autonomía y autoconservación como un todo. Pero también es vehículo de energía integradora, en su condición de parte. La familia nuclear es un holón de la familia extensa, ésta lo es de la comunidad (Minuchin y Fishman, 1991)

La organización en subsistemas de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado *yo soy* al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles; uno de ellos son los límites. Los límites de un subsistema están

constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas planteando también demandas específicas a sus miembros. Por ello es importante que los límites de los subsistemas sean claros para evitar interferencias pero permitiendo el contacto entre ellos. Además de lo anterior, Minuchin propone los siguientes elementos estructurales que posibilitan la realización de hipótesis diagnósticas:

- Límites. Reglas y funciones de que se vale o no. Difusos, no están bien delimitados; claros, suficiente permeabilidad para entrar y salir; rígidos, son estrictos, no fluye la comunicación.
- Jerarquía. Distribución del poder dentro del seno familiar (funcional – disfuncional).
- Alianza. Unión de dos o más miembros en base al sexo, la identificación, el interés, metas comunes para beneficio.
- Coalición. Dos o más contra un tercero.
- Geografía. Es el espacio físico que ocupan los miembros de la familia en un momento dado.
- Territorio. Es el espacio emocional que ocupa cada uno de los miembros de la familia; esto implica a) centralidad: ligas emocionales centradas o dirigidas a un miembro específico de quien más se habla, y b) periférico: es el miembro más desligado, con menos vínculos emocionales.

Así pues, se puede considerar que aún cuando el individuo se encuentre integrado en un medio social al cual pertenece, éste por sí mismo no podrá cambiar a su grupo, sino que los cambios siempre se orientan desde la sociedad hacia la familia, nunca desde la unidad más pequeña a la mayor. La familia cambiará pero también persistirá debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz de desarrollo psicosocial (Minuchin, 1990).

El desarrollo de la familia, transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también periodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto. La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en el cual se elaboran tareas y aptitudes también nuevas (Minuchin y Fishman, 1991). Esta concepción del desarrollo concibe cuatro etapas principales organizadas en torno del crecimiento de los hijos: formación de la pareja; la familia con hijos pequeños; la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la Familia con hijos adultos; todo ello constituye la base del modelo, los pilares que lo soportan.

Principios del Modelo Estructural

Estructura	Desarrollo	Adaptación
Existen dos sistemas de coacción: • Genérico. se refiere a las reglas o leyes universales: jerarquía, complementariedad, roles y tareas. • Idiosincrásico. se refiere a las expectativas mutuas generadas en el tiempo; se establecen como pautas que conforman reglas: no necesariamente es explicativo. Es histórico. Tiene organización, que incluye el apoyo, la regulación alimentación y socialización de sus miembros. Tiene estructura, que son las interacciones que se conforman a lo largo del tiempo.	Ciclo vital, etapas evolutivas: • Noviazgo. • Matrimonio sin hijos. • Matrimonio, hijos pequeños. • Matrimonio, crianza. • Matrimonio, adolescencia. • Matrimonio, adulto. • Noviazgo o partida de los hijos. • Vejez, soledad y muerte.	El sistema tiene que adoptar al estrés favorable o desfavorable que requiere una modificación de la familia, continuidad / cambio. • El estrés recae sobre un miembro. • Estrés que recae sobre toda la familia. • Momentos transicionales en la evolución de la familia. • Problemas de idiosincrasia.

La terapia orientada desde este punto de vista se basa en *tres axiomas* (Minuchin, 1990):

1. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. Por lo tanto su vida psíquica no es exclusivamente un proceso interno.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente su conducta se incluye en ese contexto.

Estrategias. Lo que hace el terapeuta estructural.

De los tres axiomas se desprende que la Terapia Estructural consiste en modificar el presente y no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó y por lo tanto se manifiesta en la organización y funcionamiento actual de la familia. Podrá cambiar a través de las intervenciones que cambien el presente. Es una terapia de acción y por lo tanto su objetivo es modificar la dinámica y organización, para lograr una reubicación de los miembros individuales de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios, con la perspectiva de formar alianzas nuevas y más sanas. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una mejor organización para su funcionamiento, para arribar a un nuevo orden. El terapeuta debe cuestionar el síntoma que es presentado, la estructura de la familia y su realidad: la concepción supraordinada del mundo que organiza sus percepciones y sus valores. Lo importante es lograr que la familia tenga una visión más flexible de la realidad, pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo y que pueda incorporar una concepción diferente del mundo. Para lograr lo anterior, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema:

- A. Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.
- B. El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. El terapeuta se une a ella para que ésta pueda desarrollar las tareas con mayor eficacia.
- C. Debido a las propiedades de autoperpetuación, una vez producido el cambio, la familia lo preservará modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros.

Durante la entrevista, el terapeuta se centra en la familia, (no en el individuo), en las alianzas y coaliciones, en las fronteras entre la familia total y los subsistemas; también en la distribución jerárquica del poder ejecutivo, y en las conductas interaccionales clave. Toda esta información se obtiene a través de los datos de la historia clínica, de los datos de conductas dirigidas y espontáneas y de información observada de las respuestas de la familia a la coparticipación e intentos de cambio del terapeuta.

Durante la intervención, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. El cuestionamiento del síntoma puede ser directo o indirecto, explícito o implícito. Ir directo o usar paradojas (introducir algo que al obedecerlas obtiene lo opuesto de lo que parece pretender). Su objetivo debe ser modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y

de conducta diferentes. Las técnicas que están al servicio de estas estrategias son: la escenificación, el enfoque y el logro de la intensidad. Para lograrlo, el terapeuta debe analizar: el tipo de problema, las características psicosociales, el tipo de estructura familiar y su funcionamiento, los síntomas, los principios clave, la etapa del ciclo vital en el que se encuentra la familia y las concepciones del mundo que tiene la familia.

Debido a que la estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable, los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. Esto lo logra a través de la coparticipación o *joining* y que consiste en hacer saber a sus miembros de la familia que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos, todo con el objeto de que se sientan seguros para ensayar alternativas diferentes a las acostumbradas. El diagnóstico estructural o mapa estructural, le permite formular hipótesis sobre las áreas funcionales y disfuncionales, con el propósito de determinar metas terapéuticas, replantear conductas, relaciones y conexiones de tiempo en la familia hasta de tres generaciones, analizando aquellas pautas de conducta que resultan repetitivas y no favorables al sistema familiar actual. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia para lograr así un diagnóstico estructural completo (conocer las jerarquías, los límites, las alianzas, las coaliciones, el territorio, la centralidad y la geografía durante las sesiones).

También se verifican la distancia y la proximidad. El terapeuta puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y de sus funciones. Cuestiona la estructura familiar, los límites, el modo como se hacen las cosas, las interacciones habituales, las formas de solución de problemas habituales. Las técnicas de que dispone para esta estrategia de reestructuración son: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

La terapia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal y como son vividas y contienen esta modalidad de experiencia. Entonces, para modificar la visión de la realidad familiar por la que se rigen los miembros de la familia, es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

Técnicas de intervención.

La reestructuración del sistema así como la ampliación o modificación de sus construcciones sobre la realidad que vive se llevan a cabo a través de técnicas y estrategias de intervención, que se clasifican en:

1. Técnicas para el reencuadre.

Síntoma	A) Escenificación: interacciones espontáneas; interacciones provocadas; interacciones alternativas; iluminación. B) Focalización. C) Intensidad: repetición del mensaje; repetición de interacciones Isomórficas; modificación del tiempo; cambio de la distancias; resistencia a la presión de la familia.
---------	---

2. Técnicas de reestructuración.

Estructura	A) Fronteras o límites: distancia psicológica; duración de la intervención. B) Desequilibramiento: alianza con miembros de la familia; alianza alternante; coalición contra miembros de la familia; ignorar a miembros de la familia. C) Complementariedad: cuestionamiento del problema; cuestionamiento del control lineal; cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.
------------	---

3. Técnicas de consolidación.

Realidad	A) Constructos cognitivos: construcciones mentales; utilización de símbolos universales; verdades familiares; consejo profesional especializado. B) Paradojas: intervenciones directas; basadas en la aceptación; intervenciones paradójicas basadas en la aceptación; inversiones basadas en la aceptación y el desafío; coro griego; fidelidad a la paradoja sistémica. C) Lados fuertes: respuesta al paciente individualizado; alternativas de interacción.
----------	---

Las técnicas son el instrumento que permite al terapeuta movilizarse y movilizar a la familia con el objeto de superar un problema. Es importante su manejo práctico, la adecuación en cada caso en particular, sin embargo el oficio de terapeuta debe trascender lo técnico y mostrar gran respeto hacia los valores, los intereses y preferencias de los pacientes.

En resumen, el esquema conceptual de la familia presenta tres facetas. En primer lugar una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando, sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda con estrés al desarrollo, apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos. En segundo lugar, la familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Se prefieren algunas pautas suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambien (Umbarger, 1983).

Finalmente, una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad del grupo al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales. Eventualmente ello puede llevar a terapia.

Modelo Estratégico.

*Vivimos tiempos apasionantes en el campo de la terapia
Porque todo está cambiando. No hay ortodoxia.
Sin ortodoxia, nadie puede ser conformista y nadie puede ser disidente.
No hay una manera correcta de hacer terapia; solo hay modos diferentes
.Haley.*

Haley participó durante diez años en el proyecto de investigación de Gregory Bateson, de quien aprendió sus ideas sobre comunicación, según sus palabras Bateson le "enseñó a aprender". De Milton H. Erickson aprendió la técnica terapéutica basada en las directivas así como una visión práctica de la vida y los problemas humanos, durante años consultó y participó del trabajo de Erickson. Junto con Weakland estudiaron la visión comunicativa de la hipnosis. En lo referente a la terapia familiar aprendió de Minuchin a través de seminarios y conversaciones informales y de Braulio Montalvo con quien compartió la enseñanza de la terapia y la filmación de material didáctico sobre terapia.

Haley fue supervisado e influido por el trabajo de Don Jackson a quien consideraba un clínico extraordinario además de ser autoridad en materia de esquizofrenia. Según palabras de Haley (1997) "observar a Jackson haciendo terapia con personas psicóticas era una experiencia extraordinaria; su actitud daba a entender que eran casos curables y que no adolecían de ningún defecto fisiológico" (p. 16).

En los años cincuenta se asoció con Alan Watts, quien era una autoridad en el budismo zen de él retoma la idea de que el cambio es provocado por acciones y directivas. Ambos comparten su interés por el estudio de la paradoja.

Teoría y conceptos.

La principal influencia del Modelo Estratégico se deriva de los aportes de Milton Erickson; una de las metas fundamentales es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema, con objetivos muy claros y específicos. Para cada problema se tiene que diseñar una intervención de acuerdo con la situación social del cliente; su interés está más enfocado a las técnicas que a la construcción de una teoría.

La influencia de Erickson, radica en tomar la idiosincrasia de la familia sin etiquetar las conductas como patológicas. El enfoque se desarrolló bajo la premisa de que hay muchas maneras de vivir, así como hay diferentes clases de individuos.

Otra de sus metas es ayudar a las personas a superar las crisis que presentan y los comportamientos que forman parte de una secuencia de actos de varias personas. El enfoque hace énfasis en la distinción entre:

- Identificar el problema durante la terapia.
- Definir el problema para realizar un diagnóstico y aplicar técnicas encaminadas a solucionar únicamente el problema.
- La intervención terapéutica apunta a lo que la familia debe hacer en las sesiones y fuera de ellas. (Haley, 1990).

La Terapia Estratégica es una terapia directiva que concuerda con los principios de la Cibernética. Los problemas familiares son vistos como la expresión de esquemas organizativos disfuncionales, por ejemplo: fronteras generacionales difusas, formación patológica de triángulos, confusiones en la jerarquía familiar, así como también, perturbaciones de adaptación en el contexto de ciclo de vida

familiar (Simon, Stierlin y Wynne, 1988). La Terapia Estratégica no hace hincapié en el insight o en la comprensión, ni propone la formulación de interpretaciones. Se enfoca en el problema presentado, no está orientada al crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado; el acento está puesto en la comunicación y en el presente.

El Modelo Estratégico parte de la idea de que las personas sintomáticas se organizan en jerarquías incorrectas y la intervención apunta hacia el cambio de esa jerarquía problemática. Señala que la conducta sintomática es adaptativa. Madanes (1984) sugiere que la organización del contexto relacional de las personas con problemas presenta una jerarquía dual donde se observa algún nivel de conflicto en la comunicación, o sea una conducta sintomática. Los niveles duales del mensaje serán incongruentes si la organización posee jerarquías incongruentes, entonces estos niveles conflictivos del mensaje se ubican dentro de un contexto donde se organizan y comunican las personas implicadas.

Según Haley (1980), el abordaje terapéutico debe contemplar como unidad mínima de tratamiento a la triada. En este sentido Keeney (1985) señala que Haley y Minuchin han contribuido a la comprensión y organización de terapias sistémicas en función de relaciones sociales triádicas, aunque la diferencia en sus enfoques la marca el hecho de que Minuchin prefiere descripciones sociológicas y Haley se arraiga más en la tradición de la Teoría de Comunicación y la Cibernética.

La posición y el quehacer del terapeuta.

Desde la primera entrevista el terapeuta debe tener claridad en, cuál es la estructura familiar, y en el transcurso de la terapia, debe junto con la familia llegar a algún acuerdo acerca de la naturaleza del problema la meta y de la terapia, tomando en consideración los siguientes puntos:

- Establecer objetivos claros que entrañen la solución del problema presentado.
- Asumir la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente.
- Solucionar problemas dentro del marco familiar, con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica.
- Realizar su diagnóstico, considerando estos dos factores: a) sobrellevar la crisis a que se enfrentan los individuos o las familias en determinadas etapas de su vida; b) impedir la repetición de secuencias desafortunadas para introducir mayor complejidad y alternativas.
- Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley (1980), propone tres estrategias:
 - a) Utilizar a la persona periférica.
 - b) Romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y

- c) Unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.
- Madanés, (1984), identificó tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño:
 - a) Que el padre pida al hijo que tenga el síntoma
 - b) El padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma, en vez de tenerlo realmente.
 - c) El padre pide al niño que simule ayudarlo a él. Planear una intervención anormal antes de pasar a una organización más funcional.
- La tarea del terapeuta consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente, a fin de modificarlo.
- Hacer hincapié en lo analógico: el síntoma de alguien es un modo que tiene de comunicarse con los demás. Analógica o metafóricamente un síntoma es la expresión de un problema y también una solución insatisfactoria.
- Centrarse ven los problemas y poner acento en el contexto social donde surgen; Haley (1980), ofrece un enfoque cuya unidad mínima es la triada.
- Definir el problema: el enfoque estratégico hace hincapié en la situación social y no en el individuo, de ahí que un problema se define como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se centra en esa secuencia reiterada de comportamientos. Un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social.
- Incluirse así mismo dentro del problema, puesto que él contribuye a definirlo. Algunos problemas requieren la inclusión de unidades sociales más amplias, como la escuela, la clínica, los consejos tutelares.
- Definir la unidad social que él puede cambiar para resolver el problema.

Herramientas estratégicas para el terapeuta.

Las técnicas y los procedimientos terapéuticos son útiles para cambiar las estructuras inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Las técnicas de intervención tienen como objetivo final, cambiar las interacciones familiares y comprenden connotaciones positivas y redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas (Ochoa de Alda, 1995). De la entrevista depende la información necesaria para la intervención, por lo que el terapeuta estratégico debe tener buen entrenamiento en ésta.

En la primera entrevista, se dialoga con todos los involucrados, ya que el cambio afectará a cada uno de ellos. El terapeuta no debe permitir que el cliente decida la terapia a seguir, sobre todo si sus terapias anteriores fracasaron. En las consultas "obligatorias", el terapeuta debe mostrarse especialmente cortés, y apuntar que la confusión que se vive tiene que ver con la situación y no con alguna condición personal.

Haley (1980; 1987, citado en Ochoa de Alda, 1995) insiste en la necesidad de diferenciar entre identificar el problema por el que la familia acude a terapia y crear un problema como consecuencia de un diagnóstico. Consecuentemente, uno de los cometidos del terapeuta es redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto.

Para Madanés (1984), la redefinición del problema no implica forzosamente connotar positivamente la conducta de alguien. Su meta es cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse, y en este sentido considera que hablar de "irresponsabilidades" en lugar de "depresión" alude a una conducta más peyorativa, pero sin embargo más fácil de resolver.

En este modelo se hace énfasis en el manejo de directivas; todo cuanto se haga en terapia puede ser visto como una directiva. Pueden darse en forma directa o implícita. Hay dos maneras de impartir directivas:

- Decirle a la gente que debe hacer con el propósito de que lo cumplan: a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo; b) pedirle que haga algo diferente; c) dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia.
- Decírselas con el propósito de que no las cumplan, o sea de que cambien por vía de la rebelión. Las directivas son un medio para provocar cambios, se emplean para intensificar la relación entre clientes y terapeuta y se usan para obtener información. Para lograr que se cumplan es importante:
 - Adecuar la tarea a las personas.
 - Adecuar la manera en que se describe la tarea, magnificarla o empequeñecerla.
 - Ejercer la autoridad de diversas formas.
 - Ser preciso en lo que cada integrante tiene que hacer y cómo lo tiene que hacer.
 - Hacer que participen todos, haciendo o dejando de hacer algo. Puede excluir a alguien por razones especiales, pero nunca en forma accidental.
 - Revisar la tarea.

- Discutir las maneras en que creen puedan eludir la tarea y qué hacer si alguien olvida su parte o se enferma.
- Propiciar un espacio para que se informe que ocurrió con la tarea.
- No perdonar con ligereza el incumplimiento de la tarea.
- Si la tarea no se cumple, manifestarles que ellos han fracasado, que no le han fallado a él sino a sí mismos.
- Hacer de su conocimiento los beneficios que pudieron obtener de haberla cumplido.

Enfoque directo.

- Se emplea cuando se prevé que la familia no cooperará fácilmente: considerar el uso de las acciones metafóricas y las tareas paradójicas.
- Hacer que hablen de sus intentos fallidos de resolver el problema.
- Subrayar los fracasos para que sean identificados como tales.
- Que expliquen cuan desesperada es la situación.
- Convenir con ellos en que en verdad es bastante mala.

Intervención paradójica, sus etapas:

- Encuadre.
- Definición del problema
- Determinación de objetivos.
- Ofrecer un plan.
- Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por autoridad en la materia.
- Impartir la directiva paradójica.
- Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual
- Evitar que el logro se acredite al terapeuta.

Ordalía.

Una de las técnicas derivadas del trabajo clínico Ericksoniano que Haley (1984).incorporó, es la ordalía, que es incluso considerada por el autor, como una "terapia". Ordalía, significa no sólo "a juicio de Dios", sino también, "experiencia penosa", "prueba severa" o "prueba de fuego" .

Cualquier terapia es una ordalía. El solo hecho de tener que pedir ayuda para iniciar una terapia constituye una ordalía: significa que no hemos logrado resolver nuestros problemas y debemos admitir

que necesitamos ayuda. Quienes no la piden, sino que comienzan la terapia de manera involuntaria, demuestran todavía más que es toda una ordalía verse obligado a someterse a una terapia y hasta tener que pagar por lo que no se desea.

La terapia familiar también presenta ordalías intencionales e inadvertidas. Tener que presentarse ante un experto, acompañado de la familia, y luego admitir que uno ha fracasado como padre, madre, hijo o cónyuge, es una ordalía, como también lo es investigar el modo en que uno ha contribuido a producir un miembro anormal dentro de la familia, o aún a reconocer el hecho.

Tipos de ordalía.

- Ordalías paradójicas.
- El terapeuta como ordalía.
- Ordalías que involucran a dos o más personas.
- Ordalías destinadas a una familia.
- Las ordalías en sí mismas no provocan efectos positivos.

Etapas de la terapia de ordalía.

- Debe definirse claramente el problema.
- La persona debe comprometerse a superar el problema.
- Debe seleccionarse el tipo de ordalía.
- La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica.
- La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema.
- La ordalía está inserta en un contexto social.

Modelo de Terapia Breve Orientado a los Problemas.

*El lenguaje es un cuchillo epistemológico con
el que cortamos al mundo en fragmentos y
les ponemos nombres.
Fish, Weakland y Segal.*

El modelo de Terapia Breve Orientado a los Problemas fue precursor de la Terapia Familiar, durante los años 1950-1979; los pioneros fueron integrantes del proyecto Bateson de comunicación enfocada a la esquizofrenia Don D. Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y profesor.

Jackson tuvo influencias teóricas de Freud y Sullivan, colaboró como miembro consultor en el hospital de veteranos junto con Bateson. Fundó el Mental Research Institute (MRI) en 1958, escribió una categorización acerca de la interacción de las parejas, aportó los términos doble vínculo y quid pro quo que significa “algo por algo”, para explicar la interacción de pareja. Aportó el término de homeóstasis familiar y describió la interacción familiar como un sistema de información cerrada, donde el comportamiento anómalo es alimentado para corregir la respuesta del sistema. Otra de sus aportaciones fue el concepto de prescripción del síntoma como medida terapéutica.

El proyecto de Bateson realizado durante los años 1950–1959 intentaba clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado y significante, de tipo lógico, lineal y metafórico y niveles de aprendizaje – cognición. Bateson y su grupo plantearon la hipótesis de que una persona esquizofrénica podría aprender a aprender, encontró pruebas de cómo si el miembro con esquizofrenia mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba; la familia fomentaba y aún exigía que el paciente se comportara de manera irracional. Wittezae y García (1994), afirman que la hipótesis de la doble coacción marcó el momento crucial del grupo de Palo Alto. Es la primera aportación científica de esta nueva concepción de las ciencias humanas, que define la enfermedad mental como un trastorno de la comunicación, cambiando así la perspectiva terapéutica, que dio inicio a la Terapia Familiar.

Según el modelo del MRI, la patología de la familia se determina a través de la comunicación y toma como sinónimos, el comportamiento patológico y la comunicación patológica; adoptaron de la Cibernética de primer orden el concepto de "caja negra" para el trabajo con las familias, se centraron únicamente en las entradas y salidas de la comunicación sin importar lo que sucedía dentro del individuo.

La familia se consideró análoga a un sistema, que puede ser homeostático o cibernético; dentro de la familia coexiste un grupo de personas con influencia mutua, que viven procesos interactivos circulares donde se presentan dos aspectos básicos: la comunicación y las pautas que los conectan. El concepto sistémico de familia, retoma la idea del hombre en un contexto.

El conocimiento de los autores antes mencionados, se vio amplificado con la visión antropológica de la Teoría de la Comunicación (Mead y Bateson), de la Cibernética (Wiener), la Teoría de Sistemas (Bertalanffy), las Matemáticas (Russell y Whitehead), la Teoría de los Tipos Lógicos y los Conjuntos.

Al observar la conducta en un contexto, se contemplan los patrones repetitivos y las maneras de comunicación implícitas. El cambio se basa en el movimiento de patrones repetitivos que se dan en las relaciones en contextos determinados; estos patrones están ligados por la comunicación. La comunicación tiene dos aspectos: el de contenido y el relacional. Hay señales que comunicamos que desatan una interacción: para hablar, pelear, deprimirse, alejarse, etc., éstas no tienen principio ni fin, porque cada persona puntea desde su propia óptica, su propia explicación de cómo se desarrolla la situación que describe, su realidad. Estas explicaciones se alejaron mucho del modelo clásico:



La teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos, aportan sobre la persistencia y el cambio. La teoría de los grupos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, parece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros; pero proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior.

A partir de esto se deduce que existen dos tipos diferentes de cambios: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo, ejemplo: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, etc., nada de esto puede en sí finalizar la pesadilla (cambio 1). El único modo de salir de esa pesadilla, de ese sueño, es despertando. "El despertar", desde luego, no

constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto (cambio 2). El cambio 2, es por tanto, cambio del cambio y se introduce desde el exterior.

Teoría y Conceptos.

Formulaciones teóricas de la Terapia Breve.

La Terapia Breve puede aplicarse a individuos, parejas y familias, y está basada en la consideración de las quejas de los clientes como el problema a tratar, por ejemplo la interacción con la familia, los amigos, los compañeros de trabajo.

Se aparta de los modelos tradicionales de tratamiento en varios sentidos: no etiqueta a los pacientes o familias como *enfermos* o *sanos*, no establece diagnósticos con base a la patología; se basa en una epistemología circular recurrente que pone el acento en lo ecológico, la relación y los sistemas totales; en ella los terapeutas forman parte del cambio.

Se basa en el Constructivismo que parte de la pregunta ¿qué podemos conocer? en lugar de asegurar que existe la realidad y cómo podemos conocerla; y de otra pregunta ¿qué observamos y qué conocimiento obtenemos de esto? Todo lo que se pueda observar, se lo dirá un observador a otro observador respecto de lo observado, lo que Maturana llama organismos observantes; esto es lo que se considera Cibernética de segundo orden, (Ceberio, 1998).

Desde esta perspectiva, el conocimiento representa un cúmulo de verdades acerca de la realidad. Por tanto, pedir a una persona que cambie o suspenda su forma de pensar, es pedirle que renuncie a su verdad y en consecuencia a su realidad.

Sistema conceptual.

El sistema conceptual del modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas se basa en:

- Una idea de eficacia que se mide pragmáticamente por sus consecuencias.
- No busca causas históricas. Lo que sucede ahora es lo que mantiene el problema; solo se puede cambiar el presente. Lo que pasó ya quedó atrás y no se puede cambiar. Considera que la conducta normal o problemática, sea cual fuere su relación con el pasado o la personalidad individual está configurada y conservada o cambiada de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta.
- No busca patología, porque los problemas no se dan de manera individual, ni dentro de las personas sino entre las personas.

- No es normativa, no plantea un “debe ser”, cada persona lo establece; no hay estándares de normalidad o funcionalidad por lo tanto la meta es el objetivo de cambio del cliente o lo que él pretende.
- No es una terapia de crecimiento porque no pretende que la persona se conozca más o que clarifique la verdad. El modelo intenta “redefinir la verdad” del cliente para quitar el sufrimiento.
- No maneja que el paciente tenga una ganancia secundaria por el síntoma, ni que sea una causa o un obstáculo.
- Parte de la idea de que las personas hacemos lo posible por vivir bien, hacemos lo que pensamos que es mejor.
- Todo lo que el paciente tiene o hace se aprovecha positivamente, un pequeño cambio se engrandece.
- La resistencia se entiende como miedo natural al cambio.
- Terapia con límite de tiempo; aproximadamente, 10 sesiones.
- Busca pequeños cambios que producen un efecto de bola de nieve.
- Los problemas son provocados por un mal manejo de las dificultades de la vida cotidiana o por una mala adaptación a las transiciones.
- Una dificultad mal manejada es un intento de solución.
- Se mantiene el problema a través de hacer más de lo mismo.

De acuerdo con lo anterior el terapeuta debe buscar los patrones de comportamiento alrededor de una temática particular, la pauta repetitiva y los intentos de solución, indagar dónde, cuándo, cómo y con quién se da el problema. Tiene que provocar un cambio de 180°, para producir círculos virtuosos sin el problema, pautas que no necesiten el problema; debe recopilar la mayor y más clara información acerca del problema y su posible solución; identificar cuál miembro de la familia está motivado para el tratamiento; aceptar los objetivos terapéuticos del cliente, sus valores y creencias, y con base en ellos formular los objetivos de la terapia; formular un plan para establecer cambios benévolos; interrumpir los intentos de solución; valorar la eficacia del tratamiento y terminarlo.

En cuanto a las metas el terapeuta debe: definir con claridad y precisión los objetivos que se pretenden alcanzar, elegir el cambio mínimo, apartarse 180° del impulso básico de las soluciones intentadas, identificar y utilizar la postura del paciente (lenguaje, valores, visión sobre la vida y sí mismo, actitud ante el problema y los otros, posición ante la terapia y el terapeuta), adoptar una postura igualitaria y de inferioridad.

El Modelo de Terapia Breve, identifica tres maneras de enfocar mal las dificultades:

- Intentar una solución, negando que un problema lo sea en realidad. Es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
- Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable, es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- Se establece un juego sin fin; se intenta un cambio 1 en una situación que sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1.

Estrategias y técnicas terapéuticas.

Fisch, Weakland y Segal (1994) desarrollaron la teoría y la práctica para la creación deliberada de un cambio útil en psicoterapia; muestran qué y cómo hacer. Uno de los aspectos estratégicos importantes a considerar es la capacidad de maniobra del terapeuta, que se refiere a la capacidad de actuar en la forma que él crea más pertinente, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. Implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.

Capacidad de maniobra del terapeuta.

La base fundamental para la maniobrabilidad del terapeuta reside en que sabe que el paciente lo necesita, más de lo que él necesita al paciente. Cualquier cosa que haga descansa sobre la opción de ser capaz de poner fin al tratamiento.

Para aumentar la capacidad de maniobra es necesario estar atento con la "oportunidad y ritmo" para no dispararse hasta saber cuáles son las opiniones e ir dando a lo largo del tratamiento pequeños pasos, al tiempo que se evalúa el modo en que el paciente los recibe, por ello debe:

- Cambiar de rumbo antes de que ocurra la resistencia.
- Buscar información antes de decidirse por un enfoque definitivo.
- Efectuar comprobaciones a lo largo del tiempo, para evaluar si el paciente acepta o no cada paso.
- Ajustar la oportunidad y ritmo de sus comentarios a las respuestas del paciente.
- Saber sobre los valores, opiniones, prioridades para definir una postura estratégica: ¿qué es lo que en concreto los ha hecho venir?

Es importante tomar el tiempo necesario para que la labor terapéutica avance eficiente y constructivamente, sin que el terapeuta se deje acosar para que pueda tomar decisiones adecuadas; Hacer uso del lenguaje condicional, cuando los clientes hagan preguntas comprometedoras ante las cuales, si el terapeuta contesta automáticamente que sí, puede coligarse contra un tercero, pero si contesta no, se desacredita; de ahí la idea de usar el condicional: "bueno nunca he visto a su esposo ni he hablado con él, pero en base a lo que usted me dice me inclinaría a estar de acuerdo con usted" se sugiere usar expresiones como: "no estoy seguro".

Una parte esencial de la terapia es, pedir al cliente que concrete el problema que va a trabajar, que concrete las tareas que hizo porque pudieron no haber funcionado por falta de claridad en las indicaciones del terapeuta.

Es mejor que el terapeuta asuma una actitud igualitaria ya que una actitud de superioridad o poder, puede intimidar al cliente.

El terapeuta debe tener la posibilidad de decidir con quién trabajar. Las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas relacionadas, los motivos para ello son de orden estratégico y táctico. La pregunta ¿cuál es el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema? es una cuestión básica y la respuesta probable, es que dicha persona es la que se siente más perturbada por el problema.

La visión del cliente.

Con respecto a este punto, el terapeuta tiene que considerar:

- La comprensión de sus valores, creencias y prioridades, para venderle adecuadamente las estrategias de intervención, las tareas, y no provocar resistencias.
- Escuchar lo que dice el cliente: las palabras concretas que emplea, el tono y énfasis con que se expresa, porque ahí se rebelan sus posturas.
- Entender la postura del cliente con relación al terapeuta y a la terapia.
- Clarificar qué tipo de postura ha tomado el cliente: a) como receptor pasivo de la sabiduría del terapeuta; b) si toma a cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva, o, c) busca ayuda a través de una actividad y una responsabilidad, recíproca entre él y el terapeuta.
- Clarificar si el cliente se considera "paciente" (preocupado, compasivo, víctima, perturbado, pero hondamente interesado en el cambio), o si se considera "cliente" (quien pide ayuda).

- Evitar resistencias. No formular comentarios que irriten a los pacientes o reduzcan la credibilidad de las ideas del terapeuta.
- Estimular la colaboración del cliente. Y corroborar si lo que el terapeuta propone, le checa.

Fijación del marco del tratamiento.

Es importante planificar todas las etapas del tratamiento para que sea exitoso y no se convierta en una experiencia errática. Es útil considerar la llamada por teléfono, porque a veces desde ahí se fijan las condiciones del encuentro terapéutico, las citas para terceras personas y la información de un terapeuta anterior.

En la entrevista inicial se recopila información sobre los factores que se consideran necesarios según sea el caso; naturaleza de la enfermedad, como se ha afrontado el problema, objetivos mínimos del cliente, actitud y lenguaje del cliente.

La información debe basarse en términos de conductas: qué hacen y dicen los individuos, concretos cuando se da el problema, cuando intentan afrontarlo. La información adecuada es imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve.

Para definir el problema:

- Lo primero que se pregunta es "¿Cuál es el problema que lo trae aquí? ¿Quién está haciendo que esto represente un problema? ¿Para quién y cómo constituye tal conducta, un problema?"
- Indagar hasta que tenga claridad de lo que va a trabajar.
- Hacer preguntas del tipo: "No veo claro cuál es el problema". Quién, qué, a quién y cómo. ¿Cómo se convierte en problema la situación que usted menciona? ¿En qué forma eso es un problema? ¿En qué forma cree que yo lo puedo ayudar?
- Preguntar: ¿Por qué existe dicho problema? ¿Cómo explica que haya surgido este problema? ¿Porqué me ha llamado usted en el momento justo en que lo ha hecho y no antes o después. Con esto se averiguan las creencias del cliente acerca del problema.
- Pedirle al cliente que defina sus prioridades: ¿Podría decirme cuál es en este momento preciso su problema principal? ¿Aquél que le resulte más importante de cambiar, si fuese posible?
- Mostrar confusión y vaguedad enunciando cualquier cosa sin importancia, para que el cliente se vea obligado a darle claridad.
- Identificar cuál es la principal postura del cliente (actitud, opinión, motivación), con respecto al problema.

Para establecer las metas, se formulan objetivos y se evalúa el resultado: si se elige el cambio de conducta se toma alguna específica que sea incompatible con la continuidad del problema. Cuando se lleva a cabo un cambio es importante detenerse para constatarlo, ¿qué ha sucedido que explique este cambio? ¿se dio en la conducta o en la opinión? Que el cliente informe que fue capaz de hacer algo que no podía; si el cliente muestra varios centros de interés o se desvía de uno a otro, el terapeuta debe definir un único centro.

La planificación requiere mayor precisión en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia de tratamiento, y las intervenciones necesarias para poner en práctica las estrategias. Según Fisch, Weakland, Segal (1994), se pueden considerar los siguientes pasos:

1. Establecer el problema del cliente.
2. Establecer cuáles han sido las soluciones intentadas.
3. Decidir qué se debe evitar. Apartarse del "campo minado".
4. Formular un enfoque estratégico.
5. Formular tácticas concretas.
6. El terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al Cliente lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema.
7. El terapeuta debe sopesar el siguiente aspecto, ¿Cuál de ellos es más receptivo a mis intervenciones?
8. En resumen: Acciones que se apartan en mayor grado de la solución intentada. Acciones que son más centrales para las transacciones implicadas en el problema; acciones que se incorporan con mayor facilidad a la rutina del Paciente; personas que desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema.
9. Encuadrar la sugerencia en un contexto: "vender" la tarea; es muy importante considerar la postura del cliente.

Técnicas de intervención.

Los recursos técnicos que utiliza el MRI para promover el cambio, comprenden redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión para que el paciente *compre la tarea*, metáforas, ordalías (pacto del diablo) y técnicas hipnóticas derivadas de la hipnoterapia de Milton H. Erickson, (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1986).

Las redefiniciones son técnicas cognitivas que evitan aquellas etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio. Las tareas directas son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún o algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo una conducta alternativa.

Las tareas paradójicas son intervenciones conductuales donde se prescribe la conducta sintomática en un lugar o en un tiempo determinado. Es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación. Los autores suponen que cuando el paciente provoca el síntoma lo somete a un control voluntario, incrementando su capacidad para hacerlo desaparecer.

Las intervenciones metafóricas, se emplean para transmitir un mensaje no relacionado directamente con el problema, pueden ser útiles para bloquear las funciones racionales. El mensaje puede ser una redefinición del problema, una solución o ambos; es una manera indirecta de intervenir en la situación problemática (Nardone y Watzlawick, 1992).

“El pacto con el diablo” es una ordalía útil para trabajar con pacientes que no cambian y con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica. El terapeuta le propone al paciente revelarle una manera de “resolver” el problema, pero solo si se compromete a cumplir la prescripción, en caso contrario no podrá continuar la terapia, (Watzlawick, 1976).

Las técnicas hipnóticas pueden formar parte de intervenciones metafóricas, son adecuadas para trabajar utilizando la “resistencia del paciente”.

Se proponen cinco intervenciones principales, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas (Fisch, Weakland y Segal, 1994):

1. El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.
2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Cuando las intervenciones principales no logran el resultado esperado o cuando conviene complementarlas se usan las intervenciones generales. No apresurarse; se le dice al cliente que no haga nada concreto.

1. Los peligros de una mejoría. El terapeuta expone algún posible inconveniente, cuando existe una mejoría.

2. Cambio de dirección. El terapeuta declara haber tomado un camino equivocado y que requiere un enfoque distinto.
3. Empeorar el problema. El terapeuta hace la sugerencia para que las cosas empeoren.

Modelo de Terapia Breve Orientada a las Soluciones.

*Nos interesan mucho más los recursos de
nuestros clientes y procuramos evitar enfoques que,
abierto o encubiertamente, los debiliten.
Podemos escucharlos a ellos en lugar de escuchar
a nuestras teorías.
O' Hanlon.*

Entre los precursores los más influyentes de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones, están: el Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC), ambos influidos por el trabajo de Milton H. Erickson, quien decía que los pacientes poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible. Proponía que sus pacientes explorasen otras formas de organizar su experiencia, sin indagar la etiología ni la dinámica de la disfunción (O' Hanlon, 1990).

Milton H. Erickson, se considera una figura pionera en varias áreas de la terapia: Hipnosis, Terapia Familiar, Terapia Breve, Terapia Estratégica, Terapia Centrada en las Soluciones. No tenía ninguna teoría y su enfoque era breve y desconcertante para aquellos que lo observaban; distaba mucho del trabajo terapéutico de aquél tiempo. Especulaba muy poco sobre el origen de los problemas, era un genio ayudando a las personas a cambiar; lo que para otros terapeutas era psicopatológico para Erickson eran habilidades, mecanismos mentales que podrían usarse tanto para crear problemas como para curar. Convertía en ventajas lo que parecían desventajas; es frecuente encontrar en la literatura cómo podía centrarse en los errores de sus pacientes sólo para pedirles que con detalle relataran el procedimiento para corregirlos y de esa forma reconstruir su confianza en sí mismos.

Erickson consideraba que lo que buscan los pacientes son soluciones y no la nomenclatura de sus problemas; decía que gran parte de los modelos se basan en las patologías pero en pocas soluciones; creía que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social, la capacidad de solución; por tanto, el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes.

Para él, era más importante la solución que plantearan sus pacientes que las que él pudiera proponer; observaba cuáles estrategias emplearon respecto del problema y qué les había funcionado y qué no.

Erickson afirmó que la terapia podía ser breve, ya que si la enfermedad puede surgir de repente, la terapia puede contribuir a que la solución sea encontrada con brevedad (Rossi, Ryan y Sharp, 1983). Fue el primer terapeuta en utilizar las técnicas enfocadas a soluciones a través de la hipnosis, técnica que llamó "pseudo-orientación en el tiempo" (Rossi, 1980), y que más tarde Steve De Shazer denominó "técnica de la bola de cristal". Con sus técnicas de hipnosis, Erickson llevaba a sus pacientes hacia el futuro y al pasado donde no existía el problema (lo que más tarde se convirtió en la "pregunta milagrosa" y la "pregunta de excepción"); cuando los dirigía hacia el futuro donde se veían sin el problema, les preguntaba cómo se observaban sin él y cómo lo habían resuelto. Erickson no actuaba como un fiscal enjuiciando a sus pacientes, con el fin de salvarlos de la sentencia final de la "psicopatología".

Algunos terapeutas también son precursores del énfasis puesto en los recursos y la no patología, entre estos encontramos a: Virginia Satir, con su énfasis en el crecimiento, que se dirige a la búsqueda de alternativas normales; Iván Nagy, con su énfasis sobre las connotaciones positivas y su exploración del sistema de valores de la familia; a Carl Whitaker quien desafía las posturas de los miembros de la familia e introduce la difusión de roles, su idea nace de que a partir de ese caos inducido por vía terapéutica, los miembros de la familia pueden descubrir su fuerza latente; a Jay Haley y Cloe Madanés, quienes señalaron que el síntoma está organizado para proteger a la familia; las intervenciones paradójicas de Mara Selvini, que apuntaron hacia los lados fuertes de la familia.

Jay Haley (1976) y Thomas Szasz (1961) proporcionaron la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque de esta forma tienden a actuar de manera más normal. Dejaron claro los efectos debilitadores de las etiquetas psiquiátricas. Haley y Richard Rabkin (1977) fueron los primeros en escribir sobre la negociabilidad de la definición del problema. O' Hanlon y Wilk (1987) Bandler y Grinder (1979) señalaron la importancia de crear la imagen del resultado para crear ese resultado.

La Terapia Estratégica, particularmente del MRI, se extendió al Instituto de Terapia Breve de Milwaukee encabezado por Steve De Shazer, quien había trabajado anteriormente en ese centro y dedicaba todo su tiempo a la investigación y a la teoría, y por Insoo Kim Berg quién enfatizó su esfuerzo en preparar terapeutas.

Otro miembro destacado de este centro en el campo de la clínica y la teoría, es Eve Lipchick, quien canalizó sus intereses a desarrollar cuestionarios terapéuticos. Michael Weiner-Davis se separó de este instituto para fundar su propia institución en Woodstock, New York. William Hudson O'Hanlon, quien radica en Omaha, Nebraska, nunca se asoció al centro de Milwaukee, pero fue preparado por Milton H. Erickson. O Hanlon, junto con Weiner-Davis, (citados en Sánchez, 2000), apuntaron: "los límites que las personas atribuyen a su comportamiento restringen la posibilidad de aplicar alternativas para solucionar sus problemas. Si los métodos no llegan a ofrecer soluciones satisfactorias, el significado de su comportamiento no es cuestionado, se buscan nuevas soluciones hasta resolverlos" (p. 200). Lo anterior, dibuja el panorama de la forma en que fue desarrollándose la orientación centrada en las soluciones. La tendencia actual para concebir los problemas ha evolucionado hacia una orientación al futuro y en este sentido no interesa cómo surgieron los problemas, ni cómo se mantienen ni busca la explicación de las dificultades del "problema real", se ocupa de cómo se resolverán; pasa del déficit hacia los lados fuertes.

Esta nueva tendencia busca como llegar a las soluciones por grandes o lejanas que parezcan. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería de ser, enfocándose en las potencialidades de la persona. Ya en los 60's, Maslow expresó que la Psicología había estado avanzando en la dirección equivocada por centrarse en la patología emocional, conductual y psicológica, que por el contrario, deberíamos estudiar a los individuos más sanos.

En el campo de la intervención no se hacen diagnósticos correctos o incorrectos, no hay teorías acertadas o erróneas, solamente datos acerca de lo que funciona o es útil en casos concretos. Al centrarse en las fuerzas y capacidades de los clientes, se convierte en una forma más humana y menos dolorosa.

Teoría y conceptos.

Los aspectos centrales que guían a la Terapia Centrada en Soluciones que fueron retomados del trabajo de Erickson son los siguientes:

- Enfoque de "utilización": el terapeuta debe usar todo lo que el cliente presenta en la terapia, "resistencia", síntomas, creencias rígidas etc. Según Erickson la terapia debía ser ajustada al estilo e idiosincrasia de cada cliente.
- Orientación naturalista: las personas tienen en ellas mismas los recursos necesarios para realizar los cambios.

- Respeto por las capacidades del cliente: confianza en que cada cliente puede proporcionar las claves y la información para organizar la terapia. El paciente puede si se le da una oportunidad. Erickson subrayaba las expectativas positivas a la hora de producir la curación.
- Desarrollo de la técnica de pseudo-orientación en el tiempo, primera técnica verdaderamente orientada a las soluciones.
- Uso de la comunicación indirecta, empleo de metáforas, presuposiciones, intervención sobre patrones.

El genio de Erickson para construir intervenciones singulares y a menudo brillantes se ha hecho legendario. No menos importante era el profundo respeto que tenía por sus pacientes, por sus creencias, por su capacidad para cambiar a pesar de sus problemas agudos o crónicos y la preocupación por proteger su integridad (Cade, O' Hanlon, 1995).

Bases conceptuales del Modelo Centrado en Soluciones.

- El terapeuta plantea que la misma familia es quien debe resolver su problema específico utilizando sus propios recursos en la misma forma que los ha resuelto con anterioridad. El terapeuta trabaja conjuntamente con la familia buscando la solución, sin analizar la patología.
- Toma una fuerte posición contra la idea de que la gente es ambivalente con sus problemas; asume que el cliente quiere cambiar, que no hay "resistencia", de tal modo que cuando la familia no sigue los lineamientos del terapeuta, éste tiene que buscar el estilo de "cooperancia del cliente", quien le indicará la mejor forma de ser ayudado.
- No se basa en una teoría del desarrollo ni de la personalidad, toma del Constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer una normalidad a sus clientes, y no deberá creer que existe una única forma de vivir la vida; esto lleva a la comprensión de que lo que es correcto para una familia puede no serlo para otra. Por tanto el cliente y no el terapeuta es quien debe identificar los objetivos de la terapia, (O' Hanlon, Weiner-Davis, 1990).
- El cambio se producirá a través de pequeñas modificaciones en la excepción de la conducta rígida de los clientes, rompiendo los círculos viciosos en que se encuentran sumergidos. Los pequeños cambios se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios.
- Un aspecto muy importante en este modelo es el lenguaje, el terapeuta utiliza el lenguaje del cliente, libre de tecnicismos, metafórico, presuposicional, alternativo, para brindarle mayor confianza y seguridad.

- Otra característica es la búsqueda de lo mejor entre lo malo; cuando el cliente describe una conducta de excepción el terapeuta la encauza hacia la excepción dándole la posibilidad de saber cómo hacer, guiando la orientación siempre hacia el futuro con la idea de ampliar el cambio, o de encontrar soluciones cuando se vea libre del problema.
- No es necesario conocer la causa del problema para resolverlo, de ahí que no se toman en cuenta las nomenclaturas o etiquetas, con las que otros profesionales y los mismos clientes califican al problema.
- Ver qué es lo que han hecho los clientes como intento de solución y si les ha dado buenos resultados, se buscan excepciones de los momentos en que la conducta rígida o problemática es controlada por el cliente. Cuando el cliente describe una conducta de excepción, el terapeuta la encauza para darle a entender que "sabe cómo hacer" guiando la orientación siempre hacia el futuro.
- Se afirma que la familia está constreñida por la visión corta y pesimista de sus problemas y sus vidas, lo que provoca una serie de secuencias rígidas; y sin cuestionar el significado de su comportamiento se buscan nuevas soluciones, asume que el cliente quiere cambiar. No plantea un modelo de familia normal, acepta cualquier tipo de estructura.
- Al abandonar la idea de "patrones normales" se contribuyó al entendimiento de que:
 - a) se pueden reorientar las conductas de los clientes entendiéndolas positivamente;
 - b) el cambio de perspectiva parece crear una mejor y positiva imagen que se refleja en una conducta más exitosa para enfrentar el mundo exterior.
 - c) el proceso para iniciar el cambio se puede dar sin conocer el origen del problema ni de las personalidades de los clientes. De ahí que se enfoca únicamente a resolver los problemas, lo cual los llevó a la formulación de la "pregunta milagrosa" y la "pregunta de excepción".

Supuestos que guían el trabajo terapéutico.

O'Hanlon (1990) y Selekman (1996) identifican diez supuestos orientadores con vistas a la solución; entre ellos se encuentran los aportes de los diferentes autores del modelo: Milton H. Erickson, Steve de Shazer y Weiner-Davis.

- La resistencia no es un concepto útil.
- La cooperación es inevitable
- El cambio es inevitable.
- Solo se necesita un pequeño cambio.

- Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar.
- Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos.
- No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.
- los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.
- la realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.
- existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más “correcta” que las otras.

Principios y técnicas de la Terapia Centrada en Soluciones.

Construcción de soluciones de identificación excepcional.

Cualquier concepción de la situación problemática podría resultar eficaz si conduce a que el terapeuta haga algo útil para incitar a alguien a que realice algo diferente. En general, las soluciones consisten en que alguien haga algo diferente, o vea algo de modo diferente, lo cual conduce a un aumento de la satisfacción.

Los terapeutas participamos en la co-creación de la realidad de nuestros clientes; de acuerdo con el modelo que utilicemos es el resultado terapéutico que se obtendrá.

Una idea importante es que, si los problemas son negociables también lo es su solución; se puede negociar un problema para ser resuelto de manera fácil. Habitualmente el cliente crea su propia definición del problema, misma que no le ayuda a encontrar la solución, de ahí que los terapeutas centrados en soluciones prefieran negociar una definición que sea posible “resolver”, o buscan en la queja del cliente una “pista de algo que pueda solucionarse” o de algo que sugiere una “excepción” al problema.

Las excepciones y su relación con el objetivo le permiten al terapeuta y al cliente poner un foco durante el transcurso de la terapia. El terapeuta ayuda al cliente a buscar excepciones y luego lo ayuda a imaginar un futuro sin el problema, de tal manera que va quebrando su marco de referencia en fragmentos cada vez más pequeños, lo cual facilita la desconstrucción de sus definiciones.

Cuando el cliente hace referencia a sus marcos globales, el terapeuta y el trabajan para desconstruirlos, y encontrar un punto focal, sobre el cual construir una solución. Los marcos de referencia se pueden considerar “reglas” mediante las cuales los clientes definen la vida en general, no son situaciones concretas, por lo mismo mover estos marcos muchas veces no le permite ver una

diferencia y aunque el terapeuta encuentre excepciones, es improbable que tenga éxito al querérselas mostrar. Lo anterior nos sugiere que para llegar a la búsqueda de excepciones primero tenemos que trabajar con estas reglas o creencias sobre la vida o sea sobre las construcciones de nuestro cliente.

Al centrarse en lo que el cliente ya está haciendo bien, y que le está funcionando, se promueve la cooperación, el terapeuta simplemente le pide que siga haciendo más de eso que es útil para él. El proceso de elaboración de la solución consiste en que una diferencia no reconocida se transforme en una diferencia que haga una diferencia.

Identificación de excepciones.

Dice de Shazer (1992), que es esencial la certidumbre de que en la vida de una persona haya siempre excepciones a las conductas, ideas, y sentimientos que están o pueden estar asociados con el problema. El equipo de Shazer, (1985, 1986) define la excepción como "aquello que sucede cuando no existe el problema".

Se observa que los problemas se mantienen a sí mismos simplemente porque se mantienen a sí mismos y porque los clientes los describen como *constantes*. Desde esta perspectiva se invita al cliente a reconocer lo que ha estado haciendo y puede verse como *exitoso* para su situación o, por lo menos, como encaminado en dirección a un abordaje más exitoso del problema, para construir sobre ello.

Al hablar acerca de sus problemas el cliente da la oportunidad al terapeuta de deconstruir su visión negativa, centrada en ellos, e iniciar una comprensión diferente de los mismos, basada en la elección de los significados más útiles y beneficiosos, que lleven a construir juntos una realidad más satisfactoria.

Desarrollo de la relación de cooperación.

La cooperación es un principio de la Terapia Centrada en Soluciones, significa trabajar junto con el otro. Por lo tanto, en una relación terapéutica verdaderamente cooperativa, no sólo el paciente debe cooperar trabajando con el terapeuta sino que éste también debe trabajar con el paciente.

Algunos estudios (Miller, 1985, 1989, 1996), demuestran que la aceptación del tratamiento aumenta considerablemente cuando el terapeuta coopera con el paciente, permitiéndole establecer sus propios objetivos terapéuticos y trabajar para alcanzarlos y la manera en que se personaliza el tratamiento de acuerdo con las características de cada cliente.

Orientación al Futuro.

Tradicionalmente a las terapias les ha interesado trabajar sobre el pasado y el presente; mediante un proceso de revisión y examen, intentan realizar cambios en el paciente. Lo nuevo es la orientación al futuro, una herencia que Milton Erickson ha legado a la terapia; el futuro también está abierto a la revisión aunque no haya sucedido. Furman y Ahola (1992), comentan con respecto a esta idea que el futuro suele estar conectado con el pasado, y que las personas con un pasado lleno de tensiones son proclives a tener una visión desesperanzada de su futuro. A su vez, una visión negativa del futuro exacerba los problemas presentes, al arrojar una sombra permisiva sobre pasado y presente.

La técnica de pseudo-orientación en el tiempo, utilizada por Erickson (1954), según de Shazer (1991), se formuló teniendo en cuenta que la práctica lleva a la perfección, que la acción una vez iniciada tiende a continuar y que los actos derivan de esperanzas y expectativas. Estas ideas se utilizan para crear una situación terapéutica en la cual el paciente puede responder de manera psicológicamente eficaz a los objetivos terapéuticos deseados como realidades ya logradas. La técnica era realizada por Erickson por medio de la hipnosis, inversamente a la terapia regresiva, es una técnica de orientación hacia el futuro, otorga al cliente la posibilidad de lograr una mirada distanciada, disociada, objetiva y subjetiva, de tal manera que lo que cree que es un logro, puede ser la fantasía de sus deseos y esperanzas.

Evaluar y amplificar el cambio.

En un sentido amplio el motivo de la terapia es el cambio, la modificación de la experiencia que el cliente tiene con respecto a lo que considera un problema; al realizar la evaluación del cambio el terapeuta conversa con su cliente acerca de cómo han cambiado las cosas fuera del encuadre de la terapia, o de los cambios observables y del modo en que estos matizan las diferentes áreas de su vida.

En general el propósito de cada entrevista es conversar acerca de los cambios, y la finalidad de las tareas para el hogar es ayudar a transformar la descripción que hace el cliente de su situación problemática e ir incrementando en cada sesión el tema sobre el cambio. Centrarse en lo que hicieron juntos el terapeuta y el cliente, qué resultó útil. De acuerdo a observaciones realizadas por de Shazer (1999), se pueden seguir algunas ideas para evaluar y ampliar el cambio:

- Recolectar la información sobre los cambios en cada sesión.
- Hablar sobre las Intervenciones que suscitan cambio.
- Pedir que se hagan informes de cambio o tareas para el hogar basadas en excepciones.
- Ampliar o reforzar el cambio positivo, "dirigir y alentar".

- Negociar metas / signos de cambio positivo.

Cómo construir los objetivos.

La diferencia entre la teoría y las conductas de los clientes, es lo que hace que cada terapia sea un nuevo desafío. Los clientes nos enseñan cómo ayudarles a conseguir sus objetivos, y a veces hay que usar algo diferente a los procedimientos habituales. Por otro lado se hace necesario validar lo que los clientes han estado pensando y sintiendo y luego, tan pronto como sea posible, ayudarles a pensar, sentir y actuar de forma más satisfactoria.

Los objetivos terapéuticos se fijan para ayudar a esclarecer la manera en que terapeuta y cliente se van a dar cuenta que el problema está resuelto.

El establecimiento de objetivos influye claramente sobre el resultado, en particular son más fáciles de lograr los objetivos que el cliente percibe como alcanzables y difíciles, que las metas vagas y de fácil cumplimiento (Locke et al. 1975, 1981 citado en de Shazer, 1992).

Tener objetivos mensurables, permite conocer la diferencia entre fracaso y éxito, las situaciones vagas en general pueden constituir un problema.

Los objetivos deben tener importancia para el cliente, ser limitados, concretos, específicos y formulados en términos de conducta, plantear la presencia y no la ausencia de algo. Deben ser un comienzo y no un fin, ser realistas y alcanzables dentro de su contexto de vida y permitir que se perciba que exigen trabajo duro.

Las preguntas como intervención.

Lipchick y de Shazer (1986), describen varios tipos de preguntas; algunas están diseñadas para generar información sobre el encuadre que hace el cliente de su situación; otras son preguntas orientadas hacia el futuro, diseñadas para construir soluciones y crear la expectativa de cambio; éstas últimas son llamadas "preguntas constructivas": preguntas presuposicionales, para recabar información sobre excepciones y preguntas sobre el problema.

En el proceso terapéutico se deberán alterar "la forma de actuar" y "la forma de ver" el problema, para lo cual se deberán realizar tres cosas (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1990):

1. Cambiar la manera de actuar en la situación que se percibe como problemática.
2. Cambiar la percepción del cliente respecto del problema.

3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problemática.

El Uso del Lenguaje Analógico.

Diversos autores marcan la importancia del lenguaje analógico en la terapia. Erickson y Rossi (citados en Cade y O'Hanlon, 1995) señalan que la analogía y la metáfora, así como los chistes, ejercen poderosos efectos a través de mecanismos asociativos inconscientes que llevan a respuestas nuevas. Kloster (1975), ha sugerido que la satisfacción estética derivada de la metáfora, la imaginación y otras técnicas relacionadas dependen del potencial emotivo. Cuanto más evocadoras son las asociaciones provocadas por la analogía, mayor será el potencial creativo.

Las analogías son usadas comúnmente en nuestras interacciones cotidianas, son recursos para arrojar una luz diferente sobre un tema, nos ayudan a utilizar aptitudes y comprensiones de un ámbito de nuestra experiencia, para aplicarlas en otros y encarar de otro modo o comprender y dar sentido a otras zonas vivenciales.

Se ha hablado de la importancia de adoptar el modo preferido del cliente, su sistema representacional preferido. Grinder y Bandler (1979), dicen que las personas que entran en terapia tienden a quedar fijadas con uno u otro modo representacional, y que la superposición de otros modos que se vayan superponiendo, a su modo preferido puede generar cambios internos.

Se han utilizado anécdotas, parábolas y relatos para enseñar, embellecer, explicar, enriquecer, alentar el pensamiento creador y a veces para desconcertar. En el caso de este manejo del lenguaje, el argumento, las facetas y los componentes del relato deben obtener una correspondencia analógica directa con los hechos y relaciones de importancia para el oyente. La analogía puede usarse para amplificar algo que el terapeuta quiere transmitir, o también puede utilizarse de un modo más indirecto. Minuchin y Fishman (1991), llevan la metáfora a la acción.

La metáfora puede ser utilizada en tareas; de Shazer (1991), advierte que las familias pueden aceptar estas tareas aparentemente absurdas cuando son metáforas de la pauta de la queja real, y están cuidadosamente diseñadas para que se adecuen a la manera de cooperar peculiar de esa familia. Cualquier signo de que la familia rechaza el encargo significa que el terapeuta no ha encontrado el modo de cooperar de la familia, y que, por lo tanto, debe abordar la intervención planeada. La metáfora permite que los terapeutas aborden dimensiones únicas del sistema, acrecentando así las probabilidades de conexión con aspiraciones y dificultades que están fuera de la percepción consciente del cliente. La

anécdota, ayuda a ver a las personas que no son las únicas que tienen dificultades, también estimula la esperanza, cuando ya han fracasado.

Escuela de Milán.

*Siempre me ha impresionado el poder de la rotulación:
"Eres servicial", "Eres bueno", "Eres malo".
Es como si nos asignaran un papel en una obra teatral y
no pudiésemos zafarnos nunca de él.
Si Ud. dice "me llevo bien con mi hijo; nos divertimos juntos",
está expresando una relación; pero si dice
"Mi hijo es inteligente", utiliza palabras para matar la relación.
Cecchin.*

El grupo de Milán ha llamado la atención por su constante evolución; los autores partieron del Psicoanálisis para después arribar al marco de la Terapia Sistémica bajo la influencia del Mental Research Institute (MRI). En 1967 Mara Selvini-Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán. Invitó a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. El grupo se proponía tratar niños gravemente perturbados junto con sus familias; el problema al que se enfrentaron fue aplicar los principios y conceptos analíticos a las familias; su esfuerzo fue apasionante pero desalentador. La terapia se prolongaba demasiado y la frustración hacía presencia en el ánimo de los terapeutas que no veían buenos resultados. Sus primeros trabajos se publicaron en inglés, por ejemplo, "El tratamiento de niños a través de la Terapia Breve de sus Padres" (Boscolo, Cecchin, et al. 1987).

En 1971, el grupo quedó impactado por el trabajo de investigación y tratamiento realizado con familias en el MRI, basado en las ideas de Gregory Bateson. Paul Watzlawick participó en Milán como consultor y transmitió los métodos estratégicos que los llevaron al uso de las intervenciones paradójicas así como las propuestas del libro Pragmática de la Comunicación Humana (Watzlawick, D. Jackson y J. Beavin, 1991). Estos autores se oponían al enfoque psicodinámico por considerar incorrecto el hecho de centrarse en un individuo como contenedor de la patología, que pasa por alto el contexto vincular donde se producía el problema.

En la década de los 70's, el equipo se reunía dos veces por semana y veía a dos familias por día; cada una era entrevistada por una pareja hombre-mujer de terapeutas. El equipo se dividía entonces en dos, los que trabajaban directamente en la entrevista y los que observaban la sesión a través de una

pantalla de visión bilateral. Posteriormente esto se modificó y cada familia era entrevistada por un solo terapeuta; al principio, basándose en la práctica de tiempo limitado propuesta por el MRI, veían a la familia 10 sesiones; después desecharon esta regla ateniéndose a la pauta temporal de cada caso. Extendieron el espacio entre una sesión y otra de una semana a un mes porque este lapso “era el requerido por una familia para evidenciar un cambio”.

Teoría y conceptos.

El grupo de Milán derivó su teoría sobre la patología del proyecto de Bateson centrado en la comunicación de doble vínculo y en la epistemología circular para comprender la interacción recíproca en una familia con un miembro esquizofrénico. Entre los principales aportes se encuentran los siguientes:

- Las connotaciones positivas (ver todo el comportamiento como positivo o bueno). El objetivo es preservar la cohesión de la familia (no desafía, ni cuestiona ninguna posición de conducta). Se le considera una estrategia similar al reencuadre positivo; se elaboró a partir de una técnica aplicada por los terapeutas del MRI que es la “prescripción del síntoma”.

Sin embargo, el Grupo de Milán advirtió que al apoyar el síntoma, connotaban negativamente las opiniones de los otros miembros de la familia. Parecía como si fuese necesario culpar a alguien; si se exculpaba al miembro sintomático, otros integrantes de la familia se sentían culpables, esta causalidad lineal no permitía ver a la familia como una unidad sistémica. Por consiguiente la connotación positiva va dirigida a las tendencias de auto-mantenimiento del sistema global; se connota positivamente tanto la conducta del paciente designado, como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia, (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Los terapeutas sistémicos de Milán, no prescriben el síntoma en el vacío ni con una justificación persuasiva, como podría hacerlo un estratégico, sino que lo relacionan con su contexto social, al servicio de la homeostasis familiar o de algún aspecto de ella. Respetan la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio y con ello reducen el riesgo de incrementar la resistencia al cambio.

- Los rituales. La mayoría de las intervenciones se basan en los ritos familiares y no deben funcionar como interpretación para proporcionar estructura; para el grupo el desarrollo de la estructura se presenta después de que ocurren los cambios. Utilizan “ritos o rituales” para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. Desde el punto de vista formal el ritual es una acción o serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales,

de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Diseñan rituales particulares para cada familia y otros que son tareas que se prescriben de la misma forma.

Con referencia a lo anterior, Ochoa de Alda (1995) menciona que las prescripciones ritualizadas de Milán consisten en la prescripción estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplea cuando la situación es confusa, para introducir orden y secuencialidad. La tarea ritualizada de los <días pares – días impares> y la prescripción <invariable> constituyen las principales prescripciones ritualizadas. La primera consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. Y la segunda, elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres.

En 1977, Boscolo y Cecchin abandonaron su herencia estratégica, ampliando el pensamiento sistémico de Bateson con lo que denominaron "interrogatorio circular". Hacia la década de 1970, Boscolo y Cecchin descubrieron que los terapeutas en formación ponían atención a la forma de preguntar de sus maestros más que a las complejas prescripciones paradójicas que éstos utilizaban: se desplazó la atención de la conducta de la familia al terapeuta, lo que dio lugar a la elaboración de dicho interrogatorio (1996). Del mismo modo se abrió la oportunidad de revisar lo que el terapeuta hace dentro del contexto terapéutico. Una vez que fue descartada la metáfora del juego psicótico de la familia arribaron al análisis del proceso autorreflexivo, entonces el juego no dependía sólo de la familia sino también del terapeuta. De esta experiencia surgió el primer artículo, Hipotetización-circularidad-neutralidad (Cecchin, 1987). Además de presentar estos tres importantes conceptos, el artículo marcaba el avance hacia una cosmovisión basada en Bateson que retoma la circularidad cibernética (Boscolo, et al. 1987).

Modelo Post-Milán. División del equipo.

El equipo de Milán se dividió en dos, en uno quedaron Selvini-Palazzoli y Prata y en el otro Boscolo y Cecchin. Las primeras continuaron trabajando sobre la variable de la familia de acuerdo con las pautas terapéuticas de sus principios básicos y realizaron investigaciones hasta el año en que falleció Selvini-Palazzoli. Los segundos desarrollaron sus trabajos como consultores en diversos talleres alrededor del mundo a través de la docencia, hasta 2004 en que falleció Cecchin.

Selvini-Palazzoli trabajó con prescripción invariante desde 1979, que consiste en que los padres de los niños psicóticos se mantuvieran alejados de sus hijos por periodos más o menos largos, sin que éstos supieran donde se encontraban y regresaban con ellos al terminar el tratamiento. Este tipo de intervención brindaba modificaciones en la estructura familiar, haciendo que cada miembro aportara cambios inevitables. La mayor aportación de esta investigadora fue describir el proceso psicótico de la familia, descrito en su libro "Juegos de la Familia" (Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1990).

Por su parte Boscolo y Cecchin fundaron "Milán Asociados" e iniciaron en 1977, el curso de tres años para preparar terapeutas familiares. De acuerdo con Keeney (1985), el contexto de sus soluciones se centra en la manera en que aplican la epistemología cibernética a través de la retroalimentación. Dice Cecchin "nuestra elaboración del modelo sistémico se caracterizó por varios cambios conceptuales. Pasamos 1) de la energía a la información; 2) de las entidades a las construcciones sociales; 3) de centrarnos en la familia a centrarnos en el terapeuta" (1996, p. 111).

Sergio Pirrotta, después de realizar un estudio comparativo de estos dos grupos concluye: "Boscolo y Cecchin se concentran en la enseñanza y la epistemología donde sus intervenciones terapéuticas son vistas con el propósito de introducir nuevas ideas y nuevos patrones de pensamiento, a los miembros de la familia" (Pirrotta, 1982, citado en Sánchez 2000, p. 151).

Por otro lado, el trabajo de la metáfora de Selvini-Palazzoli, se caracteriza por el "debate o juego". El terapeuta tiene el poder de que la familia acepte las prescripciones; si no las acepta, termina la sesión, con el fin de parar el juego rígido que mantiene; el objetivo del terapeuta es entonces interrumpir el juego para que se invente uno menos rígido.

Los trabajos de Boscolo y Cecchin se difundieron y aceptaron por la mayoría de los modelos de Terapia Familiar, de los cuales surgieron tres principios importantes:

1. Keeney se refiere a las aproximaciones del Modelo de Milán, como "Epistemología ecosistémica", la cual sugiere que el terapeuta deberá reconocer la relación recursiva de la interacción, de acuerdo con todos los aspectos de su perspectiva de pensamiento y de comportamiento. Esto se comprueba cuando Cecchin afirma: "Si uno piensa que todas las intervenciones familiares deberán ser sistémicas, entonces se pierden las oportunidades de hacer otra clase de intervenciones a otros niveles, como las visitas en casa o visitas a los maestros, etc.", (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1982, citados en Sánchez 2000, p. 152); ésto se conoce como el planteamiento ecológico de Cecchin.
2. Los trabajos del modelo original se basan en que la mayoría de las enfermedades mentales se originan por la confusión de los diferentes niveles de significado.

3. Los conceptos de Ilya Prigogine de "retroalimentación evolutiva" se basan en los conceptos de Boscolo y Cecchin, acerca de que es posible considerar a la familia como un sistema sujeto a cambios.

Algunas ideas del Grupo Post Milán, como el término de "Sistema Estructural Autodeterminante" hace referencia a que no se debe cambiar la estructura de las familias en la práctica terapéutica, donde el cambio se define por el lenguaje o la narrativa de la familia para crear su nueva realidad. Esta idea tiene mucho que ver con la corriente Narrativa; la realidad no es algo que exista allá afuera; el acto de crear la realidad, es el acto que cada persona realiza al observar, haciendo distinciones en esta observación y, finalmente compartiendo estas observaciones con otra persona a través del lenguaje" (Hoffman, 1991).

La introducción de la epistemología de la Cibernética de segundo orden ha sido una de los mayores aportes del grupo Post-Milán (Cecchin, 1996). La noción de que la realidad es un constructo social, que nuestras ideas acerca del mundo dependen del observador y no concuerdan necesariamente con los sucesos y objetos que están afuera. Por consiguiente una vez más están de moda ideas, creencias, mitos, valores, percepciones, fantasías, y otras producciones internas que habían sido desterradas. En este periodo nace la idea del "sistema signifiante" (Boscolo, et al. 1987, p. 42), que incluye todas aquellas unidades sistemas y personas que se activan en el intento de aliviar los problemas.

Boscolo y Bertrando, refieren que "las narraciones que hacemos construyen nuestra realidad, en sí pueden llegar a ser realidad. En esta perspectiva la familia es la historia contada por sus mismos autores. De esta historia forman parte todas las personas, reales o hipotéticas, pasadas y presentes, que en el curso del tiempo llegan a ser significativas para aquel grupo humano. Cada uno cuenta, recreándola en cada ocasión su versión personal, su historia" (1996, p. 80).

Cecchin, coincide con los planteamientos construccionistas y menciona que el observador-terapeuta usa sus respuestas como instrumento para entrar en un sistema; que somos actores participantes del relato terapéutico y compartimos la responsabilidad del mismo. Desde esta lente reconsideró el concepto de neutralidad (1989), y propuso que se le vea "como la creación de un estado de "curiosidad" donde sean considerados puntos de vista alternativos para que el terapeuta, dentro de una "orientación polifónica" (dejando de lado la necesidad de estar "rotulando el patrón"), que se acerque a tratar de entender las diversas descripciones en términos del ajuste que tengan dentro del patrón.

En resumen, lo que aporta Cecchin (1989) sobre estos importantes conceptos es:

Hipotetización: está conectada con la curiosidad y ésta nos impulsa a continuar buscando descripciones y explicaciones diferentes aún cuando no imaginemos que existen otras. La curiosidad es una postura, mientras la hipotetización es lo que se hace para tratar de mantener esa postura. El autor menciona que una manera de generar hipótesis útiles es el uso de la metáfora del relato de las historias de las familias. Cuando nos sentimos incapaces de desarrollar hipótesis podemos suponer que hemos aceptado el relato de la familia y hemos perdido nuestro sentido de curiosidad.

Circularidad: se alimenta de la curiosidad, se empleada en el desarrollo de las hipótesis y en el sostenimiento de la neutralidad. El interrogatorio circular ofrece la posibilidad de socavar el sistema de creencias familiares que está asentado en verdades usando el lenguaje de relación y no el del verbo ser. Cuando las preguntas circulares no ayudan a generar hipótesis, es posible que estemos parados en el ámbito de la técnica y perdido el sentido de curiosidad. Y cuando las hipótesis no nos ayudan a formular preguntas circulares, probablemente nos estamos casando con ellas.

Neutralidad: el término no se refiere a una posición de no involucramiento del terapeuta más bien se refiere a la creación de un estado de curiosidad. La curiosidad lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos, y los diferentes puntos de vista y movimientos engendran curiosidad.

Al analizar el trabajo con las hipótesis del primer grupo de la Escuela de Milán, Cecchin (1996) resalta cómo eran co-construidas ciertas realidades según quién planteaba la hipótesis y según el tipo de preguntas hechas. Apoyándose en las nociones de John Shotter (2001) teórico social, Cecchin señala cómo la interpretación está condicionada a los contextos culturales, personales o a la misma situación terapéutica, condición que, aunque hace difícil una predicción exacta sobre el devenir, al mismo tiempo hace posible la emergencia de diversas realidades.

En este sentido, Cecchin hace referencia al encuentro relacional como un espacio que puede proporcionar tanto restricciones como posibilidades terapéuticas para las construcciones que se prefieran, aunque siempre de acuerdo a su viabilidad y coherencia dentro de un contexto interactivo significativo. Cecchin (1993) parte de dos visiones polares en cuanto a la posición intervencionista y no intervencionista del terapeuta, pronunciándose por una alternativa intermedia: la propuesta irreverente. Para estos autores la posición interventiva está dada por un intento del terapeuta de influir y orientar a los clientes hacia una flexibilidad y adaptaciones diferentes.

La posición irreverente se construye en una lucha constante contra el peligro de convertirse en un "verdadero creyente" y, al mismo tiempo, en una evaluación hacia la posibilidad del cambio. Cecchin

(1993), habla de las influencias de las relaciones en un sentido bidireccional que, llevadas al campo de las narrativas, suponen la influencia recíproca entre las premisas del cliente y las del terapeuta dentro de un sistema emergente.

Cecchin (2002), comenta que la adopción de la irreverencia significa ser un poco subversivo con respecto a cualquier endiosada “verdad”, reconsiderar su propia teoría en vez de protegerla y protegerse a sí mismo, dejar de luchar cuando una idea ha dejado de ser útil o ha perdido pertinencia. Si uno comienza a sentirse demasiado comprometido con cualquier sistema de creencias se corre el riesgo de volverse instrumentalizado.

Lo que hay que preguntarse es ¿se puede adoptar una posición irreverente sin volverse un fanático de las estrategias o de la ausencia de las mismas? Tal vez una solución es no dejarse seducir por ningún modelo.

El terapeuta irreverente promueve la incertidumbre debilitando los patrones y los relatos que constriñen a la familia; así brinda al sistema la oportunidad de desarrollar nuevas creencias y significados, y patrones menos restrictivos; observa los aspectos de la realidad del cliente que le impiden cambiar; reflexiona sobre las implicaciones de su propia actitud y de los supuestos que maneja adoptando una postura ética.

Principios básicos de la terapia del modelo Post-Milán.

Para Boscolo y Cecchin:

- Es importante ayudar a la familia a ver las opciones que tiene y ayudarla en la prerrogativa que escoja. El elemento principal que acompaña a este proceso es el entendimiento.
- Establecer que el rol del terapeuta es ser creativo y proveer oportunidades para que la familia tome otra perspectiva en sus problemas.
- Definen cuatro principios básicos: Hipotetización, Circularidad, Neutralidad y Tiempo.
- Al equipo de terapeutas lo llaman “equipo reflector”. La familia y el terapeuta se convierten en observadores y escuchan la conversación del equipo de terapeutas sobre lo que vieron en la sesión. Los comentarios no son planteados previamente ni estratégicamente determinados.
- Al dar un giro más ético hacia la cibernética de segundo orden, el grupo de terapeutas, el terapeuta y la familia en tratamiento se convierten en un solo sistema en interacción. Esta poderosa idea ha ampliado el modelo convencional de la terapia llevándola hacia un diálogo menos jerárquico y realmente recursivo.

Estrategias y técnicas terapéuticas.

Similitudes y variaciones entre el modelo de Milán y el Post-Milán.

- Ambos tienen un equipo de trabajo que usa connotaciones positivas.
- Los dos usan preguntas circulares e intervalos de un mes entre las sesiones de terapia.
- Entrevista telefónica y primera sesión: En el modelo de Milán se analiza el caso para realizar la terapia familiar, se plantea una hipótesis y se considera si es o no conveniente invitar a cada uno de los miembros a la primera sesión; en el post-Milán, no se plantea hipótesis y se decide que todos los miembros asistan desde la primera sesión; esta decisión se mantiene durante toda la terapia.
- Estructura de la sesión: poseen la misma estructura. En el modelo de Milán el terapeuta debe conocer perfectamente bien las técnicas propuestas; el post-Milán difieren en que el terapeuta, en cualquier momento de la sesión, puede transmitir prescripciones paradójicas, connotaciones positivas o reforzadores.
- Autoridad del terapeuta: En ambos el terapeuta es quien facilita la sesión. En el de Milán, el terapeuta desarrolla la hipótesis enfocándose al problema que llevó a la familia al tratamiento; en el Post-Milán realiza preguntas que están relacionadas no sólo con el problema global, sino también a nivel individual y social.
- Desarrollo del tema: En los dos no se requiere que el terapeuta desarrolle el tema. Cada miembro habla sobre sus problemas, usando descripciones y ejemplos. El terapeuta tiene como función dar la temporalidad.
- Conclusión de la sesión: El modelo de Milán tiene dos objetivos principales, inyectar una nueva carga de información al sistema epistémico familiar y proveer un panorama exhaustivo de todos los puntos de vista y contradicciones de la familia. El post-Milán difiere en el modo de conducir y concluir la sesión.
- Equipo: En ambos se trabaja en equipo, pudiendo variar el número de integrantes. La presencia o ausencia de un co-terapeuta dependerá de la experiencia que cada terapeuta tenga con el modelo aplicado y su preferencia de cómo dirigir la sesión.
- Proceso de la terapia: El número máximo de sesiones es de 10 y el proceso de tratamiento difiere dependiendo del número de integrantes de la familia que asistan. El modelo de Milán comienza involucrando al mayor número de integrantes posibles y gradualmente los va eliminando. En el post-Milán, todos los integrantes de la familia son invitados desde la primera hasta la última sesión.

- Fases de la Terapia: Es similar en los dos modelos, e involucra dos fases: asesoramiento y tratamiento. Durante el asesoramiento, el enfoque de atención del equipo es valorar el juego de la familia y el objetivo principal es evaluar si el equipo puede ayudar a la familia. También se analiza el tipo de juego que se tiene: cuándo se intensifica y cuándo se relaja. Otro objetivo es determinar la motivación que tiene el sistema familiar respecto de la terapia. El tratamiento comienza con la tercera sesión y continúa a lo largo de las demás sesiones aunque se tome un enfoque diferente. Lo que se busca posteriormente es establecer y reforzar la autoridad de los padres en el núcleo familiar.
- Técnicas y estructura de la entrevista: Viaro y Leonardi (citados en Sánchez, 2000), analizaron la propuesta de ambos modelos y encontraron algunas similitudes y diferencias. Para los dos la entrevista es esencial y difiere de una conversación normal. Como parte de las reglas, es el terapeuta quien llevará el control de la entrevista y tomará las decisiones. Las reglas se dividen en tres categorías: rol del terapeuta, estructura de la entrevista y contenido de la sesión:
 - a) Rol del terapeuta: Los dos modelos reconocen tres reglas: 1) el terapeuta debe obtener información de cada uno de los miembros a diferentes niveles, para poder comprender el problema sistémico; 2) el terapeuta debe estar abierto a lo que diga familia y a los cambios de opinión que se susciten durante la sesión, tomando en cuenta que antes ya se haya dicho algo similar; y 3) elaborar puntos de vista individuales, es decir, el terapeuta será quien otorgue a los integrantes la oportunidad de intercambiar lo que entienden de cada uno, en relación al problema.
 - b) Estructura de la entrevista: Hay que tomar en cuenta dos reglas para obtener éxito en el tratamiento, 1) el éxito de una sesión será que los miembros de la familia tengan igual oportunidad de participar tanto por parte del terapeuta como de la familia; este balance que da el terapeuta, hace que el tratamiento sea un éxito. 2) el terapeuta debe controlar que las normas no se rompan; si algún miembro interrumpe a otro o habla mientras alguien más lo hace, el terapeuta deberá ser quien juzgue si interrumpe la acción o si es bueno dejar que el comentario continúe.
 - c) Contenido de la sesión: El terapeuta determina los turnos para hablar durante la sesión, para obtener los diferentes puntos de vista de la familia vinculados al problema y a las especulaciones. En el Modelo de Milán, el terapeuta plantea directamente a cada miembro de la familia, preguntas circulares sobre el problema; en el Modelo Post-Milán, usa paradojas y metáforas que en la interacción le proporcionen información que ayude a resolver los problemas. Las diferencias entre los dos modelos, consisten en el modo en el que los objetivos se logran. En el Modelo de

Milán, los puntos de vista de los terapeutas no se expresan durante la sesión, sino hasta el final de ésta. El Modelo Post-Milán emplea la prescripción paradójica, en la que se involucran tanto el terapeuta como la familia, es decir, ambos realizan preguntas y darán oportunidad de interactuar a los miembros de la familia. En el Modelo de Milán se lleva a cabo el tratamiento mediante hipótesis, neutralidad, rituales, paradoja y contraparadoja; donde las preguntas circulares son de gran ayuda. En el Modelo Post-Milán, los coterapeutas participan de manera más activa, en cualquier momento, de manera libre, interactuando como un todo junto con la familia y el terapeuta; lo cual es denominado "equipo reflector". Es aceptada la recursividad y se aplican los demás principios originales, excepto la hipótesis y la direccionalidad de la terapia (Sánchez, 2000).

Terapias Postmodernas.

Un poco de historia de la Postmodernidad.

El Postmodernismo cuestiona la verdad única en la búsqueda y la posición social, a través del cuestionamiento de los textos; cuestiona la realidad ya establecida, pone en tela de juicio el concepto de esencia personal; "está signado por una pluralidad de voces que rivalizan por el derecho a la existencia, que compiten entre sí para ser aceptadas como expresión legítima de lo verdadero y de lo bueno" (Gergen, 1992, p. 26). Postula la narrativa en contra del discurso; es el divorcio de lo estructural, e intenta acabar con la premisa del discurso del texto. Es la muerte de la hegemonía de lo escrito de la objetividad. El discurso posmodernista parte de dos campos filosóficos, del Russelliano (con autores como Barthes, Lacan y Derrida), y del modernista (con Foucault, Lyotard y Deleuze, cuya inspiración es Nietzsche). Para la corriente feminista, significa el fin del asfixiante significado de la envidia al falo y, para los estudiantes, el fin de los profesores de texto.

El Posmodernismo se ha presentado en la forma en que lo hizo Artaud y ha lanzado la palabra contra la fundamental ausencia del lenguaje. En el proceso terapéutico, el sí mismo debe diferenciarse del otro claramente.

La Terapia Familiar se encuentra en un proceso de evolución con respecto a los modelos originales de los decenios de 1970 a 1989. En ellos, el terapeuta señalaba las pautas de acción para con la familia, a la que se veía como un sistema en observación; se basaba en la Cibernética de primer

orden. Actualmente la terapia familiar se desarrolla con conceptos del Construccinismo Social y la Hermenéutica; las familias y el terapeuta sostienen una participación más activa en la conversación y juntos encuentran sus propias soluciones, donde el papel del terapeuta no es el de experto, sino que éste acepta la realidad de la familia y sus historias, juntos aportarán una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a la experiencia de la familia un nuevo significado, de tal manera que la terapia es una "aventura colaborativa", donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas (Anderson, 1997).

El concepto dominante de los modelos científicos del siglo XX, está cambiando. El Posmodernismo propone desplazar el concepto de "objetividad" de todas las teorías de la salud mental, hasta ahora dominantes.

Acerca del Posmodernismo, Lynn Hoffman dice que durante el final del decenio de 1980-1989, inició sus críticas respecto de todo el marco conceptual de la terapia familiar, dando como resultado el artículo: *Constructing Reality: An Art of Lenses*. Recibió el apoyo de Harlene Anderson y Harold Goolishian quienes trabajaban con el planteamiento Construccinismo Social. Los aportes de Goolishian se basaban en los principios esenciales del conocimiento biológico, ya que consideraba que el sistema nervioso central era el marco del constructivismo como una información cerrada, aunque recibiera información del ambiente. Esta primera concepción no consideraba al contexto social como el determinante de la realidad de los pacientes, los concebía en la construcción de su realidad, en un contexto únicamente familiar (Hoffman, 1990).

Posteriormente, los trabajos del filósofo social Kenneth Gergen respecto al Construccinismo Social (1984), ampliaron el panorama hacia lo social, "lo que conocemos de nuestro medio ambiente no sólo se recibe por el sistema nervioso central, sino que es en sí, el lenguaje que recibimos y cómo lo expresamos entre las demás personas" (citado en Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 165) .

Construccinismo Social.

En el campo de la Terapia Familiar suele considerarse a Kenneth J. Gergen como el principal exponente del Construccinismo Social (socioconstruccinismo), aunque existen diferentes versiones aportadas por otros autores como John Shotter, Tomás Ibáñez y Jonathan Potter.

El Construccinismo Social constituye una propuesta para explorar las diversas maneras de construir y socavar realidades, de analizar los procesos mediante los cuales se consigue describir,

explicar o dar cuenta del mundo en que se vive. Es considerado como una postura filosófica, epistemológica o como una forma de indagación, (Gergen, 1996).

El surgimiento de la perspectiva Construccionalista se deriva de la crítica a la perspectiva moderna, los filósofos e historiadores empezaron a construir una visión radicalmente distinta de la ciencia que se caracterizó por la ruptura de la distinción entre observación y teoría; por la noción de que las creencias científicas se vinculan entre sí mediante redes complejas (de resultados experimentales, teorías establecidas, ideas sobre métodos, datos estadísticos) y por el énfasis para incluir a las prácticas y a las comunidades de científicos como parte del proceso de generación del conocimiento. Esta situación constituyó una nueva perspectiva en los estudios sociales de la ciencia alrededor de la década de los setentas, caracterizada por la colaboración interdisciplinaria entre sociólogos, filósofos e historiadores de la ciencia, psicólogos, lingüistas y analistas literarios. Este es el contexto de aparición del socioconstructivismo.

Gergen (1996), organiza en tres grandes líneas, a la concepción formal o racional del conocimiento la cuál invita a una reconsideración completa de la naturaleza del lenguaje y de su lugar en la vida social y son: la crítica social, la crítica ideológica y la crítica literario retórica.

La crítica social.

Es un movimiento que surge a partir del interés por el contexto en el que toman forma diversas ideas y los modos en que estas ideas, a su vez, dan forma a la práctica científica y a la comunidad de científicos. Refiere que es el proceso social el que da forma a nuestras concepciones de verdad y de lo bueno, y no, la ideología subyacente o la historia textual. El inicio de esta línea de pensamiento se remonta a las obras de Max Weber, Max Scheler, Karl Mannheim y otros pensadores que estudiaron la génesis del pensamiento científico (Gergen 1996).

Gergen (1996) sitúa los principales resultados de este movimiento en el campo de la Historia de la Ciencia y de la Sociología del Conocimiento. La obra de Thomas Kuhn (1970), La estructura de las revoluciones científicas, se caracterizó por desafiar la concepción moderna de la ciencia como portadora de la verdad y por sugerir una concepción específicamente social de la transformación de los paradigmas científicos. Kuhn argumentó que los grupos de científicos deben abandonar los modelos predilectos y laboriosamente adquiridos (paradigmas) para la resolución de problemas. En su definición de paradigma, Kuhn resalta que consiste en una colección de ideas que circunscriben un área de indagación, el paradigma define los problemas, los métodos y los puntos de convergencia y divergencia totalmente legítimos y que garantizan la pertenencia a la comunidad científica. Feyerabend (citado en

Beltrán, 2002), con su obra "Tratado contra el método", cuestionó el punto de vista de que el conocimiento pudiera generarse a partir de cualquier conjunto predeterminado de procedimientos de investigación y mostró que no sólo los estándares tradicionales de racionalidad eran irrelevantes para los avances científicos, sino que también diferentes grupos a través de la historia han poseído diferentes concepciones de la racionalidad.

En el ámbito de la Sociología del Conocimiento, el trabajo de Berger y Luckmann (1966), "La construcción social de la realidad" cumplió la importante función de establecer los procesos de construcción social como tema central de estudio y en adoptar una postura simétrica en relación a la "verdad falsedad del conocimiento". La Sociología del Conocimiento debe ocuparse de todo aquello que se entiende por conocimiento en una sociedad independiente de la validez o nulidad final de ese conocimiento.

La crítica ideológica.

Se refiere a la orientación de diversos grupos sociales y académicos para revelar los propósitos ideológicos, morales y políticos de explicaciones que suponen ser objetivas o desapasionadas. Intenta poner de manifiesto los sesgos valorativos que subyacen a las afirmaciones de la verdad y la razón, principalmente aquellas que se dan por sentado en el discurso de las instituciones dominantes: la ciencia, el gobierno, la milicia, la educación, entre otras. Este movimiento crítico tuvo sus orígenes en el ámbito académico por los escritos de los representantes de la Escuela de Frankfurt, que como postura analítica también se le reconoce como teoría o escuela crítica (Gergen, 1996).

Habermas (citado en Gergen, 1996) mostró que las cuestiones de valor o de ideología suelen ser sistemáticamente transformadas por los científicos en cuestiones técnicas. Actualmente esta postura crítica también es representada por diversos grupos preocupados por la injusticia y la opresión, entre ellos podemos identificar a grupos feministas, a los homosexuales y a algunos representantes de las ciencias y disciplinas humanísticas. Las críticas que surgen de estos grupos son especialmente significativas porque demuestran que ni la justificación racional de la ciencia ni la confianza en la metodología empírica, permiten al científico elevarse más allá de las consideraciones morales, éticas e ideológicas. Asimismo implica que se cuestione el supuesto de que el lenguaje de la descripción y la explicación, como lenguaje motivado.

Para quienes se preocupan por la injusticia y la opresión, la crítica ideológica es un arma poderosa para socavar la confianza en las realidades aceptadas de las instituciones dominantes: la ciencia, el gobierno, la milicia, la educación.

Otra de las aportaciones más importantes a esta tendencia crítica es la consideración de que todas las prácticas científicas, metateóricas, teóricas y metodológicas, tienen consecuencias para algún modo de vida particular.

La crítica literario-retórica.

Se origina, por un lado, al cuestionar el interés por parte de algunos teóricos literarios para desarrollar estándares fundamentales de la interpretación de textos conforme criterios realistas y por otro, de analistas del discurso que estudian las formas a partir de las cuales se construyen realidades. Esta crítica demuestra que las concepciones de la realidad están determinadas por las convenciones de su descripción literaria, no por las características de los propios sucesos. Para los teóricos literarios la descripción es un subproducto del texto: es el texto y no la mente lo que determina lo que puede decirse acerca del mundo (Gergen, 1996).

Un antecedente importante son los trabajos de filosofía del acto discursivo, "cómo hacer cosas con palabras" es de John Austin (1962).

El proyecto de Austin consistió en atacar los puntos de vista del lenguaje que otorgan una importancia fundamental a los aspectos referenciales de la verdad y la falsedad. En lugar de centrar su interés filosófico en el "valor de verdad" de afirmaciones tomadas en abstracto, Austin resaltó la naturaleza práctica del lenguaje; el lenguaje para hacer cosas es un medio de acción. Propuso una teoría general de los actos discursivos según la cual todas las expresiones realizan acciones y, al mismo tiempo, presentan rasgos dependientes de cuestiones de verdad y falsedad. El trabajo de Austin aleja la discusión de la idea de que las afirmaciones-descripciones e informes, cuelgan de algún espacio conceptual donde se pueden comparar con algún aspecto del mundo, y centra la atención en las afirmaciones como acciones realizadas en un contexto y con unos resultados determinados. La comprensión del carácter performativo del lenguaje exige que la atención se centre menos en los actos lingüísticos mismos y más en las pautas más amplias de interacción en las que se producen.

Los teóricos literarios cuestionan la noción de que el lenguaje sirva para explicar y describir la realidad; en lugar de ello intentan demostrar que es con las convenciones de la descripción lingüística, no la cognición, con la que se construye el mundo fáctico (Potter, 1998).

Un antecedente importante lo constituye el movimiento estructuralista Saussure (1983), Levi-Strauss (1969) y Chomsky (1968) (citados en Gergen, 1996) que propició la discusión y desafío del lenguaje como espejo, misma que dio lugar a los escritos postestructuralistas más recientes Barthes (1964), Foucault (1972) y Derrida (1976) (citados en Gergen, 1996). Derrida ha explorado cómo se

producen los “efectos de verdad” en el discurso, principalmente en su forma escrita y ha analizado cómo se sostiene un argumento y se hace que parezca lógico o necesario. El objetivo de su programa de deconstrucción se ha centrado principalmente en disipar las facciones sobre el lenguaje, la verdad y la lógica que divulgan los filósofos. Argumenta que las verdades filosóficas dependen de su realización en el discurso y que su eficacia no está generada por su lógica abstracta, sino por el producto del lenguaje en el que se expresan. Destaca que los argumentos de los hablantes no se originan en sus pensamientos, sino que poseen sus propias historias culturales complejas. Los hablantes recurren a un sistema complejo de metáforas, figuras del discurso y presuposiciones organizadoras a gran escala, pero que no tienen estos procesos bajo su control. De este modo la tarea de la deconstrucción, es descomponer este sistema para exponer sus operaciones (Gergen, 1996; Potter, 1998). La relevancia de esta línea crítica radica en que plantea problemas fundamentales a los modelos simples de la ciencia, y con ello, aportan las condiciones para reconocer no solo los detalles de la dimensión socio-histórica de la actividad científica, sino también la naturaleza comunitaria, relacional y discursiva de las prácticas científicas.

Propuesta Construccionalista Social.

Resalta el análisis del lenguaje como una exploración de las formas sociales. La atención se centra en los modos en los que el discurso funciona en las relaciones sociales y en cómo a través de éste se construyen y socavan descripciones factuales. Asimismo, el foco se dirige a la base relacional de lo que consideramos como conocimiento y enfatiza que el conocimiento es una construcción comunal, discursiva. No ve el discurso sobre el mundo como un reflejo o mapa del mundo, ni como una expresión individual, sino como un recurso para el intercambio comunal (Gergen, 1996; Potter, 1998). De este modo, la propuesta implica también un proceso de indagación sobre la forma en que, en nuestras prácticas discursivas, construimos hechos.

El argumento básico es que a través de la coordinación relacional nace el lenguaje, y con el lenguaje adquirimos la capacidad de hacernos inteligibles. Se considera que las construcciones que hacemos del mundo están delimitadas por nuestra lengua y que nosotros mismos construimos estas delimitaciones ya que somos quienes generamos las convenciones del discurso, lo cual implica que tenemos también la capacidad de alterar nuestros propios discursos.

La noción del yo y de los otros se deriva de las pautas de relación, a la vez que son sostenidas y a veces modificadas por ellas. De este modo, la unidad fundamental de la vida social la constituye la

relación y es en ella donde se construye el significado y la identidad social. Las descripciones y las explicaciones que hacemos ni se derivan del mundo tal como es, ni son el resultado inexorable de las propensiones genéticas o estructurales internas al individuo. Son el resultado de la coordinación humana de la acción conjunta (Shotter, 2001). Las palabras adquieren su significado sólo en el contexto de las relaciones y, en gran medida, es la tradición la que permite que nuestras palabras aparezcan como fundamentadas o como descripciones de lo que la realidad es. En este sentido la experiencia humana está construida lingüísticamente, conversacionalmente, y que es a través del lenguaje que la realidad es producida, reproducida y cambiada.

Premisas del Construccionismo Social.

Es común a todas las versiones socioconstruccionistas, la idea de que la investigación del proceso social se circunscribe a la interacción discursiva. Se asume que la realidad no es estable, sino vaga e inestable. De ahí que sea interesante indagar cómo las prácticas sociales se construyen o socavan realidades a partir del discurso como interacción.

De acuerdo con Gergen (1996) y Shotter (2001), algunas premisas de esta propuesta son:

- La forma en que describimos el mundo y a nosotros mismos no está dictada por los objetos estipulados en dichas descripciones. Esto lleva a pensar que no existen restricciones sobre nuestra caracterización de la cosa.
- Si se piensa que una descripción refleja o construye la realidad, exige comparar la descripción con la realidad. Sin embargo, la realidad o la "realidad" no puede intervenir en este debate si no es en forma de otra descripción, lo que plantearía la pregunta de si esta nueva descripción es en sí misma descriptiva o constructiva.
- Los términos mediante los cuales obtenemos comprensión del mundo y de nosotros mismos son procesos sociales, productos de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas. Para lograr inteligibilidad se participa en un patrón reiterativo de relación y cuando éste se extiende, se participa en una tradición. Para Shotter (2001), las palabras tienen significado dentro de un género discursivo, esto es, dentro de una forma de hablar asociada con una forma de vida social, con una "historia", de tal forma que ciertas palabras producen una "resignificación" o "reinterpretación" del pasado, de su uso autorizado, es decir, en términos de una forma de hablar, pensar, percibir, actuar o evaluar, constitutivos de una forma de relación social privilegiada de algún grupo sobre otro. Asimismo, nuestras formas oficiales de ser, nuestros sí mismo (selves), son producidos en nuestras formas oficiales de interrelacionarnos con otros.

- La medida en la cual una descripción se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la misma, sino de las vicisitudes del proceso social. Según Gergen (1996), esto significa que las descripciones del mundo y de nosotros mismos pueden ser mantenidas, sin importar las perturbaciones en aquello que están diseñadas para describir o explicar. En forma similar, pueden ser abandonadas sin importar las que consideremos son las características perdurables del mundo.
- Esta noción destaca que las descripciones son prácticas humanas y por ello pueden presentarse descripciones diferentes del mundo o de nosotros mismos. La "realidad" se introduce en las prácticas humanas por medio de las categorías y las descripciones que forman parte de esas prácticas.
- El lenguaje es un subproducto de la interacción su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación; la semántica se torna un derivado de la pragmática social. Desde esta premisa se entiende al significado como derivado de juegos de lenguaje microsociales, inmersos en patrones más amplios de la vida cultural, lo que le da al construccionismo una dimensión pragmática. Es el enunciado y no la palabra, el que presenta la unidad de la comunicación porque tiene un carácter dialógico, resulta de modos específicos de vida, de rituales de intercambio, de formas de relación en las prácticas humanas.
- Aprender las formas existentes de discurso consiste en analizar patrones de vida cultural; tal apreciación da voz a un anclaje cultural dado, y compartir apreciaciones facilita un entretejido más completo de comunidades dispares de significado. Esto significa que se llevan a cabo evaluaciones críticas desde una posición exterior, de las diversas formas de inteligibilidad, explorando su impacto en formas más amplias de vida cultural ya que una forma de comprensión no sólo constituye el mundo de una manera determinada, sino que también contradice otras descripciones y formas de comprensión.

La terapia y la epistemología Construccionista Social.

Desde la perspectiva moderna de la psicoterapia las experiencias narradas por la personas que asisten a terapia son vistas desde una perspectiva lineal e individualista y el lenguaje es considerado impersonal y es entendido como un medio para el conocimiento; su función es ofrecer una representación real del mundo y de las experiencias. El terapeuta suele ser ubicado como un observador externo e independiente a la situación del paciente, se le atribuye la posesión de un conocimiento privilegiado que lo coloca como poseedor de la verdad y por lo tanto con la capacidad de decidir lo que realmente le pasa al paciente y cómo se va a resolver su problema. El saber del terapeuta se privilegia,

el del paciente se subordina, es marginal, cotidiano, no profesional; el saber del terapeuta pasa por alto el mundo variante interpersonal, social, económico y político en el que vivimos (Anderson, 1999).

Desde la perspectiva moderna existe una realidad externa que puede ser representada y el lenguaje es usado para analizar qué tan bien representa dicha realidad y que puede representar la verdad, lo que lleva a pensar que se puede profundizar y analizar el significado profundo y único de las palabras.

Desde una perspectiva construccionista social, la terapia se entiende como proceso relacional donde los consultantes viven y sienten los sucesos de su vida dentro de procesos lingüísticos. Los problemas son entendidos como construcciones sociales cuyo desarrollo, persistencia y eliminación ocurren en un campo interaccional (como práctica social), no están en el interior de personas ni son característicos del individuo, son contextuales y lingüísticos.

Desde esta perspectiva el terapeuta ya no es el observador externo de los problemas del consultante pasa a ser un actor más del escenario terapéutico, y las descripciones y explicaciones que surgen de sus interacciones con el consultante lo incluyen a él. La visión lineal, se vuelve una ilusión de certeza (O' Hanlon, 2001) porque lo que ocurre dentro del proceso terapéutico no es independiente de las conversaciones que se dan durante la misma.

Es en el proceso de la conversación, en la interacción discursiva, terapeuta-paciente y en el contexto que constituyen, donde las palabras adquieren su significado. El lenguaje permite un proceso que socava descripciones de realidades. La conversación es un proceso de generación de sentido, que a su vez posibilita la reificación o la transformación de dicho sentido. En la conversación terapéutica se posibilita el desarrollo de significados que son únicos y apropiados para la situación y para las personas que participan en ella (Anderson, 1999).

Según Bateson existen diferencias inmanentes en el entorno que están disponibles a la búsqueda de los sentidos. Definir algo como distinto del entorno, es lo que Bateson (1972) llama "establecer una diferencia". Son tantas las diferencias, que uno no tiene la posibilidad de prestarles atención a todas. En otras palabras, hay siempre más para ver que lo que uno ve. Por lo tanto hay muchos cuadros que no han sido hechos (cuadros en movimiento) de distintas situaciones.

Lo más importante es que dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación o diferentes "mapas" del mismo "territorio". Las diferencias contribuyen a que la persona agregue nuevos matices a su cuadro en movimiento. Todo lo anterior nos lleva a la famosa

frase de Bateson: "la unidad elemental de información... es una diferencia que hace una diferencia" (1972). Una diferencia a lo largo del tiempo, es un cambio.

Los dos significados distintos en el uso de Bateson de la palabra diferencia son:

- 1) Algo es distinto al ser diferente de su entorno.
- 2) Un cambio en una diferencia a lo largo del tiempo, causada por una diferencia.

Las ideas anteriores son una base importante para el trabajo clínico. Las entrevistas contienen muchas preguntas que tratan de buscar las diferencias cuando se describen situaciones alrededor de un problema. Las preguntas que a menudo clarifican las situaciones problemáticas son aquellas que engloban comparaciones y relaciones. Las preguntas que buscan las diferencias que causan las diferencias son las que se centran en los cambios, por ejemplo: ¿cómo se puede explicar esto?

Una variación de la "diferencia que hace una diferencia", surgió de lo siguiente: hay tres tipos de diferencias, pero sólo una de ellas causa una diferencia: la apropiadamente diferente.

Si la gente se ve expuesta a lo usual, lo "inusual" podría inducir un cambio. Si se enfrenta con algo nuevo que es muy (demasiado) inusual, se cierra. Por lo tanto en terapia hay que brindarles algo inusual, pero no demasiado. Eso es una regla que incluye el medio en que nos reunimos, los temas o cuestiones que se tratan y la forma o manera de la conversación.

Al ser humano lo hemos visto durante mucho tiempo como una parte de una o más relaciones. Antes lo veíamos como si fuera influido o cambiara de acuerdo con la dinámica de las relaciones. En otras palabras, las relaciones "dominaban" al ser humano.

Sobre la base de la comprensión biológica, Maturana y Varela (1978, 1987), hablan de que una persona está fuertemente determinada desde el punto de vista estructural, sin embargo las estructuras biológicas cambian continuamente.

Si una situación perturba (altera) a la persona y ésta no puede reaccionar por la falta de una conducta adecuada en su repertorio, puede actuar ya sea aislándose de la perturbación, protegiéndose a sí misma o bien, conservando la organización que representa (conservar la integridad). Si permite que la perturbación externa ingrese, la organización se desintegra.

Cuando una persona tiene mucho interés de conservar su integridad durante la reunión lo que haga o diga la otra persona, determina que se abra o que se cierre a una conservación. Ambos nos convertimos en observadores y a la vez al observar sus respuestas a mi observación, puede el observador convertirse en observador de su propia observación. En gran medida una descripción o explicación depende del observador y que cada persona que describa la misma situación tendrá su

propia versión; cuando se comparen las versiones, serán diferentes en algún grado. Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente “válidas”. En el trabajo clínico se deben buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y promover la ulterior búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado.

Cuando establecemos relaciones, se involucran aspectos como el sentir, el conocer y el actuar y al mismo tiempo se desarrolla un proceso “interno” que sirve en parte para conservar la integridad de la persona, pero también sirve como base para la expansión de los actos de sentir, conocer y actuar.

La conexión del proceso interno con un proceso “externo” continuo de intercambios es condición necesaria para la expansión y ocurre cuando nos relacionamos con otros. La conversación interna parece servir a dos propósitos: tratar de las ideas que se intercambiaron y tratar de la participación de la persona en la conversación externa. Cada vez que formamos parte de una “conversación curativa” tendríamos que preguntarnos: esta conversación que sostengo con esta persona ¿es lo suficientemente lenta para que la otra persona y yo dispongamos del tiempo necesario para nuestras conversaciones internas?

Lo anterior nos acerca a la idea del cambio que desde esta propuesta se da cuando hay libertad para intercambiar ideas entre dos o más personas, asegurando la integridad individual de cada uno y no como resultado de consejos o imposiciones externas. El cambio puede ser de dos tipos: puede limitar o expandir la habilidad para describir, explicar y actuar.

En el proceso terapéutico es útil usar preguntas que lleven a la posibilidad de hacer más preguntas, para encontrar las respuestas útiles, apropiadamente inusuales (ni tan inusuales ni tan usuales). En este sentido, la conversación genera una serie de intercambios de ideas, algo es dicho, escuchado y pensado y se crea una pregunta que, crea genera nuevas ideas sobre lo que se dijo en primer lugar.

En esta conversación se hacen descripciones sobre problemas que tienen un significado para el consultante y lo interesante es que en ella se generen nuevos significados; las conversaciones a menudo se detienen cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí. La idea es hacer preguntas para crear la posibilidad de que la persona con que hablamos comience a hacerse nuevas preguntas que generen nuevos significados.

Terapia Narrativa.

La Terapia Narrativa encaja en el Construccinismo Social, según el cual la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones. Estos relatos van perdiendo realidad en la memoria a medida que son filtrados por las normas y supuestos sociales y por “conocimientos expertos” atribuidos a otras personas. El recuerdo no sólo distorsiona: se distorsiona de una forma determinada cultural y socialmente. Por esto los relatos del yo suelen ser malos y la observación atenta de sus orígenes puede llevar a narrativas más ricas, más apegadas a la experiencia, más saturadas de conocimiento local. Por medio de este conocimiento expresado en narrativas fieles a la experiencia, las personas ven su vida con mayor perspectiva, superan sus problemas, reconstruyen sus identidades en términos positivos y se esfuerzan por aproximarse a sus metas redescubiertas, (Payne 2002, p. 59).

El terapeuta desarrolla un trabajo topológico, es decir, descubre a la persona o personas que se encuentran ocultas en la historia, validando e interconectando las historias, sin que se detengan en el terapeuta operativamente, ni que tampoco sean validadas o aceptadas por él sino por el o los consultantes. El sentido de la historia, no es comprobado por el terapeuta, sino por los consultantes, buscando otras historias, otras palabras, asignándoles otros nombres. La nueva narrativa es para acabar con la continuidad de la historia central y hacer una reconstrucción o determinar una nueva verdad o realidad.

Uno de los autores más importantes dentro de la Narrativa es Michael White, quien sostiene que la “naturaleza humana” y el “sí mismo” no son esencias innatas sino construcciones sociales (Payne, 2002); White, señala que las personas, cuando se liberan del problema, no se liberan para ser quienes son en realidad, sino se liberan de la realidad, resisten la insistencia de la psicología popular que tiraniza a las personas bajo un estado de “autenticidad”, que abre la posibilidad de rechazar la “plenitud”, de protestar contra el “desarrollo personal”, de usurpar las diferentes formas de “realidad”. Que nos brinde la oportunidad de discrepar, de romper con esa especie de gimnasia que regula y posibilita esas formas de ser.

White (citado en Payne, 2002) menciona que las dos fuentes principales de inspiración para desarrollar su propuesta fueron: Gregory Bateson y Michael Foucault. Entre las contribuciones claves de Bateson (1972, 1979,) se incluye la importancia de la epistemología, en el proceso de “cómo sabemos lo

que sabemos", la importancia de las "diferencias básicas que hacen una diferencia" en los sistemas vivos y de las "pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas".

Michel Foucault (1965, 1973, 1980), historiador y filósofo francés, desarrolló un análisis de la aparición de la Medicina moderna en la cultura occidental. Foucault descubre cómo éstos sistemas de conocimiento, pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en sujetos deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada. Para tratar de comprender la contribución de White, hay que trasladarse al trabajo de Humberto Maturana (1972, 1987), biólogo y neurofisiólogo chileno, quien propuso una teoría general de la cognición. Maturana ofrece una explicación de cómo surge la mente a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje. La mente no está en el cerebro, sino que surge de la interacción lingüística que se establece entre los actores humanos. Por consiguiente, la conciencia es fundamentalmente algo social y no algo bioquímico, fisiológico o neurológico, (Karl Tomm, citado en White, 1994).

White indica que para Foucault existe un triunvirato limitante que subyace a la mayor parte de las teorías psicológicas que se ha convertido en una verdad limitante y en un supuesto dominante de las terapias tradicionales y que formula las siguientes preguntas:

La pregunta occidental de "¿quiénes somos en realidad?" tuvo un auge y ha sido la principal preocupación popular y profesional, dentro del construccionismo y del post-estructuralismo; esta pregunta no tiene sentido, puesto que los seres humanos no poseen una esencia interna universal o una naturaleza independiente de las circunstancias culturales; la pregunta se convierte en: ¿cómo moldean nuestro pensamiento y nuestra vida las prácticas y los saberes culturales? La pregunta tradicional de ¿cómo puedo saber quien soy en realidad a pesar de la represión?, es contestada por las terapias tradicionales aspirando a una vida libre de represión; White, argumenta que esta visión está contaminada por una tácita visión individualista, simplificadora, culturalmente determinada y dualista del bienestar humano, cuyos juicios de valor son arbitrarios, limitados y hasta peligrosos. White sugiere que estos supuestos hacen más difícil que reflexionemos sobre la forma en que vivimos actualmente, ya que colocan el sentido de la vida en la superación de las limitaciones personales. Este discurso se presenta como liberador, pero es, en realidad empobrecedor y engañoso.

La idea de que tenemos una naturaleza esencial que reprimimos, y a) que oculta nuestra verdadera naturaleza; b) inhibe nuestro desarrollo y actualización; c) esta inhibición del crecimiento genera enfermedad y lleva a la frustración de nuestras necesidades y deseos más auténticos.

Este triunvirato reduce la posibilidad de explorar cómo las personas moldean sus vidas y de que reflexionen sobre el significado que dan a su experiencia. Los terapeutas que operan bajo esta visión pueden convertirse a veces en cómplices involuntarios de las versiones culturalmente dominantes de identidad, contribuyendo a encajar a las personas en estos conceptos de "desarrollo personal". Al reforzar un enfoque internalizante y patologizante del problema, hacemos que la gente lo entienda en términos de daños recibimos en el pasado y que necesitan tratamiento.

La influencia de Foucault en el trabajo de White y Epston, atañe a la dimensión política de la terapia narrativa, a su propuesta de una de una terapia que ayude a las personas a oponerse a los efectos de las relaciones de poder visibles o encubiertas que las constriñen. Muchos de los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se desprenden de prácticas del poder que obligan a la gente a definir su identidad y su vida de forma limitada; el trabajo narrativo afronta directamente estas dimensiones políticas.

La externalización del problema es una de aportaciones más importantes y centrales de White (1993), y tiene como propósito distinguir el problema como algo separado de la persona, esto es, ver al problema como el problema y a la persona como persona. A través de esta forma de trabajar, el terapeuta incita al consultante a escapar de la opresión del problema y a encauzar su vida en la dirección que prefiera. Estimula la idea en los consultantes de reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o de declinar la incitación a someterse; a medida que el consultante comienza a ver más claramente estas dos posibilidades y a considerarlas opciones genuinas, invariablemente elige el segundo camino. El Terapeuta colabora en llevar a delante esa rebelión contra la opresión del problema.

No se ejerce sobre el consultante ninguna presión para que especifique cual puede ser el curso de la acción. La conversación terapéutica sólo muestra otras opciones. Esto tiene el fin de que los clientes sientan que tienen más espacios y libertad para explorar nuevas formas de percepción, de pensamiento y de acción.

Otro aspecto importante de la externalización es que el problema sale de la persona pero no se proyecta en ninguna otra, de modo que la protesta y rebelión liberadoras no se manifiestan contra otras personas; así, que hay menos posibilidades de que las personas significativas de la red social del consultante adopten una actitud defensiva y respondan mediante la censura, una nueva rotulación y una nueva patologización del consultante. Al contrario, la red se torna dispuesta a engrosar las historias alternativas del consultante.

A diferencia de otras terapias, esta propuesta subraya que lo más importante no es el número de pasos que da hacia adelante el consultante, sino la dirección en que evoluciona como persona, esto es, la dirección hacia una vida más saludable.

Es a través de preguntas, de influencia relativa, del panorama de acción y del panorama de la conciencia como el terapeuta va colaborando en la indagación de la forma en que el problema ejerce su influencia en la vida de la persona y de cómo la persona se opone a esta influencia. Las preguntas contribuyen al engrosamiento de la historia alternativa (White, 1993).

Equipo Reflexivo.

En 1985 Tom Andersen introdujo una forma nueva de intervenciones múltiples y simultáneas dentro del contexto terapéutico; un universo de voces fue creado para apoyar al sistema terapéutico.

Andersen (2002), expresa que... "en el equipo reflexivo alguien escucha las historias de otros, éstas son frecuentemente dolorosas y/o tristes y/o confusas y/o dan miedo o provocan enojo" (pág. iii). Si los que escuchan están abiertos a oír y a dejarse llevar, a ser conmovidos por la historia, se dan cuenta de que algo sucede mientras escuchan. Les surgen pensamientos y emociones y regresan estos pensamientos y emociones a quienes contaron sus historias. Estos encuentros se tornan comunales, todo el mundo se adueña y se responsabiliza de ellos. Creo que lo que hacemos y lo que decimos en esos momentos "reflexivos" se genera de un fluir de solidaridad. .

Las reflexiones escuchadas son otorgadas de una manera tentativa; expresan pensamientos subjetivos relevantes. No hay intención de predicar verdades o formulas universales; las ideas son expresadas en voz alta y pueden o no ser utilizadas. De esta manera los consultantes tienen a su disposición múltiples voces que la acompañan en su búsqueda de soluciones. Estas voces son en cierta forma un aliado del terapeuta en su función de facilitador del cambio.

La manera tentativa en que se expresa el lenguaje en el equipo reflexivo es una de sus características más destacadas. Este estilo de expresión lingüística invita a los consultantes a compartir un espacio en el cual ellos son los expertos en su propia vida. Esto lleva al establecimiento de otro tipo de diálogo entre consultante y equipo reflexivo, de tal manera que el consultante tiene un nivel horizontal en el proceso, la posición jerárquica del terapeuta se transforma en una relación más de compañeros. En un equipo reflexivo es preferible tener personas de diferente sexo y edad.

Desde los años 80, se han realizado investigaciones acerca del uso y la utilidad del equipo reflexivo en el trabajo clínico y en el ámbito educativo. Se estudió el equipo reflexivo como un

instrumento de enseñanza (Griffith, 1999). En el área clínica, Jenkins (1996) condujo un estudio exploratorio con la técnica Delphi para alinear la teoría y la práctica del equipo reflexivo. Se consideraron los supuestos teóricos, las técnicas, las metas principales, las contraindicaciones de uso, cuándo utilizar el equipo reflexivo y cómo ocurren los cambios. Así mismo se investigaron las experiencias de terapeutas, parejas y familias con el equipo reflexivo (Sells, Smith, Coe, Yoshioka y Robbins, 1994; Smith, Sells y Clevenger, 1994; Smith, Winton y Yoshioka 1992).

Los resultados señalaron entre otras cosas que, para los terapeutas las metas del equipo reflexivo son: la creación de un espacio donde surjan ideas novedosas para la disolución de los problemas; la amplificación de las visiones alternativas del cliente, la distribución de responsabilidad en el proceso terapéutico. Se compartió la idea de que el equipo Reflexivo no es un método sino, una postura filosófica de cómo vemos a los clientes, de cómo nos relacionamos con ellos, de qué ideas tenemos acerca de las narraciones que nos comparten y de cómo respetamos lo que ellos dicen (Licea, 2002).

El equipo reflexivo ofrece a aquellos que nos consultan la posibilidad de que, en la medida en que escuchan al ER se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo nuevas distinciones.

Dinámica del equipo reflexivo.

El equipo reflexivo a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional mientras el sistema consultante está siendo entrevistado por el sistema de ayuda. El equipo reflexivo que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el quipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros van a hablar; cada uno de sus miembros escucha en silencio la conversación, no se hablan entre ellos y cada uno se habla a sí mismo haciéndose preguntas como éstas: ¿de qué otra manera pueden ser descritos la situación o el tema, presentado por el consultante? ¿de qué otra forma pueden ser explicados?

Después de un rato, los miembros del equipo presentan sus ideas, si es que el sistema de entrevistas se las pide, hablan entre sí acerca de ellas y elaboran preguntas sobre el tema o la situación, mientras que el sistema consultante escucha. Cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemas. Este proceso les da a los miembros del sistema de entrevista la posibilidad de tener un diálogo interno, a medida que escuchan las versiones que les da el equipo. Después de que el equipo reflexivo termina sus reflexiones, los miembros del sistema entrevista, hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones.

Terapia Colaborativa.

Uno de los iniciadores del movimiento fue Harold Goolishian (1924-1991), fundador de la terapia de impacto del grupo Galveston, Texas, en los decenios 1950-1969. El modelo de terapia de impacto consistía en sesiones maratónicas de 2 días continuos de trabajo con familias, las que se reunían así por la distancia que existía entre su lugar de residencia y la clínica. Eran atendidas por un grupo multidisciplinario y se les veía en sesiones de ocho horas continuas.

Goolishian (1992, citado en Sánchez, 2000) ganó la reputación de ser el fundador del diálogo en terapia; sus ideas surgieron de la lingüística (Ferdinand de Saussure) de la crítica literaria y filosófica (Foucault, Ilya Prigogine y Humberto Maturana). Su interés central por la narrativa, lo llevó a afirmar que la verdad y la objetividad de la ciencia son relativas. A finales del decenio de 1980 a 1989, encauzó sus objetivos terapéuticos al estudio de la Hermenéutica (estudio e interpretación de los textos) y el constructivismo. Esto lo llevó a postular que el contexto no está definido por la familia, sino por el problema en sí. Junto con Harlene Anderson, desarrolló los conceptos "definición" u "organización del problema" y "disolución del problema", afirmando que el problema no es una entidad por sí misma, sino una realidad psicológica en la familia, que se deconstruye a través del lenguaje. Para él, el proceso terapéutico es un sistema generador de significados donde el terapeuta es el participante co-creador y facilitador.

Goolishian (1988) se interesó en averiguar cómo el proceso lingüístico crea significados; él vio la terapia como una posibilidad para crear nuevas historias, donde la función del terapeuta era proporcionar una atmósfera adecuada para que los miembros de la familia pudieran crear una nueva narrativa de sus problemas. Su modelo se basaba en un final abierto sin cohesión, basado en la conversación. El problema no se resuelve hasta que la familia cambie su definición del mismo.

Goolishian fue un terapeuta de la conversación y facilitador del diálogo; él afirmaba que en lugar de que el terapeuta se enfocara en patrones del comportamiento y teorías sobre el problema presentado, las nociones preconcebidas del problema se deberían quedar fuera del proceso terapéutico. Goolishian, como terapeuta postmodernista, se definía con la capacidad de creer en todo, pero no de aceptar el fundamentalismo de una única verdad (Sánchez, 2000).

Harlene Anderson (1997), refiere que se vieron influidos por los pensadores originales del MRI y su insistencia en la necesidad de hablar el lenguaje del consultante más que por los métodos tradicionales de terapia centrados en enseñar al consultante el lenguaje del terapeuta. La idea era usar el lenguaje en forma retórica, como una herramienta terapéutica estratégica y como una técnica para

Falta página

N° 91

del terapeuta como experto en vidas ajenas. En este momento, dice Anderson (1997) se renuncia al título de terapeutas familiares para llamarse consultores.

Los "problemas" y sus significados son realidades creadas socialmente y sostenidas en el lenguaje; un "problema" es una posición que alguien toma, un sentido que alguien atribuye, una narrativa que alguien ha desarrollado; algo que parece consensuado y que sin embargo, con frecuencia, a través de la conversación revela variaciones, si se mira más de cerca. Cada persona protege y justifica su punto de vista con relación a lo que define como problema, de ahí que la propuesta conversacional habla sobre cualquier problema desde una perspectiva de realidades múltiples, en lugar de conceptualizarlo como una realidad discreta. Un terapeuta no puede describir en qué consiste el problema, verdaderamente. Cada suceso o experiencia de que el terapeuta toma conocimiento, es sólo el relato de una historia, un recontar de la historia, una verdad dentro de una gama policromática de verdades (Anderson, 1999).

El terapeuta colaborativo no es editor de la narrativa del consultante, sino un facilitador en la nueva narración y re-narración que el cliente hace de su propia historia.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

III.1 HABILIDADES CLÍNICO TERAPÉUTICAS.

III.1.1 Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención clínica con familias.

Presentación.

Una de las actividades vertebrales de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, del Programa de Maestría en Psicología es la intervención terapéutica con familias. En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se cuenta con un equipo de terapeutas y dos supervisoras en cada uno de los tres escenarios mencionados en el capítulo dos. El hecho de que la actividad se lleve a cabo en tres lugares diferentes brinda la oportunidad de intervenir en poblaciones y problemáticas múltiples, en distintas instituciones con organización y objetivos diferentes lo cual proporciona al estudiante una gran oportunidad para diversificar su aprendizaje, además de entrar en contacto con estilos diferentes de supervisión enriqueciendo su capacidad en la intervención terapéutica.

A continuación se representa un cuadro resumen de las familias atendidas:

Familias atendidas, participando como terapeuta.

Nombre de la familia**	Motivo de consulta	Proceso terapéutico			Escenario y supervisoras	# de sesiones
		Baja	En proceso	Alta		
1. Rodríguez	Separación de la pareja por maltrato	X			FESI.* Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Xóchitl Galicia.	4
2. Solís	Divorcio y maltrato			X	FESI.* Ofelia Desatnik y María Suárez	11
3. Lira	Bajo rendimiento escolar, enuresis, depresión y adicciones del padre.			X	ISSSTE Rosario Espinosa y Susana González	9
4. Chávez	Violencia familiar	X			ISSSTE Rosario Espinosa y Susana González	5

5. López	Falta de comunicación entre los miembros de la familia (secretos)			X	FESI.* Ofelia Desatnik y María Suárez	6
6. Pérez	Duelo no resuelto			X	FESI.* Ofelia Desatnik y María Suárez	14
7. Santos	Separación de los padres			X	CCH Azcapotzalco. Carolina Rodríguez	10
8. Larios	Secretos de adopción familiar. Familia reconstituida, aceptación de la nueva hija.			X	CCH Azcapotzalco. Carolina Rodríguez	2
9. Guzmán	Infidelidad del padre			X	FESI.* Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Xóchitl Galicia.	1

* FESI = Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

** Por cuestiones de confidencialidad, los nombres de las familias han sido cambiados. Cualquier semejanza es mera coincidencia.

Una de las modalidades empleada en la residencia para el entrenamiento de los terapeutas es la supervisión en vivo con un equipo detrás de la cámara de Gessell, o bien, sin cámara de Gessell mientras el terapeuta trabaja con los consultantes del otro lado del espejo o detrás de los consultantes en la misma sala. Estas modalidades están basadas en la Cibernética de segundo orden.

Dinámica de trabajo en equipo.

Se realiza la presesión durante 15 min. aproximadamente, en ella se comentan las hipótesis y líneas a seguir en el trabajo con la familia; en seguida se da paso a la intervención terapéutica efectuada durante 45 a 60 min. Posteriormente para finalizar, una vez que los consultantes se han retirado se lleva a cabo la postsesión. En este espacio el terapeuta tiene la oportunidad de hablar del impacto causado por la familia en su propia persona, la planificación de la próxima sesión, las nuevas hipótesis, la pertinencia de las intervenciones, intercambiar puntos de vista con el supervisor y el equipo, entre otras cosas.

Según las condiciones físicas y recursos instrumentales de cada escenario clínico, el supervisor y los miembros del equipo se comunican con el terapeuta durante la sesión para proponer líneas de acción, comentarios o estrategias de intervención pertinentes, ya sea por teléfono, a través

de escribir los comentarios en el pizarrón que el terapeuta tiene a la vista, o bien estableciendo momentos específicos en los que el terapeuta, las supervisoras o miembros del equipo salen para comentar y ponerse de acuerdo en el modo de intervenir, al final para planificar el cierre de la sesión y en ocasiones plantear mensajes y/o tareas.

Es importante señalar que en los primeros semestres la mayor parte de la atención clínica fue con un equipo de terapeutas y supervisoras; el 4º semestre los terapeutas trabajaron en muchas ocasiones sólo con los equipos de terapeutas sin supervisoras presentes.

Se reportan 4 de los casos en los que participé como terapeuta, asimismo trabajé como parte del equipo terapéutico en 33 familias.

Caso 1.

Descripción de la familia:

La familia Rodríguez está compuesta por la madre, la señora Lorena de 33 años de edad, escolaridad secundaria; actualmente atiende un negocio que su madre le abrió para que ella trabajara. Está separada desde hace seis meses de su esposo Manuel. El hijo mayor es Pablo, que tiene 10 años de edad, cursa el tercero de primaria y ha reprobado en dos ocasiones el mismo ciclo; la más pequeña es Lourdes de 7 años quien cursa primero de primaria. Desde la separación viven en la casa de la abuela materna, la señora Carmen.

La abuela es una mujer muy central, con amplia jerarquía, buena proveedora, madre de tres hijas todas casadas; hace ocho años falleció el único hijo varón, lo que ha representado una pérdida muy dolorosa para ella; mantiene límites rígidos con sus hijas a quienes regaña como si fueran pequeñas. Con su hija menor existe una relación más cercana y de sobreinvolucramiento emocional; con Lorena se desespera porque “no es tan lista como ella quisiera”. La abuela no tiene una pareja estable.

Motivo de consulta:

La señora Lorena es quien solicita el servicio porque cree necesitar terapia psicológica dado que con la separación, sus hijos y ella están “confundidos y descontrolados”. Desea sacar todo lo que tiene porque su esposo la golpeaba cuando se drogaba y alcoholizaba. Quiere elaborar la impotencia y el coraje porque ella quería ayudarlo y no pudo. Manifiesta que no pudo salir adelante, que fracasó. La señora Lorena cree que esta vez ya no va a regresar con su esposo porque “se le acabó el amor” y porque ya aguantó mucho.

Antecedentes:

Lorena aceptó la ayuda de su mamá quien le puso un negocio y la llevó a vivir a su casa; ella necesitaba un “apoyo moral” porque se sentía insegura. Ambos niños presentaban problemas de bajo rendimiento escolar y la niña problemas de enuresis diurna y nocturna.

La señora Carmen no respeta la jerarquía de Lorena en su rol de madre, se enoja con su hija y la regaña delante de sus pequeños quienes se quejan de que los maltrata al igual que su tía, la hermana menor de su mamá.

La familia pasa por una crisis fuerte; los niños mostraron en el transcurso de la terapia dolor por la pérdida de sus pertenencias, de su casa y por la ausencia de su papá. También pudieron expresar que se sentían poco apoyados. Lorena, en realidad, parecía encontrarse en el mismo nivel de confusión y desvalimiento que ellos.

Los niños manifiestan ambivalencia ante la figura paterna porque piensan que es bueno que ya no esté con ellos porque maltrataba a su mamá, sin embargo lo quieren y desean volver a estar con él, ya que no han convivido con él desde la separación.

Objetivo terapéutico:

Al iniciar la terapia no se formuló inmediatamente una hipótesis sistémica y sí el objetivo de que la familia afrontara la crisis por la separación de los padres. Como parte de lo anterior se abordó el tema de darse apoyo y buscar la protección de los hijos y hacer que la madre analizara posibles salidas para enfrentar el abuso de la abuela.

Se planteó como objetivo terapéutico para Lorena analizar las ventajas y desventajas de regresar con su pareja. Como objetivo a largo plazo se pensó en que la crisis de la separación puede ser una oportunidad para que la consultante realice una redefinición de sí misma a través del proceso de separación emocional, redistribuyendo dentro de ella misma las esperanzas los sueños y proyectos depositados en la pareja o el matrimonio. Esta redefinición se basó en el planteamiento de algunas hipótesis que señalan la relación entre la definición de sí misma y la separación y relación de pareja. La terapia sensible al género (Walters, 1991) señala que “ayudar a la mujer y a su familia a reconocer que ella tiene necesidades propias independientes y legítimas, constituye un cambio básico en la organización de la familia” (p. 363).

Se abordó y analizó la problemática desde la perspectiva de género; Lorena se separó de su pareja porque la golpeaba y le brindaba poco apoyo económico, aún cuando las separaciones en sí mismas pueden ser dolorosas porque implican dejar de lado expectativas y sueños puestos en ellas; el hecho de haber vivido tantas dificultades en la relación también puede llevarnos a pensar que la

separación es una forma de promover un cambio, no es un “fracaso” sino una oportunidad para una vida mejor. Pero dadas las construcciones sociales de género es posible que Lorena se atribuyera toda la responsabilidad por lo que ella llama el “fracaso de su matrimonio”, ya que se proponía ayudar a su pareja a cambiar, lo cual la llevó a soportar durante años su alcoholismo, la violencia y el poco apoyo que tenía de parte de él.

Los estudios sobre violencia familiar (Heise, 1994) han mostrado que las mujeres poco pueden hacer para ayudar a sus parejas a manejar su violencia. Parece que su propia infelicidad no es motivo suficiente para separarse, lo que seguramente tiene que ver con las construcciones sociales acerca del rol de la mujer: la mujer es la responsable de todo lo que pasa en el hogar porque éste es parte de su dominio.

La pregunta es ¿porqué es tan difícil separarse si en esa relación hay muchas desventajas? Una de las respuestas posibles es que la mujer siente que no está “haciendo lo suficiente, él es buena persona, va a cambiar, pues muchas veces se arrepiente cuando la maltrata”; el comportamiento intermitente (a veces bueno y amable y otras violento) de la pareja la desconcierta y le hace pensar que no se ha esforzado demasiado; este aspecto puede llevar a la construcción de una identidad basada en el incumplimiento de la misión que la mujer debe asumir, “cuidar de los otros” y por tanto a una identidad de baja confianza y autoestima (Walker, 1979).

Otra pregunta que surge al observar la dificultad de la separación es ¿porqué las mujeres maltratadas con frecuencia olvidan o minimizan la naturaleza amenazadora de vida del abuso que han sufrido? y ¿regresan con frecuencia a la relación que las lastima? Graham, Raulig y Ramini (1998) dan respuesta a esta pregunta a través de lo que denominan síndrome de Estocolmo; el modelo rebasa el análisis feminista y plantea que las características psicológicas de las mujeres maltratadas son semejantes a las de los rehenes que llegan a desarrollar cierto afecto y/o agradecimiento por su secuestrador.

Las características son el resultado de estar en una relación donde su vida se ve amenazada en vez de que “la causa sea estar en esa relación”. El modelo muestra cómo el desequilibrio extremo de poder entre un esposo abusivo y una mujer maltratada, así como el que existe entre el secuestrador y el rehén, puede llevar a un lazo emocionalmente fuerte, difícil de romper. La explicación político feminista de que las mujeres son educadas desde lo social para someterse y los varones para ejercer autoridad y a veces comprensión podemos explicar la forma en la que se da el enganche en este tipo de relaciones.

Otro aspecto que hacía dudar a la consultante era el económico; la señora se sentía incapaz de salir adelante. El maltrato vivido en su familia de origen y con su pareja la han llevado a

desarrollar cierta incapacidad para actuar y tomar decisiones; se siente esencialmente indefensa y sin poder para cambiar su situación; su posición de víctima la hace dejar de creer y ver que cualquier cosa que haga tendrá un efecto positivo predecible. Este tema ha sido desarrollado como "indefensión aprendida", por Seligman (citado en Walker, 1979); esta teoría significa que la mujer puede aprender que no le es posible predecir el efecto que tendrá su comportamiento.

Esta falta de poder para predecir la eficacia del comportamiento propio altera el carácter de la respuesta individual ante las situaciones difíciles. En el caso de Lorena, el temor a lo desconocido es tan grande, que la lleva a soportar los insultos de su mamá y de su pareja antes que vivir sola, y hacer lo que ya hacía: responsabilizarse de sus hijos en todos los sentidos, trabajar, conseguir un lugar donde vivir; una medida que viven las mujeres maltratadas debido al miedo que experimentan es afirmar que "vale más malo por conocido que bueno por conocer".

Un aspecto importante que detecté en la relación con la consultante es que el terapeuta debe tener la sensibilidad y empatía necesarias para validar el sentimiento ante la crisis generada por la separación y ante los nuevos acomodos que el sistema tiene que realizar, sin perder de vista la idea de transmitir fuerza y esperanza y rescatar las capacidades de la mujer, yendo a su ritmo; convalidar lo que estaba procurando hacer, por su independencia y la de sus hijos.

Una forma de empoderar a Lorena fue: 1) Destacando su enojo como un motor para tomar las riendas de su vida y la de sus hijos en sus manos y con ello tener un espacio de familia para los tres, además de buscar su independencia 2) Señalando su fuerza en la capacidad de buscar otras salidas, como lo es el hecho asistir a la terapia.

Otro abordaje, fueron las preguntas reflexivas ¿qué tan dispuesta está para pagar el precio del apoyo moral? ¿qué va a suceder si se sigue mostrando incapaz de salir adelante? ¿de qué manera puede protegerse de la violencia de su mamá? y ¿cómo puede evitar usar su jerarquía y su poder para apoyar y no maltratar a sus hijos? ¿de qué manera pueden sus hijos sentirse apoyados? con el fin de superar las pérdidas ¿qué va a pasar si se siente tan atrapada o desesperada y quiera regresar con su pareja? ¿cuáles serían las ventajas y desventajas si ella regresa con su pareja?

Tomando en cuenta la historia de la familia de origen de Lorena donde su madre ha ejercido una jerarquía de género inversa, asumiendo el rol superior de poder y de dominancia, se observa que en la estructura y creencias de esta familia existen roles marcados las hijas fuertes y las débiles. Las mujeres en general son percibidas por la madre con falta de fuerza, de inteligencia, a quienes se les tiene que decir en todo momento qué hacer; el resultado ha sido la presencia del patrón convencional de las familias patriarcales, "el más fuerte domina y lastima al más débil", de ahí que el riesgo de maltratar a sus hijos es alto, sobre todo a su niña; parece que la cadena que se repite en

cada generación tiene que ver con cierto tipo de “descuido existencial” padecido por las hijas que han crecido en familias donde se subvaloraba a las mujeres aunque la condición de la madre sea superior o subordinada, ya sea por un clima de intimidación o por la creencia de que los hombres son superiores (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990).

Las intervenciones realizadas en este caso se basaron en preguntas reflexivas e hipotéticas del modelo de Milán con el fin de “mover” las construcciones de la realidad de la consultante; así como en las estrategias de intensidad y foco al proponer interacciones dentro del consultorio, propias del modelo Estructural.

En estos casos es frecuente el abandono de la terapia y el reingreso posterior a otro momento de crisis, porque en parte se descarga el problema asfixiante y se vislumbra una posible salida; previendo tal situación se deja abierta la posibilidad de que regresen cuando lo requieran, esto fue justamente lo que ocurrió con esta familia; es evidente la experiencia multiproblemática en la que se encontraban y valorando los resultados de la intervención, considero que los niños pudieron expresar el dolor de la pérdida y tener la claridad de que cuentan con el apoyo de su madre, que ahora tiene el objetivo de defenderlos de las agresiones de otros y frenar su frustración que la llevaba a maltratarlos.

Caso 2.

Descripción de la familia:

La familia Solís está compuesta por la madre, Mónica de 23 años cuya escolaridad es el bachillerato terminado e inicio de la carrera de Medicina. El hijo mayor es Pepe de 5 años, asiste al kinder y la más pequeña, Anita de 6 meses de edad. El padre, Jesús cuenta con 30 años de edad, se escolaridad es bachillerato; trabaja actualmente como policía, en una institución gubernamental. La pareja se encuentra en proceso de divorcio a partir del nacimiento de la niña.

Mónica se fue a vivir con sus padres, una pareja añosa con problemas de salud. Los padres han sido sobreprotectores con sus hijas. Mónica es la menor de tres hermanas. Las tres han manifestado dependencia emocional de sus padres y dificultad para desprenderse de ellos. Los padres han querido darles a sus hijas todo lo que ellos no tuvieron; aunque no son muy demostrativos en su afecto siempre están pendientes de ellas y nunca las han maltratado. A decir de la consultante sus padres “no les mostraron lo difícil de la vida”

Los padres de Mónica son personas que provienen de familias que han vivido pérdidas significativas, con carencias afectivas y económicas importantes.

Motivo de Consulta:

Mónica desea encontrar la decisión adecuada para solucionar el problema con su pareja con quien ha vivido infidelidad y maltrato. Quiere saber si se separa o no de él. Ya no quiere involucrar a sus padres en sus problemas pero no sabe cómo lograrlo.

Antecedentes:

Al inicio de la terapia la consultante deseaba tomar la decisión de seguir con su relación de pareja o ponerle fin, dado el comportamiento violento de su esposo; Jesús la amenazaba con irse con otra mujer si ella no regresaba con él. La consultante lo estaba pensando bien porque temía que sus hijos sufran todos los problemas de sus desavenencias; además no quería comportarse otra vez como “una ingrata” con sus padres que tanto la han apoyado, como cuando su primer niño nació y Jesús la abandonó.

La consultante se dio cuenta que depende mucho de la opinión de su mamá y del apoyo económico de sus padres; piensa que tiene que empezar a trabajar y que es importante vivir sus propias experiencias, aprender a caer; entiende que si no crece va a ser muy difícil tomar decisiones, aunque teme equivocarse y volver a lastimar a sus padres.

Objetivo terapéutico:

A corto plazo, analizar con la consultante las ventajas y desventajas de regresar con la pareja, afianzar sus redes de apoyo para enfrentar la violencia de su pareja y establecer límites claros en la situación de a quién le corresponde cuidar y educar a sus hijos. Brindar apoyo a los hijos principalmente al mayor que se da cuenta de la separación de sus padres.

Tomar la separación como una oportunidad para la redefinición de sí misma lograda a través del proceso de separación emocional, reubicando dentro las esperanzas, los sueños y proyectos depositados en la pareja o en el matrimonio. Analizar las construcciones personales acerca de lo que implica la separación o la vida en pareja.

Hipótesis sistémica:

Dadas las carencias afectivas de sus padres que se han volcado sobre las tres hijas para protegerlas siendo el centro de sus vidas, y de la etapa del ciclo vital en lo que se encuentran, Mónica busca a través de sus problemas personales (violencia con su pareja) y de su falta de independencia, hacerlos ejercer su rol parental y de esa manera permanecer con ellos, no abandonarlos, dadas las lealtades fuertes que la ligan a ellos.

En un primer momento se trabaja con la consultante sobre algunas preguntas hipotéticas hacia el futuro que favorecen el análisis de las ventajas y desventajas de continuar con su relación o terminarla. Se le comenta que el riesgo es alto ya que cuando llegue el desánimo o la depresión, los niños pueden quedar a la deriva o a cargo de sus abuelos. Se hace un ritual, para dar intensidad a su situación en un ataúd fue enterrando a sus hijos, a ella, sus proyectos, sus ilusiones y su vida, Mónica reaccionó mostrando coraje.

Al abordar el punto de lo que puede ocurrir con sus hijos si ella no los apoya y educa, se establecen límites en sus funciones parentales; se le cuestiona el hecho de querer regalarles a sus padres esta función para que ellos continúen siendo padres en etapa de crianza, se sientan útiles y acompañados. Lo anterior se liga con la hipótesis sistémica planteada.

En esos momentos Mónica escucha muchas voces que le dicen "ya ves te lo dije", ella tiene que decidir cuál o cuáles de esas voces escuchar; la voz final es la suya. Las voces siempre están ahí y en este proceso la selección le corresponde a ella, son voces que ya no están al lado de la maldición "te va a salir mal" sino de la "reflexión".

De acuerdo con Carter (1991), el terapeuta que trabaja con una mujer en proceso de divorcio debe poner especial atención en orientarla a que clarifique su propia posición, en lugar de permitir que se limite a reaccionar ante la posición de su marido "en la vida, a las mujeres se les ha enseñado a no definir ni negociar directamente lo que quieren" (p. 287).

La consultante se encontraba en un proceso de duelo y sus sentimientos fluctuaban entre la tristeza, el enojo, la evasión, además del desconcierto generado por el maltrato y las humillaciones que la consultante recibía de su expareja. Se analiza que los terapeutas que trabajan con problemas de violencia familiar han observado que las mujeres que tienen este tipo de experiencias al principio no entienden por qué les pasó a ellas y se culpan por no haber hecho las cosas bien; los demás ven algo que ellas no alcanzan a distinguir cuando les comentan que se separen o van a terminar mal, ellas sin embargo se sienten atrapadas sin posibilidad de moverse o sintiéndose sin derecho a vivir en bienestar.

Tal es la confusión de la consultante que al referirse a la mujer con la que se relaciona su expareja dice, "ella tiene el privilegio" cuando en realidad "ella tiene el riesgo" de ser maltratada, de ser abandonada por un hombre infiel; entonces ¿a dónde está el privilegio? Lo que se escucha atrás de esas palabras es la voz de una mujer desvalida que se siente sin privilegios, una mujer dolida en competencia con la otra "que se llevó a su hombre"; se muestra enojada por celos y frustración.

Es importante no dejar a la mujer en proceso de divorcio atascada en su posición de víctima, por el contrario mostrarle claramente su capacidad de hacerse cargo de su vida y desarrollar una

identidad personal en la cual la relación con la pareja y el matrimonio sean una opción y no un requisito (Carter, 1991).

También cabe la reflexión acerca de si él fue un buen padre o en realidad nunca lo fue porque en la conversación da la impresión de que a veces fallaba, cuando, ella sabe que “no se hizo responsable”, la pregunta es ¿cuál idea o sentimiento, la harían regresar con él?

Otro aspecto importante que se trabajó con Mónica fue el manejo de sus sentimientos, el coraje y la tristeza que en su parte más polarizada la pueden llevar a maltratar a sus pequeños o a deprimirse y convertirse en enfermedades silenciosas, en dolor callado. Finalmente esto puede ser visto por su familia como incapacidad de dirigir su vida y la de sus hijos y continuar siendo la hija que no puede independizarse. Lo anterior la ayuda a ser leal a sus padres, a no alejarse de ellos pero debe preguntarse el precio de tal lealtad, ¿de qué se pierde, o se pierden sus hijos si se da por vencida?

A diferencia del caso anterior las relaciones de la consultante con su familia eran muy estrechas y fue sencillo tender una red de apoyo ante la posible violencia de Jesús.

Al iniciar el proceso legal para su divorcio, la consultante se sintió satisfecha de ganar la pensión. Cree haber recuperado la confianza en ella misma, aprendió a valorarse, se dio cuenta que en la vida sí pasan cosas difíciles, no como les hizo creer su mamá “que todo era color de rosa”; aprendió que se puede caer y que tiene que poder levantarse; ahora puede valorar el apoyo que su familia le ha dado, no quiere caer en trampas como querer ver a Jesús con cualquier pretexto.

¿Cómo poder distinguir entre ayudar y sobreproteger? Este es un tema que se trabajó en algunas sesiones con Mónica y su mamá. Se le cuestionó a la señora el hecho de que sus hijas tuvieran que estar mal para que a ella no le faltara trabajo como madre. La señora mostró la intención de dejar que su hija resolviera sus problemas y estar ahí para apoyarla pero sin resolverle los problemas.

Fiorenza (2003), representante del modelo de Terapia Breve Italiano ha investigado, junto con su mentor Giorgio Nardone (2003), modelos de familia que, según su perspectiva, generan un patrón de relación y un tipo de sintomatología. Aunque el caso aquí analizado fue trabajado en varias sesiones con preguntas y rituales del Modelo de Milán en su primera época, cabe hacer un análisis teórico del modelo de familia al que pertenece la consultante.

Fiorenza (2003) señala que intentar ayudar a los hijos resolviéndoles directamente sus problemas crea por una parte dependencia de los hijos y por otra incapacidad para gestionar su propia vida. Es diferente cuando los padres dejan que sean los hijos mismos quienes resuelvan sus

problemas y encuadren con paciencia lo que sucede en su vida, dejándoles decidir lo que hay que hacer, de qué forma y en qué momento.

La relación de mutua dependencia entre padres e hijos generada, crea una lógica contradictoria, "ni contigo ni sin ti". A su vez esta lógica está basada en la ideología de que todo lo que se hacía antes en las familia tradicionales ya no debe hacerse más. Los modelos del pasado han sido valorados como autoritarios y con vacíos desde el punto de vista relacional y afectivo, por tanto se ha buscado un modelo educativo democrático con estilos permisivos. Los nuevos padres no deben utilizar su posición de autoridad, sino "pedir explicando", esto en muchos casos ha empeorado la situación.

Por otro lado la visión del mundo basada en el principio democrático se ha asumido como evangelio pedagógico. Ha conducido en los últimos años a la cultura de la culpabilización, en ocasiones en lugar de intentar comprender y buscar soluciones, se busca al culpable, persuade a los padres a ser débiles, a no intervenir, a dejar que los hijos hagan cuanto quieran, a no imponer sino a explicar y convencer; en este contexto los padres son culpabilizados en las páginas de los diarios, en los medios de comunicación, en los tratados de psicología y pedagogía. Señala la autora que los hijos nunca son culpados de nada aún cuando sus comportamiento sea muy reprochable (violencia, delincuencia, etc.); de estos comportamientos se buscan las causas en los padres, en la sociedad deshumanizada, por ejemplo.

Al revisar estas aportaciones resalta el constante reclamo que la madre de la consultante se hace a sí misma por haber fallado como madre, por permitir que sus hijas sean tan débiles como para soportar los malos tratos de sus parejas. Se sintió atrapada por el hecho de no saber hasta dónde intervenir y hasta dónde protegerse también ella junto con su esposo de las decisiones e "ingratinitudes" de sus hijas que muchas veces han sido apoyadas y regresan con sus parejas sin importar, según versión de la señora, el riesgo en que la colocan a ella y a su esposo. En muchos momentos, esta mamá se miró en la situación "ni contigo ni sin ti". De la misma manera le sucede a Mónica quien, a pesar de que no le agrada la intervención de su mamá, siempre regresa a ella para pedirle ayuda; dice depender mucho de su opinión y finalmente siempre la involucra en sus problemas.

Nardone (2003), por otro lado, comenta que los hijos a quienes se les ha dado todo y perdonado todo pueden llegar a lastimarse con sus acciones y en ese caso los padres dan gracias de que no pasó algo peor y siguen perdonando. ¿Qué es lo que se crea en una relación de este tipo? puede ser que el hijo cada vez, sin darse cuenta, busque situaciones de mayor riesgo, poniendo en jaque a su familia que se moverá para auxiliarlo. Es el caso de Mónica, que sin pensarlo regresó con

su pareja aún después de que la abandonó con su primer niño y le fue infiel, además de maltratarla; al regresar con él, se puso en un riesgo mayor porque él ejercía mayor violencia que antes; su nuevo trabajo de policía le infundía mayor “poder” de tal manera que ahora amenazaba no sólo a su pareja, también a su familia. Los padres de Mónica se preocupaban por ella y buscaban protegerla además de renegar de esta situación que los ponía en peligro.

Una conclusión a la que arriban estos autores es que, la familias sobreprotectoras intentan con todas sus fuerzas disminuir o suprimir por completo, las dificultades de sus hijos hiperprotegiéndolos, con la convicción de que ésto les puede preparar mejor para afrontar la vida, lo cual lleva irónicamente a afirmar una adolescencia prolongada que puede durar hasta los 30-35 años y en algunos casos, hasta los 40. Los hijos permanecen bajo el techo familiar justificándose con las dificultades exteriores; los padres defienden estas justificaciones y continúan su protección y sostén. Esta complicidad los obliga a vivir bajo el mismo techo a veces ignorándose y otras despreciándose abiertamente.

La solución intentada es generosa y tiene como origen el amor y tal vez la idea implícita de querer regalarle la felicidad a ese hijo del alma pero en palabras de Laborit (1982, citado en Fiorenza, 2003): “la felicidad es la continuación de la capacidad de desear, de obrar para alcanzar el estado ansiado y, finalmente, después de haber disfrutado de haberlo alcanzado, el deseo de volver a comenzar” (p. 48). En este sentido la función de los padres es dejar que sus hijos experimenten desde pequeños la “verdadera realidad”, dejándolos que enfrenten las dificultades que la vida presenta, que reciban aquellos pequeños golpes que les pueden fortalecer.

Esta aportación tomada con su debido cuidado como terapeuta me ayuda a mirar desde otro lugar las relaciones padres-hijos, analizando varias modalidades de interacción: padres demasiado involucrados en los problemas de sus hijos; cuando los problemas de los hijos se convierten en los problemas de los padres; cuando los padres están más preocupados de lo que están sus hijos; padres que hablan en lugar de sus hijos; padres que discuten demasiado con fines persuasivos; padres que sostienen posiciones discordantes entre ellos, (uno autoritario, otro permisivo) entre otros aspectos a considerar.

Ahora bien, desde la perspectiva del Modelo de Milán se realizaron en las intervenciones de este caso preguntas hipotéticas hacia el futuro con el fin de que la consultante pudiese mirar hacia adelante su vida y la de sus hijos, por ejemplo, en el caso de que ella faltara o los chicos siguieran viviendo violencia, o la contemplaran derrotada. Las preguntas hipotéticas tienen como finalidad reflexionar sobre situaciones que aún no han ocurrido, pero que pueden ser; generalmente se abre

para el consultante un contexto de reflexión que ni siquiera imaginaba empoderándola para elegir el camino que desea seguir, habiendo distinguido los riesgos y algunos caminos posibles.

En estos casos el terapeuta actúa sobre el presente, opera sobre la memoria del pasado o sobre las expectativas, por tanto sobre el futuro (Boscolo y Bertrando, 1996) introduciendo una pluralidad de mundos posibles. La posibilidad de un futuro abierto a diferentes opciones a veces imprevisibles es un alivio porque ofrece la oportunidad de salir de situaciones bloqueadas y de reanudar una evolución diferente.

Dentro de este marco Gerry Lane y Tom Russell (citados en Boscolo y Bertrando, 1996) elaboraron una intervención con parejas violentas enfatizando la gravedad de las consecuencias de la violencia con preguntas circulares y sobre el futuro, comunicando en ambos la responsabilidad del comportamiento violento y de su permanencia dentro de la relación violenta. Por ejemplo: Si continúa esta violencia en la relación ¿quién morirá primero? Si uno de los dos muere y el otro va a la cárcel y sus hijos crecen sin ustedes, ¿a quién culparán por no haber tenido padres? Estas preguntas obligan a la pareja a enfrentarse a una serie de opciones que pueden ser peligrosas; la hipótesis es que el efecto de estas preguntas no se debe al posible temor que pueden infundir sino al hecho que deja ver que el violento puede perder el control de la situación, aunque él tenga la presunción de que sabrá controlar sus impulsos.

Los contenidos de estas preguntas dibujan escenarios inquietantes, que contradicen los mapas de los violentos y de sus víctimas "no va a pasar nada grave", "todo está bajo control", "él va a cambiar". Como ya se mencionó, la consultante tuvo la oportunidad de reflexionar sobre el futuro y rescatar su capacidad para protegerse y proteger a sus hijos o por lo menos pudo mirar que en sus manos está la posibilidad de hacerlo.

La intervención descrita (Boscolo y Bertrando 1996), trata de que la atención de los protagonistas no se centre en la pareja, como causa de la propia violencia: "tú me provocas yo te pego", y la dirige hacia ellos mismos "yo respondo a mis impulsos incontrolables". Se podría decir que cuando un consultante saca provecho de este proceso pasa de una Cibernética de primer orden a otra de segundo orden. Aquí hay una analogía con lo descrito por Bateson sobre el alcoholismo: el violento pone la causa de su comportamiento en el otro, igual que el alcohólico pone la causa de su propia dependencia en la botella. La eficacia de esta intervención se puede atribuir al hecho de que el "tocar fondo" no sucede como para el alcohólico, en presente, sino en un futuro hecho presente. Si se espera que la violencia toque fondo, uno de los cónyuges corre realmente el riesgo de morir.

Considero que la consultante tuvo la oportunidad de analizar su situación trayendo ese futuro inquietante al momento presente, disponiendo de su capacidad de predecir sus acciones, lo cual en

sí mismo le devuelve una parte de su “poder” perdido. Otros resultados importantes de la terapia fueron los límites que Mónica pudo establecer para tomar su rol de madre sin perder de vista que puede acudir a sus redes de apoyo. También el observar con claridad que pudo haber desquitado su frustración con su hijo mayor, que el niño estaba viviendo la pérdida de su padre y las consecuencias de todos los cambios, por lo que su comportamiento a veces “rebelde” tenía una explicación. Mónica comprendió que era importante validar los sentimientos de su hijo y apoyarlo desde donde él la necesitaba.

Caso 3.

Descripción de la familia:

Los consultantes son referidos por el médico familiar de la Clínica del ISSSTE al área de Psicología, por lo que han asistido a dos sesiones, antes de ser atendidos en Terapia Familiar. La familia Lira está compuesta por la madre Roxana de 30 años de edad, enfermera; tiene dos hijos: el mayor, Sergio de 13 años, es el paciente identificado y se encuentra en el último año de instrucción primaria y Lupita de 9 años que cursa el cuarto año de primaria. El padre de 32 años es empleado en un comercio y por ahora no vive con la familia aunque los visita frecuentemente.

Motivo de Consulta:

Sergio presenta bajo rendimiento escolar y depresión; por periodos presenta enuresis. Refiere su madre que la razón de esto son las dificultades de la familia; su padre tiene problemas con el alcohol (más tarde nos enteramos que también consume cocaína).

Antecedentes:

La madre relata que desde hace un año está separada, “entre comillas”, de su esposo quien tiene serios problemas con el alcohol y las drogas; ella le solicitó que se fuera hasta que estuviera dispuesto a estar mejor. Sergio es quien más resiente la situación, al parecer es el elemento homeostático del sistema.

La madre refiere que se pone triste al ver a su papá bebiendo, le escribe cartitas, le ruega que deje de tomar, le pide que vaya a jurar, que asista a alcohólicos anónimos, pero hasta ahora nada ha funcionado.

En cuanto a la hija más pequeña, asiste a un servicio de salud canalizada por problemas de “atención y maduración”; Lupita tiene un rendimiento académico menor que su hermano. Los papás

de la señora Roxana y ella cuidan de su esposo, quien ha presentado serios problemas de salud; le han hecho estudios diversos porque presenta síntomas graves. La señora Roxana se siente culpable por haber corrido a su esposo, tiene la duda de si estaría mejor en casa.

Objetivo terapéutico:

Quitar a Sergio la responsabilidad de ayudar a su papá para ubicarlo en el rol que le corresponde dentro de la familia y que pueda cumplir con la escuela y las actividades propias de su edad. Es muy probable que si se trabaja este aspecto desaparezcan los síntomas.

Hipótesis: una posible hipótesis sistémica es que Sergio es el elemento del sistema que lo quiere regresar al equilibrio ya que con sus múltiples síntomas quiere lograr que el papá regrese a casa para que se establezca la familia y desaparezcan las relaciones conflictivas. También puede ser el elemento del cambio porque moviliza a la familia a buscar ayuda, como es lo que hace su mamá al asistir a terapia, aunque a pesar de ello se ubica en un lugar difícil que le genera consecuencias negativas.

Describo ésta hipótesis sistémica para guiar mi trabajo porque en un inicio se exploró la situación familiar antes de elegir modelos específicos de intervención; durante un tiempo se trabajó con el Modelo de Soluciones y después se introdujo el Modelo Narrativo.

Algunas intervenciones que se hicieron, consistieron en la externalización del problema del alcohol y desde esta lente se habló del control que ejerce la botella sobre esta familia y cómo los conduce al sacrificio, soledad y percepción de pérdida. Se consideró importante abordar con preguntas de influencia relativa la manera en que la familia ha mantenido a raya al problema.

Se rastreó la participación de los miembros de la familia en las decisiones que se tomaron para controlar el problema. Se hizo una distinción entre la forma en que se toman las decisiones de ahora y las de antes. Un aspecto que permitió un joining adecuado fue el haber validado la experiencia de tristeza, frustración y enojo, sobre todo de la madre y el paciente identificado.

Se connotaron positivamente, como un manejo para la seguridad de sus hijos y de ella, los cambios que la madre hizo para protegerse de las situaciones de violencia de su esposo, como fue el caso del cambio de chapa de la puerta de entrada de la casa.

La señora quiere amparar a su esposo pero se da cuenta de que no hay manera, y sus hijos ahora necesitan de su protección. A Sergio también se le connota positivamente diciéndole que es muy perceptivo cuando llega a la conclusión de que hay que dejar solo a papá, que "él quiere ayudarse solo". Parece que una antena de ellos y "un foquito en su corazón" les dice que ayudan a papá dejándolo solo como él lo necesita; aunque sabemos que es doloroso esto es un acto amoroso

que están haciendo por él. Eso es algo bueno para este momento. Se sugiere que asistan a los grupos de ALANON, de las familias de Alcohólicos Anónimos.

Al revisar la sesión y dados los esfuerzos que está haciendo la familia por ayudar al padre, considero una alternativa interesante el abordaje que se hace desde el enfoque de Soluciones, por ejemplo, cuando el paciente quiere resolver el problema de la persona con dificultades con el alcohol, como es el caso que nos ocupa, se pueden hacer las siguientes preguntas:

¿Por qué la manera de beber de su esposo es un problema para usted?

¿Qué diría su esposo de lo que es un problema para ella?

¿Qué tiene que ver diferente en su vida para poder decir que el problema empieza a cambiar?

De las cosas que usted hace ¿cuál le parecerá a su esposo más beneficiosa? y ¿cuál, la menos benéfica?

¿Qué supone que su esposo diría que usted tiene que hacer para ayudarlo más?

¿Qué supone que su esposo diría que tiene que hacer para dejar de tomar?

¿Qué supone que su esposo diría que cambiaría en la vida de la familia, si él deja de beber?

En algún momento del proceso, se continuó con la idea de cómo el problema estaba dejando de tener influencia en sus vidas; en la conversación no se habló del tema del alcohol, lo que se escuchó fue a una familia con problemas como todas las familias, que ajustan sus reglas de convivencia; el chico y su mamá tuvieron problemas porque él no quería hacer lo que le corresponde en casa. La terapeuta señaló que pudieran estar confundiendo los problemas comunes de las familias (límites y reglas) como si fueran problemas con el alcohol; es útil hacer esta distinción porque le están robando escenario al problema. La señora dejó de darle dinero a su esposo cuando éste se lo solicitó porque lo mal gasta, antes la chantajeaba y ella cedía; con estos ejemplos se hace ver que todo el tiempo se rescatan las pequeñas excepciones. Se felicita a los chicos porque se empiezan a cuidar cuando su papá llega y arma problemas.

Se comenta que el esposo tiene derecho de enojarse porque no lo ayudan, y ellos de estar cansados de los problemas que provoca el alcohol. Papá les manda el mensaje de "no me ayuden pero no me dejen".

En cada sesión se hace la detección y ampliación de los cambios en los niveles: conductual, creencias y social (vínculos), averiguando la forma en que estos cambios han contribuido a modificar las quejas iniciales, por ejemplo, hacia cómo ha mejorado en la escuela y el impacto que esto tiene en su salud física, ya que Sergio dejó de experimentar migrañas y está relacionándose mejor con sus pares en la escuela; se señalan las nuevas excepciones. Se prescribe la recaída, haciendo un rastreo de las consecuencias para toda la familia, y de encontrar soluciones.

Se externalizó el problema entrevistándolo para saber: las mentiras que les cuenta, la forma en que los somete, las ideas que les mete en la cabeza, el futuro que les depara, las patrañas en que los envuelve, las cosas en la que los engaña, cómo los quiere cegar. Continuamente se valida su miedo y la realidad de que el asunto de la botella no es fácil de resolver. También se validen las formas en que Roxana se ha opuesto a él y las nuevas actitudes que ella ha tomado para no cargarlo, sentir menos temor y culpa.

Se introdujo la idea de que lo que le sucede al señor es considerado como enfermedad desde la perspectiva de AA y una manera de ayudarlo es asistiendo a los grupos de familiares ALANON, para que le enseñen a cuidar a este tipo de enfermos, que la provean de las herramientas.

Para algunos esta enfermedad es tan grave que sólo un grupo es capaz de ayudar, por más buena voluntad que se tenga, se necesita una gran cantidad de gente para de verdad ayudar a una sola persona.

Se ilumina el hecho de que cuando existe un pequeño cambio, Sergio se pone muy contento y por ejemplo, piensa que su papá ya va a dejar la botella; la idea es que no se la crea, "que no se deje engañar por la botella", porque eso lo hace sentir muy mal cuando se da cuenta de que las cosas van más lentas.

Ante la amenaza constante de que se agraven los síntomas del padre, se incluye un nuevo tema: "el temor de que él muera". La señora Roxana comenta que se hundiría y con ella sus hijos. La terapeuta le propone analizar de qué manera las cosas que ella ha reencontrado de sí misma le serían de utilidad para enfrentar esta situación; se llevan a cabo preguntas hipotéticas hacia el futuro: ¿de qué manera estaría resolviendo su vida y la de sus hijos? ¿cómo usaría su fortaleza? ¿cómo aplicaría todo lo que ha aprendido?

En las siguientes sesiones se hacen intervenciones de preguntas para ampliar el cambio (Soluciones), agencia personal (Narrativa), por ejemplo, ¿de qué manera los avances que han tenido ayudan a modificar las creencias dolorosas? ¿cómo se mira a sí misma cuando ve que apoya a sus hijos?

Se valida la situación difícil y se rescatan sus recursos, pues el hecho de que el señor desee seguir cargando con el problema y esté cada vez "peor", le plantea un dilema porque si ella piensa que porque razona ya no le va a doler, o que por tomar decisiones la situación va a dejar de importarle, eso no sucede totalmente; se resalta la idea de que están caminando en rumbos opuestos.

La señora Roxana refiere que ha hecho mucho, que se aferra a lo que hace para no hundirse. Cree que tiene que seguir luchando, que siguen cosas favorables y desfavorables, pero que no

puede flaquear. La terapeuta pregunta cómo le han ayudado esos proyectos personales para no hundirse, con el fin de darle agenda personal.

Se hace una valoración de lo que se ha logrado con relación al objetivo terapéutico que se planteó inicialmente: eliminar los síntomas de ansiedad (dolores de cabeza, aislamiento, vómito, que a su vez lo llevaban a un bajo rendimiento escolar), generados por el sobreinvolucramiento con la problemática de su padre.

Se valoran los cambios con base a las preguntas de escala del cero al diez, donde cero es “no avanza y diez el máximo avance”; Roxana califica con ocho los logros e inmediatamente habla de todos los cambios que Sergio ha tenido y que parecen “problemas”. Estos cambios son normalizados como típicos de la adolescencia, la consultante misma se da cuenta de que lo que ahora podría ser un problema es que no dejara que su hijo se independizara, que no confíe en él. Se amplía el cambio.

La señora descubre que “parece que una misión que tiene en la vida es la de ayudar a las persona que son débiles, que están mal”, ahora puede ayudar a que su hijo sea independiente y responsable en vez de quererlo ayudar porque únicamente contempla sus partes débiles.

Se da por terminada la terapia dado que los síntomas del chico se eliminaron; él asiste a una nueva escuela, hace amigos y lleva a cabo un deporte, ya no quiere que su mamá lo acompañe y se despidan de beso delante de sus compañeros. Sergio dejó de sentir angustia y desea salir a jugar con sus vecinos, ahora como todo adolescente discute con su madre por las tareas domésticas. Se les propone que continúen haciendo lo que es bueno para ellos y se les explica que se harán llamadas telefónicas de seguimiento.

Caso 4.

Descripción de la familia:

La familia Chávez se compone de la madre, Elena de 29 años de edad dedicada al hogar; escolaridad secundaria; el padre, Leonardo, de 31 años, escolaridad secundaria, empleado de un comercio; el hijo mayor es Carlos cuenta con 10 años de edad y cursa el 5º de primaria; la hija más pequeña es Paulina de 8 años de edad, cursa el 2º año de primaria.

Motivo de Consulta:

La pareja asiste a la terapia con el fin de “arreglar sus problemas” y por haber observado que sus hijos empiezan a manifestar dificultades en la escuela. La señora Elena refiere que sufre maltrato por parte de su esposo.

Antecedentes.

Se trata de una familia en la etapa de hijos en edad escolar, centrada en la crianza de los hijos. A partir de los problemas de violencia de la pareja cada hijo se ha coligado con uno de los padres, el niño con su mamá y la niña con su papá.

La violencia ejercida por parte del señor a su esposa ha motivado tres separaciones, la última de ellas tuvo lugar hace pocos meses. El señor regresó a casa hace dos semanas con la promesa de hacer las cosas bien por sus hijos. Los chicos tienen problemas en la escuela a raíz de que su papá golpeó a su mamá y luego se separaron; la familia vive una situación de estrés generada por la vivencia de maltrato. Carlos pelea con sus compañeros, a veces ellos lo provocan y él responde y en otras ocasiones él los provoca ocasionando la reprimenda de la maestra. Paulina también tiene problemas de conducta y frecuentemente lleva notas de mal comportamiento. Lo anterior ha favorecido baja en sus calificaciones: de 9 y 10 bajó a 6. De acuerdo a lo que refiere la señora los dos niños se volvieron groseros con su mamá porque el papá se fue. El señor quiere cambiar para recuperar a su familia.

El niño dice que sus papás se pelean desde que él era pequeño. Paulina quiere que sus papás no se peleen y no se separen. El señor Leonardo se justifica cuando su esposa narra lo que ocurrió en la última golpiza; para él, los dos necesitan cambiar por los niños y por ellos, cree que ambos tienen un carácter fuerte y agresivo. El paso inicial fue intervenir en el cese de la violencia y además de esto se intentó formular hipótesis, sin embargo cuando hay violencia es importante cuidar que no se formulen hipótesis sistémicas que corresponsabilicen a los miembros de la pareja.

De acuerdo a lo anterior, se trabajó con el reconocimiento del circuito de la violencia, relacionándola con las premisas de género masculinas y femeninas asociadas a la responsabilidad y tolerancia de la violencia.

El hombre que maltrata no puede ver la ligazón entre lo que él le hizo a su esposa y la reacción que ella manifiesta consecuencia del maltrato; esta característica lleva a los hombres violentos a sentirse tristes o melancólicos cuando sus parejas los abandonan o hacen algún cambio radical (Corsi, 1995).

Para Elena el problema es el alcoholismo de su esposo, porque piensa que es lo que lo violenta; cuando se dan estos pleitos los niños se espantan y le tienen miedo a su papá. Señaló que su esposo tiene problemas por no poder controlar sus impulsos.

El señor Leonardo se queja de ella porque tiene un carácter muy agresivo con sus hijos, no cree que su agresión se deba al alcohol sino al carácter de su esposa; cree que la agresión es de los dos y no nada más de él. Esta actitud ante el problema es interpretada desde las perspectivas sociopolítica y de género, como parte del perfil del hombre golpeador (Dutton, 1997): la humillación que experimentaron estos hombres cuando niños al ser maltratados por su padre se reedita cuando adultos y se busca evitar el dolor de volverla a sentir en el futuro. Así, estos hombres tienden a culpar a los demás por sus propias acciones y a reprimir los recuerdos tempranos generadores del devastador miedo a sentirse nuevamente avergonzados. Cualquier indicio de error en sí mismos es interpretado como un defecto general en su persona y no como una falla específica. Esta polarización emocional se acompaña irremediabilmente de hostilidad, tendencia al enojo y de culpar a otros por los eventos negativos.

Una de las intervenciones fueron las preguntas hacia el futuro propuestas para el trabajo con violencia por la escuela de Milán; este tipo de preguntas tienen como finalidad reflexionar sobre situaciones que aún no han ocurrido, pero que pueden ser, con ello se abre un contexto de reflexión inimaginado que permite distinguir los riesgos de seguir en la violencia y algunos caminos posibles (este punto se analiza en el caso dos).

¿Si este papá lastima seriamente a su pareja los niños se quedan sin mamá y papá está en la cárcel preso, qué pensarán estos niños?, ¿qué se preguntarán? Para el plan de tratamiento propuse algunas ideas generales retomadas del trabajo con hombres en CORIAC. Además de explorar las familias de origen de los cónyuges y tener noción de sus historias, matizadas de violencia, se siguieron las líneas generales que se señalan a continuación:

- Los hombres generadores de violencia presentan una actitud defensiva y en ocasiones agresiva; al solicitar ayuda es importante tener en cuenta esto y no vivirlo como una afrenta personal.
- Es necesario crear un clima de confianza sin victimizarlos ni culpabilizarlos y promover el reconocimiento de su responsabilidad ante la violencia.
- Permitir que se expresen pero estableciendo límites que posibiliten mantener el control en la sesión.
- Transmitir calidez por medio del lenguaje corporal y verbal.
- Escuchar al probable generador de violencia y utilizar sus mismas palabras y relatos para que caigan en cuenta de la dimensión de sus actos violentos.

- Reconocer cuando el generador de violencia seduce, manipula y/o chantajea si:
 - a) Es excesivamente amable.
 - b) Intenta constantemente dar una imagen favorable de sí mismo.
 - c) Se victimiza.
 - d) Lleva regalos, ofrece servicios, dinero, etc.
 - e) Se muestra excesivamente dispuesto a participar, a todo dice que sí.
- Tener presente que la experiencia de dolor, tristeza y soledad, en torno a su violencia familiar es el elemento principal para apoyarlo en su proceso de cambio.
- Confrontarlo de forma amable, firme y directa con su propia conducta violenta y apoyarlo para que reflexione sobre ella.
- Hacer énfasis en que la violencia es aprendida y que la persona que la ejerce decide usarla.
- Reflexionar con él sobre el vínculo de la violencia y su identidad masculina.
- Transmitir que el cambio es gradual y lento pero posible y beneficioso.
- Apoyarlo para que asista a otros espacios, donde se fortalezca su proceso de cambio (Programa de hombres renunciando a su violencia, CORIAC, 1997).

Los puntos anteriores dieron apertura al establecimiento de un *joining* adecuado con el consultante, ya que la primera reacción que tuve como terapeuta fue de rechazo hacia el relato minimizante sobre el maltrato que ejerció sobre su esposa.

Al investigar las familias de origen, la consultante relató que su bisabuelo le quitó la vida a su pareja de una golpiza; retomé el tema para abordar los significados acerca de lo que pudo haber ocurrido con este hombre; de igual manera se valoraron las creencias de la pareja sobre lo que es la violencia y cómo pueden vivirla tanto hombres como mujeres.

En la familia de origen de Leonardo también hubo violencia; en la terapia, se iluminan las consecuencias del maltrato en la vida de sus padres, y pregunto ¿qué es de ellos en la actualidad? ¿qué sentirá el abuelo, al quedarse sin el amor de su familia a causa de la violencia que ejerció sobre ellos?, aunque trata de “desfogarse con los nietos”, está siendo rechazado por su familia, según el señor; lo invito a que se mire en ese espejo.

Como ya se mencionó el rastreo de las familias de origen nos abre el panorama de las vivencias de violencia de esta pareja. Leonardo era un niño atemorizado y al mismo tiempo enojado, con mucha frustración por no poder proteger a su madre; lo descrito en la literatura sobre estas experiencias es que son generadoras de violencia y de rabia en el adulto, con síntomas de estrés post-traumático y con efectos agresivos hacia sus parejas, especialmente las relacionadas con experiencias vergonzantes inducidas por el padre. Los padres que humillan a sus hijos también

tienden a ser físicamente abusivos, así que el hijo no solamente recibe un ataque a su yo, sino también el modelamiento del abuso (UAVIF, 1999). Como terapeuta me fue útil esta información para comprender (no justificar) el dolor y el resentimiento en el que las personas con estas experiencias pueden vivir.

Los elementos que se han identificado como generadores de violencia, según Dutton, (1997) son, en orden de importancia: sentirse rechazado por el padre, sentir la falta de afecto del padre, ser físicamente agredido por el padre, ser verbalmente abusado por el padre y sentirse rechazado por la madre. Un padre ausente, frío e intermitentemente abusivo y humillante produce un niño con sentido de identidad débil. Un clima afectivo con estas características introduce en el niño un mensaje central de desvalorización del yo.

Cuando la señora Elena expresó su temor a que la violencia se repita, señaló que ese temor es un aliado porque ella podrá estar alerta para proteger su integridad; es importante pensar que aún cuando la cabeza reflexione sobre los problemas se tienen que ir sanando las heridas del corazón, no ayuda taparlas; se refuerza la idea de que esto es un proceso lento. En una posición de experto les hablo del ciclo de la violencia ya que una condición para seguir la terapia es frenar la violencia, detectar señales de cuándo aparece para generar "protección"; que detecten qué pasa en su cabeza y en su cuerpo cuando inicia la violencia con el objeto de salir de la situación rompiendo el círculo.

El señor Leonardo explica que la violencia es natural y biológica, que es algo que poseen los seres humanos. Este momento es útil para analizar o deconstruir estos significados. Se le ofrece la idea de que la violencia es aprendida porque si fuera natural no habría manera de domesticarla; se marca la diferencia entre la violencia y la agresión. La agresión es como un pivote que ayuda a protegerse o enfrentar las dificultades y la violencia es un acto que tiene el propósito de lastimar.

Otros temas que se deconstruyeron fueron el control que ejerce el hombre sobre su pareja, el ejercicio del poder y cómo se aprende la manera como se construye socialmente y la forma en que esto limita y maltrata la vida de la pareja. Es casi inevitable dejar de hablar sobre las relaciones de poder, del desbalance y la aplicación de fuerza sobre el más débil, de la idea que los hijos y la esposa son de la propiedad del hombre; esto es algo que se ha cultivado mucho en la cultura patriarcal.

Desde una perspectiva psicosocial, la identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje temprano en el varón, de ciertas creencias, valores y actitudes por ejemplo: se ocultan las emociones, se centra la atención en éxito profesional y se resalta el ejercicio del poder como forma que controla todos los niveles. Desde esta perspectiva las relaciones violentas

son el resultado de un modelo familiar y social que en cierta forma las acepta para resolver conflictos (Corsi, 1995).

En el caso del hombre, si expresa sus sentimientos es considerado débil; de este modo la inhibición de los sentimientos y la percepción distorsionada de la realidad (cuando es percibida por él como amenazante) pueden conducir a conflictos que, al no saber resolverse de otra manera, se expresan a través de la violencia, pero la reiteración de la violencia no hace sino aumentar la baja autoestima del agresor.

Se trabaja sobre la forma en que puede frenar la violencia y romper el ciclo. Para ello se identifican las señales corporales y de pensamiento que los "hacen pensar o sentir que viene la violencia". La pareja refiere la manera en que cada uno se percibe a sí mismo y al otro cuando va a iniciar un brote de violencia. Otro aspecto importante de este ejercicio es identificar el sentimiento que subyace al enojo.

La familia dejó de asistir a la terapia porque Elena no pudo decirle a su esposo sus sentimientos; el equipo formuló la hipótesis de que ella ya no lo amaba (por los silencios y evasivas que hacía cuando se tocaba el tema) y que deseaba "convencernos" de que Leonardo era una mala persona; la señora, esperó a que surgiera una dificultad para separarse nuevamente. Quizá esta haya sido una de las razones que la llevaron a resistirse a los cambios que mostraba Leonardo. Sin embargo, las reflexiones que se hicieron durante la terapia apuntaban a que Leonardo comprendiera la importancia de manejar sus impulsos, se hizo hincapié en la responsabilidad que le confería, de la misma forma que a Elena le correspondía protegerse de la violencia y ambos proteger a sus hijos. Algo que el equipo resaltó fueron los aspectos positivos que han inculcado a sus hijos.

Dados los avances de esta terapia he reflexionado que otro posible camino de intervención es el propuesto por Corsi (2003) quién señala en el tratamiento de la violencia familiar, que es importante trabajar con la pareja por separado, con el fin de posibilitar la expresión de toda la problemática por parte de la mujer; en muchas ocasiones el hombre manipula la información y vierte sobre ella una amenaza velada que la silencia. La propuesta del autor incluye a toda la familia involucrada en el problema en espacios terapéuticos (grupales) diferentes pero paralelos.

Los individuos construyen proactivamente modelos de atribución de significado sobre el mundo y sobre sí mismos en forma diferente de acuerdo con su propio sistema y evolución en función de su experiencia y de los intercambios sociales (Iturralde, 2003). Esto nos lleva a la esperanza de que las construcciones de género y los significados que damos a la vida en pareja y familia evolucionen hacia perspectivas amplias y enriquecedoras menos limitantes.

"Rosario Castellanos puso en duda la verdad imperecedera sostenida por mitos y normas mágicas y racionales, y por los cautiverios de todos los poderes que nos atrapan a las mujeres. Su voz adolorida es protesta es rabia; trasciende, porque nombró también la esperanza:

Debe haber otro modo que no se llame Safo

Ni mesalina ni María Egipcíaca

Ni Magdalena ni Clemencia Isaura.

Otro modo de ser humano y libre.

Otro modo de ser.

Ella todas y todos, lo construimos cada día".

Lagarde (2001, p. 57).

III. 1.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total

¿Qué es la supervisión?

La supervisión de terapeutas en formación es una forma de trabajo que pretende, entre otras cosas, desarrollar en éstos las habilidades técnicas, comprender y aplicar los conceptos teóricos, según la postura epistemológica y el enfoque teórico o modelo terapéutico desde donde interviene. El terapeuta en formación tiene la oportunidad de profundizar en el análisis de los conceptos y conocimientos que va asimilando y de llevarlos a la práctica, así como de ampliar los recursos personales que posee, enriqueciéndose con las ideas del equipo de supervisión. Es, en la dinámica de esta actividad, que se ponen en juego las particularidades y diferentes construcciones de sus integrantes: supervisor, terapeuta, equipo, consultantes y el contexto social donde se insertan estos sistemas.

Desatnik, Franklin, Rubli (2002), definen la supervisión como "un espacio de reflexión e integración teórica, técnica y metodológica en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o priorizar cuál de estas visiones podría ser útil en la resolución del problema, sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico" (p. 48).

Las mismas autoras aportan que la supervisión no es únicamente una cuestión de aplicar técnicas aprendidas. Para que sea exitosa deberá cumplir con varios requisitos: fomentar la creatividad poniendo en juego lo imaginado, tener conocimientos profundos de los fundamentos

teóricos que sustentan las técnicas, comprender la dinámica grupal, tomar en consideración a la persona del terapeuta y tomar conciencia de los diferentes roles que juega el supervisor como maestro, facilitador, evaluador, consultante, entre otros.

Según Eguiluz (1999), "en terapia familiar supervisar significa un doble proceso que implica no sólo enseñar diversas técnicas, sino ayudar al terapeuta en formación a superar sus dificultades personales y alcanzar un mayor grado de competencia" (p. 30). La autora menciona que la esencia de la supervisión es ayudar a que el terapeuta sea un agente de cambio y que a través de la práctica encuentre su propio estilo terapéutico.

"La supervisión tiene que ver con quiénes somos, de dónde venimos, cuál es nuestra ideología, cosmovisión, valores, nuestras construcciones acerca del ser humano, de la sociedad, así como de la formación y supervisión en Terapia Familiar" (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002, p. 48). Desde la Cibernética de segundo orden, el observador es parte del fenómeno observado, por lo que se asume que el supervisor está incluido en el Sistema Terapéutico Total (conformado por la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor). El supervisor debe tener una visión del sistema en el que trabaja, de la familia, del terapeuta con la familia y del equipo y la fuente de referencia; además, debe considerar su propia participación con el sistema. La función del supervisor tiene que ver con su capacidad de relacionar y de ver la multiplicidad de sistemas, aunados a la habilidad de transmitir y retroalimentar a los terapeutas en formación.

Haley (1997), propone que el supervisor debe enseñar al terapeuta en formación a ser un táctico diestro y, al mismo tiempo, responder con sensibilidad a la aflicción y al malestar del consultante. Supervisar significa no sólo enseñar las técnicas terapéuticas sino también tener cierta comprensión y apreciación de los trágicos dilemas humanos. Los terapeutas deben adquirir pericia en el arte de asistir a los consultantes, pero también deben ser sensibles y humanos; lo primero puede enseñarse, lo segundo tal vez no. Este autor hace énfasis en que la terapia no se puede aprender sólo comprendiendo la teoría sino que es importante practicar, recibir ideas, ser corregido en su desempeño, para arribar a un estilo propio.

Al revisar parte de la experiencia de supervisión señalada en distintos textos, podemos hablar de tres formas comunes de supervisión: el terapeuta en formación relata y discute un caso con su supervisor; observa o escucha una entrevista audiograbada o en videocinta; el terapeuta entrevista a su consultante en un consultorio con cámara de Gessell, el supervisor lo observa e interviene por un interfón o le pide salir para discutir algún punto.

Existen formas de agrupar a los participantes en el proceso de supervisión-aprendizaje de la psicoterapia-intervención terapéutica que ayudan a darle un nombre a las figuras participantes y a la forma en que se mueven en el proceso de terapia Aurón y Troya 1988, proponen lo siguiente:

- SISTEMA DE SUPERVISIÓN + TERAPEUTA = SISTEMA DE TERAPEUTAS.
- SISTEMA FAMILIAR + TERAPEUTA = SISTEMA TERAPÉUTICO.
- EQUIPOS DE SUPERVISADOS + SUPERVISOR = SISTEMA DE SUPERVISIÓN.
- SISTEMA TERAPÉUTICO + SISTEMA DE SUPERVISIÓN = SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL.

El equipo terapéutico, como todo grupo en el que participan seres humanos, está expuesto a vivenciar toda la riqueza interaccional de sus integrantes, que se matiza por la diversidad de estilos y experiencias de vida, valores y significados, problemas que tengan en el momento y la etapa del ciclo vital por la que atraviesan; también puede ser vulnerable a coaliciones entre sus miembros, trances negativos que pueden ser resultado de interacciones con sus familias de origen y que se actualizan en algún miembro del equipo generando rencillas, malos entendidos, o abuso del poder entre otras cosas.

Los equipos de supervisión integrados en la residencia no escaparon a algunas de estas situaciones. Al iniciar el trabajo con familias, los terapeutas en formación realizamos algunas reflexiones en torno a los temores, fortalezas y debilidades que podíamos identificar al insertarnos en el proceso de aprendizaje en equipos con supervisión directa. Esto permitió al supervisor ofrecer un apoyo en el sentido de "cuidar" al terapeuta o de señalarle aquellos aspectos a mejorar o iluminar y ampliar las fortalezas.

Es evidente que aprender las habilidades que un terapeuta sistémico debe poseer, requirió en su momento, de un cambio epistemológico orientado a mirar la recursividad de nuestras interacciones del equipo, el terapeuta, el supervisor y los consultantes.

Aurón (2000) propone que el cambio debe iniciarse en el supervisor y para ello es necesaria su disposición para cuestionar sus propias interpretaciones y escuchar la polifonía de las otras voces, permitirse e invitar al resto del los subsistemas a expresarse en el proceso de coevolución, en el que permanentemente vivimos; me parece que, a pesar nuestro, lo rico es entonces hacerlo visible y poderlo compartir con la confianza de que el otro te "aprende y yo lo aprendo".

Según Rage y Tena (1999), "una de las funciones del supervisor es la de recordarle al terapeuta que cada persona es única e irrepetible, que no se puede tratar a los demás como si

entraran en un molde" (p. 14). Este aporte me recuerda que uno de los objetivos de la supervisión en Terapia Familiar, es incorporar diferentes realidades en los terapeutas, por tanto, no debe estar restringida a impartir conocimientos o transmitir experiencia, sino a integrar tanto al supervisor como al contexto, en el que el entrenamiento se lleva a cabo.

Por último, para Fernández, London, y Tarragona (2002), el supervisor invita a los participantes a formar una comunidad de aprendizaje que desde la perspectiva colaborativa planteada por Harlene Anderson, tiene el objeto de "crear y facilitar un ambiente y un proceso de aprendizaje donde los participantes puedan desarrollar habilidades y capacidades para que cada persona genere sus propias semillas de novedad y las cultive en su vida personal y profesional fuera del contexto organizado de aprendizaje, de invitar a cada participante a que tome la responsabilidad de ser el arquitecto de su propia enseñanza que cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente" (p. 6).

En este sentido Anderson y Goolishian (1998), subrayan que lo que tiene lugar no es una edición de la narración del consultante a cargo del terapeuta, sino una conversación terapéutica que dé cabida a la transformación del self narrador del consultante, en donde el terapeuta parte de una posición de "no saber".

Desde esta lente, los elementos que "aprenden" en el proceso son todos los presentes al momento de la terapia y, aún cuando el enfoque hace énfasis en la posición horizontal y de "respeto", en mi experiencia en el entrenamiento propuesto en la residencia el objetivo arriba mencionado se logró, dado que me ayudó a desarrollar mis propias habilidades a partir de lo que escuché de cada integrante del equipo, me permitió ser responsable con mi aprendizaje, me dio una voz que explora y experimenta aceptando la incertidumbre.

El poder del supervisor / el supervisor con poder.

Diferentes autores, (Gergen, 1990; Anderson, 1997 y Tarragona, 1999) han analizado la postura del supervisor contrastando los aportes modernistas versus los posmodernos. Una de las discusiones es la relativa al manejo del poder; los enfoques basados en el Construccinismo Social hablan de una posición horizontal donde el terapeuta es considerado un co-constructor junto con los consultantes, de nuevas historias, que está en igualdad de conocimiento con respecto a lo que se construye en el espacio terapéutico. Es visto entonces como un facilitador en la creación de esos nuevos relatos y no como un experto que impone su punto de vista.

En cambio el terapeuta ubicado en la tradición moderna, es un observador objetivo que posee un conocimiento experto sobre la naturaleza humana (Anderson, 1997) lo cual lo coloca en una posición jerárquica superior a la del consultante; “el terapeuta sabe más que el cliente”: sabe lo que “realmente” le está pasando a éste y sabe cómo “deben ser” las personas y las relaciones humanas” (Tarragona, 1999 p. 68). En el lenguaje se refleja la postura del terapeuta moderno centrada en el déficit y en la práctica su idea de “componer personas defectuosas” (Anderson, 1997; Gergen, 1991). De ahí que la posición jerárquica sea vertical.

En los modelos denominados posmodernos, el terapeuta no es un experto que va a dictar lo que es bueno o malo para los consultantes; desde una posición de “respeto”, se espera que éste tome las decisiones sobre lo que es más adecuado para él en su vida. Friedman (2001), aporta al respecto que el terapeuta busca y amplifica las habilidades, fortalezas, co-construye los objetivos terapéuticos y pone en el asiento del conductor al consultante, como experto en sus propios predicamentos y dilemas; dice el autor “actuamos como facilitadores o catalizadores de recursos, que trabajan “incansablemente bajo auspicios positivos”, para generar conversaciones que ofrecen nuevas posibilidades y opciones para el futuro” (Friedman, 2001. p. 112).

La postura descrita para el terapeuta moderno o posmoderno se extiende a la figura del supervisor. La supervisión también refleja la epistemología sustentada y nuevamente señala el juego del poder en su práctica. Por ejemplo en la epistemología moderna se dice (Bobebe, Gardner y Biever, citados en Tarragona, 1999) que el supervisado es un aprendiz que es acogido por el supervisor de quien aprende el arte de la terapia, que requiere de una terapia personal; que como resultado de la supervisión adquiere sus habilidades terapéuticas.

Los autores señalan las características de la supervisión desde la postura Construccionalista Social (posmoderna); los supervisores adoptan la postura de “no conocer”, en este sentido lo experto se refleja en traer al diálogo información variada; enfatizan el hecho de que los significados son producto de interacciones sociales cambiantes; la terapia es un intercambio de significados transmitidos a través del diálogo. El supervisor no corrige fallas, crea un contexto donde se desarrollan nuevos significados, junto con el supervisado crean esos nuevos significados a través de la conversación. Los autores no presuponen que el supervisor tenga información privilegiada, se esfuerzan por compartir la perspectiva del terapeuta pues no parten de la idea que el supervisado comparte su postura teórica de la misma manera que pueden no hacerlo los consultantes.

El supervisor está en una posición de no conocer, puesto que el estudiante es experto en su propio aprendizaje. Se basa en una actitud de curiosidad desde la que desea aprender más, en lugar de comunicar mensajes teóricos y opiniones sobre lo que debe hacer el supervisado. Los autores

declaran que este tipo de relación reduce la jerarquía del supervisor. En la práctica, reflejan la idea de hacer la relación entre terapeuta y consultante más igualitaria, critican a las posturas tradicionales en el sentido de que en la conversación terapéutica no se da un intercambio de significados porque el terapeuta transmite por su posición jerárquica un cúmulo de conocimientos. "Dicho de otra forma, esta postura ofrece la posibilidad de llevar la terapia hacia un proceso en el cual todos los participantes, incluido el supervisor, puedan estar abiertos al cambio sin temor a que su significado e integridad se sientan desafiados" (Anderson y Goolishian, 1988, p. 59).

Cecchin (1998) dice con respecto al tema del poder, que la escuela de Milán en su segundo periodo trabajó directamente con las ideas de Bateson, donde lo importante era el análisis del tema, porque éste es creado en el contexto y todos los protagonistas participan para mantener sus posiciones de poder.

White (2002), discurre que la persona que brinda asesoramiento adquiere responsabilidades éticas ante quien lo consulta, mientras que el consultante no tiene esas mismas responsabilidades, de ahí que no exista reciprocidad ética en la relación. De tal manera que si esta relación jerárquica diferente se pierde, puede ocurrir que el terapeuta no se haga responsable ante quien lo consulta. Es menos probable que observe y revise los efectos reales que esta relación de poder tiene sobre la vida y el trabajo de las personas que consultan. En este sentido es posible que se reduzcan las opciones de quien brinda asesoramiento para hacerse responsable de reducir al mínimo los posibles efectos negativos de esta relación y de establecer límites a su influencia. Para White la idea de tener presente el poder en la relación conlleva al establecimiento de relaciones más igualitarias entre el terapeuta y el consultante. Nuevamente esta idea puede traspolarse a las relaciones en el equipo, terapeuta y supervisor.

Considero que la discusión sobre el tema del poder va del extremo de sugerir un relación horizontal donde tal vez no se visualiza el poder implícito en ese vínculo complementario que se da entre supervisor - supervisado, hasta las posturas donde abiertamente se habla de la necesidad de que el supervisor utilice su poder para llevar a cabo maniobras terapéuticas en cualquiera de los subsistemas participantes en el equipo, por ejemplo, en el manejo de límites cuando irrumpe en el consultorio y cancela el diálogo que se lleva a cabo entre el terapeuta y el consultante. Existen otras ideas con respecto a la relación de poder como las propuestas por Bobele, et al. (citados en Tarragona, 1999), quienes reconocen que existe una jerarquía marcada socialmente desde el contexto profesional entre el supervisor y el supervisado, aunque desde su postura posmoderna aspiran a reducir las consecuencias limitantes de la relación jerárquica. Desde luego que también aspiran a ser congruentes con la epistemología que sustentan.

El riesgo de negar la relación de poder que existe, como lo reconocen los autores arriba citados, puede llevar desde mi punto de vista a que se oscurezcan los deberes éticos, por ejemplo cuando hay que marcar el cese de la violencia, o las obligaciones del terapeuta que presta un servicio en el sentido de no responder a las peticiones que a veces formulan algunos consultantes, "por favor doctora dígame qué hacer".

La relación jerárquica se marca desde el momento en que el terapeuta instalado en su consultorio con su título en la mano, cobra por los servicios que demanda el consultante, y asume tener una formación y experiencia que el consultante desea recibir, quien seguramente asiste a ese lugar con el objeto de escuchar algo diferente a lo que sus amistades o su familia le han podido decir para resolver su problema. También es importante distinguir entre jerarquía y poder, ya que por el rol asignado en el acuerdo de la supervisión entre supervisor y supervisados, el supervisor asume una responsabilidad para llevar a cabo este rol, lo cual se diferencia del ejercicio del poder donde se impone un modo de actuar de manera vertical y sin tomar en cuenta al otro.

Ahora bien, también es frecuente escuchar de parte de los terapeutas en formación que la manera en que el supervisor irrumpe en la sesión para realizar una maniobra o para rescatar al terapeuta de una situación difícil llega en ocasiones a parecer un acto de descalificación hacia su persona; lo mismo ocurre cuando el supervisor en su afán de brindar ideas al terapeuta lo "interrumpe" y con ello cuestiona la hipótesis que tenía en mente; es de esperar que si no se abre un espacio donde se dialogue sobre cómo la persona del supervisor impacta a los supervisados y viceversa, se generen incomodidades que poco favorecen el proceso de aprendizaje del terapeuta.

Retomo las siguientes palabras de White (2002) con la idea de llevarlas a nuestra práctica clínica: "La visibilidad de esta relación de poder abre las opciones para la acción a los consultores: posibilita que revise su experiencia de la consulta y compare estas experiencias con las expectativas compartidas y los objetivos que hayan sido negociados para la consulta. La visibilidad de esta relación de poder también brinda otras opciones a los terapeutas quienes pueden prestar atención a los efectos reales de esta relación en su trabajo y en sus vidas. La idea es que converse sobre todo esto, plantear preguntas al respecto" (p. 189).

Como yo lo entiendo ahora, la postura epistemológica y ética en la que nos basamos definen en gran medida el tipo de supervisión en el que sentimos que aprendemos mejor, o de la cual podemos enriquecernos. Es probable que la forma de entender y conocer nos lleve a la elección de modelos terapéuticos con los cuales nos sentimos congruentes con la epistemología con la que miramos el mundo.

Cómo atender la persona del terapeuta.

Retomado los aportes de Heinz von Foerster y Varela (1981), en lo referente a que el observador no puede separarse de lo que observa, pues éste emerge en el sistema mismo que observa, Elkaïm (1995) se pregunta ¿cómo emerge el observador? ¿cómo aparecen sus sentimientos y sus pensamientos? ¿qué parte de libertad tiene con respecto al sistema en el seno del cual emerge? ¿cómo puede suceder lo nuevo?" (p. 147).

Las preguntas de Elkaïm (1995) reflejan su interés en un tema poco abordado por los terapeutas familiares: "los sentimientos" del terapeuta. Las respuestas dadas por el autor se derivan en dos conceptos importantes: resonancia y ensamblaje.

El concepto de resonancia se refiere a la forma en que las experiencias del terapeuta se intersectan con otra parte del sistema que son los consultantes, produciendo un ensamblaje donde se comparte un mismo elemento experiencial que hace que ambos sistemas humanos entren en resonancia. Ahora bien, esas resonancias pueden facilitar o llevar a un proceso homeostático a los consultantes "... observamos la manera en que un mismo tema puede ser importante tanto para el terapeuta como para la familia, y como sus construcciones del mundo pueden contribuir conjuntamente a mantener la homeostasis del sistema terapéutico" (Elkaïm, 1995, p. 141).

La resonancia nace en la construcción mutua de lo real que se opera en quien la nombra y en el contexto en el que es nombrada. Elkaïm sugiere que el trabajo efectuado sobre algún punto de resonancia con alguna parte del sistema modifica a los otros sistemas; en ese momento se articulan diversos elementos para dar explicación a lo que ocurre en la terapia entre ambos sistemas.

Señala Elkaïm (1998), que en la supervisión insiste en el trabajo con sistemas que hacen resonancia, como puede ser el sistema familiar del paciente, la familia de origen del terapeuta, el sistema institucional y el grupo de supervisión. Lo anterior da a pensar en la importancia de manejar los aspectos emocionales que surgen en la interacción de los elementos que componen el sistema terapéutico total.

En particular me parece una postura afortunada porque es una forma directa y clara de señalar las maneras en que el terapeuta puede verse atrapado en las historias que se narran en terapia y con ello ser isomórfico con los consultantes.

En mi experiencia he visto dos líneas de abordaje diferentes: aquellas instituciones donde se destina un tiempo especial que ofrece terapia a los estudiantes en formación y aquéllas en donde se

les muestran sus problemas con el objeto de que los trabajen en la terapia que el mismo se proporciona fuera de la institución donde se forma.

A riesgo de equivocarme, no existe evidencia clara sobre las formas más útiles en que un terapeuta en entrenamiento puede aprovechar mejor la forma en que se aborda el trabajo con su persona. Las posturas posmodernas critican el hecho de que el éxito del terapeuta dependa de su trabajo personal. En algunas instituciones puede considerarse un requisito no académico, solicitar que los alumnos en formación lleven una terapia personal; de acuerdo con este planteamiento, no se crea la infraestructura adecuada, no existen tiempos ni espacios específicos para el trabajo de la persona del terapeuta en formación dentro de sus programas.

Desde mi punto de vista, cualquier inclinación hacia una u otra idea sólo es una forma que cada sistema adopta y en ese sentido la comprende como una verdad o una creencia construida, en la cual se basa su comportamiento.

Lo cierto es que las prácticas dominantes que existen en la formación de terapeutas sistémicos determinan en gran medida que se incluyan o no los aspectos terapéuticos para el trabajo personal del estudiante.

Considero que la persona del terapeuta, su experiencia de vida, su estilo o estilos de relación, de moverse de un punto a otro (flexibilidad) y la posibilidad de crear, son herramientas fundamentales para su trabajo y por ello es dable que en los programas de formación se cree una práctica donde el supervisor colabore en la focalización y ampliación de las potencialidades y en el manejo de sus debilidades, o en la recomendación de que lo trabaje en una terapia personal.

Retomando las ideas de Mony Elkaïm (1998), quien propone que el trabajo de psicoterapia consiste en ayudar a los miembros del sistema terapéutico a ser menos prisioneros de las construcciones del mundo que impiden que el sistema consultante evolucione, comenta que lo importante no es tanto la escuela a la que pertenece el terapeuta, sino la utilización y generación del puente único y singular entre cada paciente y él. Este puente singular es lo que denomina resonancias, experiencias de vida del terapeuta que le posibilitan ser sensible y comprender la problemática que viven sus pacientes.

Otro sistema donde es interesante analizar el surgimiento de las resonancias es el equipo mismo. Estas resonancias pueden llevar a la paralización del trabajo de todos sus miembros puesto que en caso de existir problemas relacionales entre los miembros del equipo, me pregunto si... ¿es ético y congruente trabajar con clientes que presentan problemas relacionales y el equipo no pueda resolver los suyos? Desde la perspectiva sistémica lo que sucede en el equipo afecta al subsistema consultante y viceversa. Por ejemplo, si existen luchas de poder es probable que se triángule a la

familia, que se busquen coaliciones encubiertas; o que se genere un clima restringido de poca libertad y mucha crítica. La postura del supervisor para abordar estas dificultades puede promover la solución o evitar el conflicto, o quizá falte el espacio para poder abordar el punto.

Los modelos basados en el Construccinismo Social, proponen ejercicios concretos para el desempeño del equipo terapéutico, dedican un espacio dentro de la misma supervisión a la persona del terapeuta en el sentido de escuchar su voz manteniendo en movimiento sus creencias y construcciones.

Hasta hace poco tiempo pensaba que sea cual sea el modelo que maneje el terapeuta, debe estar al día con lo que a su persona corresponde; resulta poco ético y poco congruente, proponer al cliente abrir las puertas del cambio cuando en su persona no se está dispuesto a hacer lo mismo. Ahora veo que las construcciones que hacemos sobre cualquier tema pueden pesar tanto que paradójicamente produzcan el efecto contrario al que se desea.

El grupo de Milán diseñó un conjunto de ejercicios para estudiantes y profesionales que posibilitaran un cambio en su estructura del pensamiento. Basados en la noción construccionista, de que las relaciones humanas emergen a través de historias producidas socialmente.

Los ejercicios mencionados consistían en lo siguiente (Cecchin, 1998):

- 1) Cuidar el lenguaje de tal forma que nadie debe decir "estoy de acuerdo contigo o estoy en desacuerdo contigo", tampoco, "me gusta tu idea o me disgusta tu idea" porque con ello se restituye la linealidad, las puntuaciones unidimensionales o la competencia para ver cual es la mejor idea. Todo el equipo dice algo y con ello, se crea una idea sintetizadora.
- 2) Dejar de utilizar el verbo "ser".
- 3) En la medida en que el equipo se vea tentado a culpabilizar a la familia por lo que está pasando, tomar turno para que cada miembro del equipo vaya culpabilizando a cada integrante de la familia por vez. Es posible explicar lo que sucede en la familia, responsabilizando a cada uno de los miembros en particular, de ahí se llegó a la conclusión de que si se puede responsabilizar a todos, se puede no culpar a nadie.
- 4) Se le plantea al terapeuta en formación que durante veinte minutos (con la familia) sea espontáneo en el sentido de que haga lo que piensa, y siente, lo que se le ocurra, hablar con los consultantes como si estuviera en su casa. Es decir puede comportarse culpando a alguien, ser feminista o ser lo contrario, ponerse en el lugar del otro o no. Al salir de la entrevista va a encarar lo que sucedió con su comportamiento espontáneo.

- 5) Al salir el terapeuta el grupo se divide en dos subgrupos, uno que comenta lo sucedido al sistema terapeuta- familia, mientras el otro grupo actúa como observador. Se reflexiona sobre cómo se dio que la familia creara ese tipo de sentimientos, ideas o reacciones en nuestro colega? Al finalizar se dan los comentarios del grupo observador, cuya tarea consiste en describir la conversación que está ocurriendo en el equipo terapéutico. Eventualmente y con el fin de descubrir algún tipo de isomorfismo, el equipo se comporta como lo hace la familia. Por ejemplo, si en la familia hay mucha competencia, también notamos competencia en el equipo, si en la familia sólo hablan las mujeres y los hombres permanecen en silencio, lo mismo hace el equipo. Cuando el equipo de observación habla, la regla es que el otro equipo no responda o incluso puede no escuchar. Las dos conversaciones son separadas y admiten la diversidad.

Estos ejercicios pueden en muchos sentidos trabajar con la persona del terapeuta desde una línea diferente a las que se abocan a considerar su historia personal. Puedo predecir que estos ejercicios movilizan la capacidad de homeostasis-cambio, flexibilizan el rol y provocan el surgimiento de habilidades para la observación, el análisis y la integración en un equipo. Por último propongo que en los programas de formación también se destine un espacio para la creación de estrategias útiles para el fortalecimiento del terapeuta.

III.2 HABILIDADES INVESTIGACIÓN

Depresión y actitud hacia la infidelidad en mujeres que viven infidelidad y maltrato.

Juana Bengoa, Martín González y Laura Edith Pérez.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Un tema recurrente en la consulta terapéutica y en exposiciones teóricas con relación a la pareja, es la infidelidad que se considera que provoca depresión en las mujeres, mientras que el maltrato es soportado. En la intervención terapéutica de casos de violencia se ha tratado igual el maltrato que la infidelidad.

Sahagún (1993) dice que la infidelidad está muy relacionada con sentimientos de decepción, enojo y sensación de vacío emocional y con la esperanza de encontrar a alguien que nos ame. Al observar uno de los aspectos de la relación de pareja, la intimidad, nos encontramos que las fallas en este aspecto suelen ser un motivo para la infidelidad. Otro efecto es el incremento de la tasa del suicidio femenino.

Boylan (1972) señala que sin lugar a dudas, la familia que ha vivenciado el problema de la infidelidad ha estado sometida a un ambiente de tensión y desconfianza que no sólo afecta la relación padres-hijos, sino la formación y estructura de estos últimos,

Diaz Loving, Pick y Andrade Palos (1988) afirman que involucrarse en relaciones extramaritales indica inmadurez, incapacidad para comunicarse, sentimientos de soledad y una gran necesidad de expresar afecto entre los cónyuges, aunque aclaran que no hay aún suficiente investigación al respecto y haría falta explorar más el fenómeno para poder explicarlo con mayor claridad ya que muchas personas con las mismas características ya mencionadas no se involucran en relaciones extramaritales.

Al respecto, Ravazzola (1997), plantea que algunos conceptos relativos al amor en la pareja, en la familia y en la relación entre las personas se prestan para justificar abusos. Una forma de hacerlo suele ser diciendo "porque lo quiero". Y por otra parte quien abusa puede haber tenido una historia de carencias o padecimientos. Esa idea y la explicación de que se está "enfermo"; despierta emociones empáticas con tales justificaciones.

Desde la visión sistémica, la infidelidad es una relación triangular que puede tener dos funciones: como un regulador de la distancia que mantiene la intimidad emocional y física y también como un medidor del compromiso mutuo que posibilita la toma de decisiones respecto a continuar o no en la relación.

Al descubrir la infidelidad en la pareja, las mujeres presentan trastornos importantes, tales como: sentimientos de haber sido traicionadas, deseos de venganza, pensamientos suicidas, abandono de actividades significativas, por ejemplo el cuidado de los hijos, pensamientos homicidas, celos que llevan a la vigilancia de la pareja, autodevaluación.

Por ello nos planteamos dos objetivos a alcanzar durante esta investigación: Analizar si la actitud hacia la infidelidad está relacionada con el grado de depresión y averiguar cómo explican y a qué atribuyen las mujeres la infidelidad y el maltrato de su pareja. La muestra fue de 34 mujeres, con pareja, entre 22 y 59 años de edad, de todos niveles socioeconómicos. Se aplicó el Cuestionario de Opinión construido por los autores de la investigación, el Inventario de Actitudes Hacia la Infidelidad (Eisenberg, 1993) y el Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) a mujeres que acudieron a las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) del Distrito Federal, reportando maltrato e infidelidad.

Los datos fueron analizados con rho de Spearman sin encontrar correlación significativa entre depresión e infidelidad. La infidelidad fue descrita como "no amor", el maltrato como problema de relación.

Los investigadores nos preguntamos: ¿si las mujeres tuvieran una actitud de aceptación hacia la infidelidad, entonces tendrían un grado menor de depresión aún estando presente la violencia? Las variables que consideramos fueron el nivel de depresión, la actitud hacia la infidelidad y el maltrato de la pareja que incluye maltrato físico, psicológico y sexual. Nuestras hipótesis de investigación fueron: 1. Existe relación entre la actitud hacia la infidelidad y la depresión, 2. A mayor aceptación de la infidelidad menor grado de depresión, 3. Aún existiendo maltrato por parte de sus parejas, las mujeres dan mayor importancia a la infidelidad que al maltrato. Las hipótesis nulas: 1. No existe relación entre la infidelidad y el maltrato, 2. A mayor aceptación de la infidelidad mayor grado de depresión, 3. A menor aceptación de la infidelidad menor grado de depresión 4. Las mujeres dan igual importancia al maltrato que a la infidelidad.

Se utilizó un diseño transeccional correlacional para establecer relación con las variables demográficas y con aquellas categorías que resultaron del análisis de los conceptos de maltrato e infidelidad.

Dentro de los resultados encontramos que las mujeres consideraron que la infidelidad las afecta principalmente a nivel emocional. Todas consideran que la infidelidad ocurre por "culpa de algo o alguien" y ninguna ha considerado la posibilidad de que sea parte de la vida o algo que simplemente pasa. El efecto más señalado ante la infidelidad fue la desconfianza hacia la pareja.

Las mujeres atribuyen características negativas a quienes son infieles, aparentemente la infidelidad se relaciona sólo con cuestiones desagradables, tanto en la personalidad como en las actitudes. El maltrato es explicado por las mujeres a partir de un modo de ser aprendido y reforzado culturalmente ya que lo consideran como algo "que ellos vienen arrastrando y así es".

Aparentemente no conciben al maltrato como algo que afecta integralmente sus vidas ni lo ven, en general, como una razón para separarse a pesar de que hablan de desamor, odio y resentimiento hacia la pareja. En las respuestas que dieron las mujeres se observa que describen a quienes maltratan como personas con características negativas que saben que causan daño, pero lo siguen haciendo. En general ellas se plantean a sí mismas como receptoras de todas esas características negativas.

En cuanto al tipo de ayuda que las mujeres buscaban al recurrir a UAVIF, el 50% solicitó ayuda psicológica, el 8% ayuda legal, el 26% buscaba ambas (legal y psicológica), el 2.9% dijo no saber y el 11.8% planteó que acudía en busca de una solución, la cual se categorizó como mágica dado que las mujeres pedían cosas como: "que mi situación cambie, quisiera que ésto no estuviera pasando, quiero que lo llamen y lo hagan recapacitar, quiero sentir que no estoy sola y encontrar una salida". Estos datos muestran que la mitad de la población investigada no está dispuesta a emprender ninguna acción legal tal como separarse de sus parejas a pesar del maltrato y la infidelidad.

Como conclusiones tenemos elementos para rechazar la primera hipótesis de investigación y aceptar las hipótesis nulas, sin embargo la segunda hipótesis de investigación que plantea que aún existiendo maltrato por parte de sus parejas, las mujeres dan mayor importancia a la infidelidad que al maltrato, resultó cierta en tanto se observó, en las respuestas al cuestionario, que la infidelidad es un evento que asumen como algo que daña mucho sus relaciones de pareja en tanto provoca desconfianza y las daña emocionalmente ya que lo perciben como una muestra de falta de amor y de respeto. El maltrato, en cambio, las afecta emocional y físicamente pero atribuyen la causa a factores que están fuera del control de los hombres, es decir muchas lo ven como una consecuencia de "traumas de la

infancia", lo cual pareciera ser una forma de justificar la violencia. Como se describió en los resultados, muchas de las mujeres acudieron a buscar ayuda a UAVIF a partir de la situación de infidelidad y no del maltrato. Una de las consecuencias de la infidelidad es el abandono de actividades significativas, entre ellas el cuidado de los hijos, que fue un aspecto que muchas mujeres mencionaron en esta investigación.

La mayoría de la población evaluada lleva entre 8 y 14 años de relación con su actual pareja; en este rango se encontró que es cuando mayor número de mujeres reportaron vivir los tres tipos de maltrato y es el rango de tiempo en que un mayor número de ellas ubican el inicio de la infidelidad. También es en el que mayor número de mujeres presentaron depresión grave (3 casos). Ninguna relacionó el maltrato con la falta de amor. Parece entonces que el maltrato que viven las mujeres se atribuye a causas de la personalidad de los hombres, a cosas que han aprendido o a "algo" que ellas hacen. La infidelidad se ve como algo que pasa en la relación y es capaz de destruirla.

Para la investigación cualitativa se seleccionó un caso de la misma muestra; se eligió a una de las mujeres a partir de que presentaba una característica que contradecía las hipótesis planteadas en la investigación cuantitativa, es decir, ella tenía una actitud de desaprobación hacia la infidelidad y su nivel de depresión era leve. Ha vivido infidelidad y maltrato. Además, el tiempo de relación había sido de 10 años, lo cual se encuentra dentro del rango de tiempo en que se observó problemática muy específica como la depresión, los tres tipos de maltrato se presentaron juntos y en general, es una etapa de crisis relacionada con el ciclo vital.

Consideramos importante mencionar algunas características que según Ravazzola (1997) tiene la mujer condicionada por la socialización de género. Cree en los efectos positivos que el *amor* incondicional tendrá sobre la persona amada: "alguna vez, con amor, ella va a lograr cambiarlo"; cree en la generación espontánea de reciprocidad en el trato: "si yo lo trato bien, lo atiendo, él tiene que darse cuenta y cambiar"; cree que vale más tolerar y aplacar, que defenderse, y que si muestra algo de su fuerza y de su poder puede "provocar más al marido y agravar la violencia": "si lo enfrento, será peor"; cree que ella es la que tiene que aliviar el malestar de él: "como yo estaba cansada, no lo acompañe y ahí él se sintió muy solo"; cree que ella no tiene ningún poder para cambiar las cosas: "intenté de todo, pero yo no puedo con él. A veces si le habla mi padre, él se calma. Pero a mí ni me escucha".

Diríamos entonces que para las mujeres, su “no ver que no ven”, se relaciona con los mandatos de género recibidos a lo largo de su permanente proceso de socialización, que va configurando y reforzando las creencias. Ellas aprenden a estar pendientes de las necesidades y opiniones de los demás, de forma tal que se acostumbran a desestimar el registro de sus propias necesidades y opiniones (Ravazzola, 1997).

El estudio cualitativo fue un estudio de caso instrumental. El diseño utilizado fue de un caso único. El tipo de estrategia utilizada fue, entrevista a profundidad a partir de la determinación de las dimensiones (maltrato, infidelidad). Las categorías consideradas fueron creencia, sentimientos y acciones.

Respecto a los resultados, hay una coincidencia importante en la investigación cualitativa y la cuantitativa en lo referente a la manera en que viven, sienten y actúan con relación a la infidelidad y al maltrato; la infidelidad tiene un peso específico mayor y es causa de que acudan a solicitar ayuda, es algo que las hace sentirse deprimidas, devaluadas, a veces culpables y por lo tanto “merecedoras” de ese “castigo” que su pareja les impone. Respecto al maltrato, lo “soportan” porque es algo que conlleva el tener pareja, no es motivo para pedir ayuda, no lo consideran un acto de desamor y hasta es justificado; estas diferencias entre la manera de enfrentar el maltrato y la infidelidad, pueden estar asociadas a las construcciones sociales de género y a las construcciones sobre el amor y la idealización de la pareja. Por otro lado, en ambas investigaciones se observó que sí hay una tendencia a la depresión en estas mujeres.

De lo anterior podemos observar que las mujeres no consideran que el maltrato las lastima, que les están faltando al respeto, no perciben como “falta de amor” el maltrato que reciben; al contrario algunas lo justifican diciendo que ellas “han fallado”, “que no dan lo que su pareja les pide y por eso lo tiene que buscar por otro lado”, que les “pesa más la infidelidad a que las obliguen a tener contacto íntimo”.

Finalmente queremos mencionar que Castañeda (2002) propone que un paso importante que nos incumbe a todos, es reconocer que no somos únicos: los hombres machistas no son “especiales”, las mujeres sometidas por los hombres no sufren de una baja autoestima como resultado de un trastorno psicológico personal; se trata de patrones sociales que deben tener respuestas sociales. La principal sería, la educación. El machismo emocional conduce a una agresividad innecesaria, a fallas en la comunicación. Promueve la evasión de la responsabilidad personal, al facilitar la represión y la proyección de los sentimientos, y carga injustamente a las mujeres el grueso del trabajo emocional. Las

mujeres no tienen por qué ser las encargadas de la vida afectiva; aparte de ineficiente, este arreglo genera un sinfín de mal entendidos y conflictos.

III.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZAS Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.

Como parte de la formación y ejercitación de habilidades que capaciten al alumno de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología, se contempla la elaboración de material didáctico, útil para el aprendizaje y la enseñanza de las técnicas y estrategias de intervención terapéutica, tales como videos, manuales, programas, entre otros. También se incluye la producción de materiales escritos como folletos, cuadernillos, para la difusión y atención a la comunidad, con énfasis en la prevención primaria. Se elaboraron dos videos; tres manuales, una reseña histórica de la Terapia Familiar, y un tríptico.

Elaboración de productos tecnológicos.

- Elaboración del video: "Aplicación de Técnicas de Terapia Familiar Estructural". Duración 20 min.

Objetivo:

- Que el alumno del Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología ponga en práctica y aprenda en un caso simulado, las técnicas de la Terapia Familiar Estructural.

Aplicación:

- Estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología o estudiantes que reciban entrenamiento en Terapia Familiar Estructural.

Justificación:

- Los métodos empleados para el entrenamiento y formación del terapeuta varían desde la observación del modelamiento de los expertos hasta la inclusión de técnicas audiovisuales donde el terapeuta experimenta y practica las técnicas para la intervención.

- Elaboración del video didáctico: "El Modelo Estratégico". Duración 20 min.

Objetivo:

- Representar de manera audiovisual, dos problemas específicos y su abordaje terapéutico, a través del uso de técnicas del Modelo Estratégico con el propósito de sistematizar una guía de consulta y de estudio para los terapeutas.

Aplicación:

- A terapeutas en formación en Terapia Familiar.

Justificación:

- Consiste en presentar un método didáctico que permita aprender a través del video "estrategias terapéuticas", ya que se tiene que guardar una relación armoniosa entre los conceptos y las prácticas que transmite. Todo esto con el fin de adquirir las destrezas necesarias para entrevistar, ubicar el problema a tratar y seleccionar las estrategias necesarias, según el modelo con el cual se interviene. A través del video se puede ver en conjunto y en acción al terapeuta y a la familia, diálogos, tonos de voz, movimientos corporales, cambios de postura, modos de sentarse del consultante, uso del lenguaje no verbal, etc.

Manuales de Técnicas de los Modelos: Estructural, Terapia Breve enfocada a Problemas y Orientada a Soluciones

- Elaboración del "Manual de Técnicas y Estrategias de Terapia Breve".

Objetivos:

- Proporcionar al terapeuta en formación y con poca experiencia una guía para la consulta de las técnicas y estrategias de intervención específicas de cada modelo.
- Mostrar a través de ejemplos reales la manera en que se pueden aplicar.
- Crear en el terapeuta la motivación para ahondar en la comprensión y aplicación de cada técnica presentada.

Aplicación:

- Está dirigido principalmente a los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología, pero puede ser difundido a otros ámbitos o instituciones relacionadas con la formación de terapeutas sistémicos.

Contenido:

- Incluye las principales técnicas de intervención y las estrategias para el manejo de las maniobras del terapeuta; el establecimiento del marco del tratamiento; la entrevista inicial; la postura del paciente; la planificación del caso y los procedimientos clásicos.

- Elaboración del "Manual de Técnicas y Estrategias de intervención de Terapia Estructural".

Objetivo:

- Presentar de manera condensada el trabajo realizado por Salvador Minuchin y que está presente en uno de sus libros más importantes: "Técnicas de Terapia Familiar" (Minuchin y Fishman, 1991).

Aplicación:

- Dirigido a estudiantes en Terapia Familiar Sistémica y de la carrera de Psicología, a profesionales dedicados al trabajo clínico.

Contenido:

- Maniobras para el reencuadre, la consolidación y reestructuración, así como las de coparticipación del terapeuta con la familia.
- Ejemplos de aplicación.

- Elaboración del "Manual de Técnicas y Estrategias de intervención de Terapia Breve Orientada a Soluciones".

Objetivo:

- Presentar de manera sintética y práctica las técnicas para el abordaje terapéutico del modelo.

Aplicación:

- Dirigido a estudiantes en Terapia Familiar Sistémica y de la carrera de Psicología, a profesionales dedicados al trabajo clínico.

Contenido:

- Antecedentes y autores. Árbol de decisiones para el abordaje terapéutico, clasificación de preguntas propias del modelo, elaboración de objetivos terapéuticos.

- Elaboración de folletos: proporcionan información sintética sobre los temas de interés en los niveles de intervención primaria o preventivos profesionales y a la comunidad en general.

- Elaboración del contenido del Folleto "El Ciclo Vital de la Familia".

Objetivo: La difusión de material escrito sobre el Ciclo Vital de la Familia, que ayude a la prevención de problemática que ocurre durante el cambio de una etapa del Ciclo Vital a otra.

Dirigido a padres de familia o público en general.

- Elaboración del contenido del Folleto "Un siglo de Historia en la Terapia Sistémica y Cibernética".
Objetivo: Identificar los autores, encuentros, publicaciones, proyectos y eventos más importantes ocurridos, que posibilitaron el desarrollo de la Terapia Sistémica y Cibernética. Objetivo: Identificar el desarrollo de la Terapia Familiar y ubicar el surgimiento de cada uno de los modelos desde la Epistemología de los Sistemas, Cibernética y los Significados. Así como conocer a los principales representantes.
Dirigido a los interesados en el tema: terapeutas, epistemólogos y psicólogos.

Desarrollo de programas de intervención comunitaria.

- Elaboración del programa: "Propuesta de Intervención en Crisis. Terapia Breve con Enfoque Psicodinámico".
Objetivo:
➤ Abordar la crisis surgida ante las nuevas demandas del Ciclo Vital, que enfrenta una mujer joven, abusada sexualmente durante su infancia. El objetivo terapéutico es reducir los síntomas generados por la crisis de angustia.
Contenido:
➤ Métodos de terapia breve con enfoque psicodinámico: asociación libre, interpretación, transferencia positiva, comunicación, insight, elaboración e hipnosis y fármacos.
- Implementación del "Taller de Comunicación No Violenta (CNV)".
Objetivo:
➤ Dar a conocer un modelo de comunicación que permita el entendimiento mutuo, aún entre personas muy conflictuadas. Se pretende que aprendan a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.
Contenido:
➤ Comunicación no violenta, observar sin evaluar, identificar y expresar los sentimientos, asumir la responsabilidad de nuestros sentimientos y necesidades, cómo pedir a los demás para enriquecer nuestras vidas.

Aplicación:

- Dirigido a trabajadoras universitarias de la FES Iztacala, desde secretarias hasta investigadoras, en dos sesiones de tres horas cada sesión.
- Ponente del Taller Terapéutico: "Creando nuevas historias de la enfermedad crónica con Estrategia Ericksoniana y Terapia en Red", con una duración de 30 horas, durante los meses de marzo a junio de 2003, en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla (ISSSTE).

Objetivo:

Que el taller sea un recurso en sí mismo para apoyar a las personas con enfermedad crónica y para aquellas personas que están cerca de ellas.

Aplicación:

Este taller se orientó a utilizar los recursos de la persona para que logre la comprensión de lo que la enfermedad hace en su vida, contribuye al crecimiento personal en contra de la derrota, la desesperación, desesperanza. Se aplicó Hipnosis Ericksoniana, la cual tiene como principios que la persona opere con base en sus recursos internos y externos presentes en el cuerpo y experiencia de vida. El taller favorece encontrar o redescubrir esos recursos y con ello modificar la manera de entender el problema de salud, de tomar los cuidados necesarios para que la enfermedad se controle, que deje de avanzar y pueda en algún sentido ser una maestra benévola en la vida de las personas.

- Ponente del Taller: "Prevención del Abuso Sexual", con una duración de 5 horas, el 19 de mayo de 2003, en el Jardín de Niños "Ma. Elena Chanes", Tlalnepantla, Edo de Mex.

Objetivo:

Prevenir el abuso sexual infantil.

Aplicación:

Proporcionar a padres de familia elementos para el manejo de la educación de la sexualidad de sus hijos, orientada a la prevención del abuso sexual a través de reflexiones y ejercicios vivenciales.

Actividades de difusión del conocimiento.

- Organizadora de la presentación del libro de la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo: "La Teoría Sistémica, alternativas para investigar el Sistema Familiar". México, UNAM. FES Zaragoza. 27 de febrero de 2002.
- Ponente del Taller: "Hipnosis y su aplicación al Abuso Sexual". Centro para el Desarrollo y la Investigación de la Psicoterapia Sistémica, CEDIPSI. México, 01 de marzo de 2002.
- Ponencia: "Reflexiones sobre el trabajo clínico en equipo reflexivo". Presentado en el XIX Congreso Nacional: Clínica y Educación en la Salud Mental Comunitaria. Federación Mexicana de Salud Mental y Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México, UNAM. FES- Iztacala. 18 de abril de 2002.
- Ponencia "Abordaje terapéutico en familias con alguna enfermedad crónica". Presentada en el Segundo Coloquio Nacional de Investigación Estudiantil en Psicología. México, UNAM. FES Iztacala, 24 al 26 de abril de 2002.
- Ponente y Supervisora del Módulo: "Narrativa y Psicoterapia" impartido a especialistas en terapia familiar, con una duración de 40 horas, de noviembre de 2002 a marzo de 2003, en el Centro para el Desarrollo y la Investigación de la Psicoterapia Sistémica, S.C.
- Ponente del Trabajo: "Conviviendo con la Enfermedad, creando nuevas historias con Hipnosis Ericksoniana", el 23 de mayo de 2003, durante el 4to. Encuentro de Terapeutas Ericksonianos de América Latina, en la ciudad de Cuernavaca Morelos.

Objetivo:

Presentar los avances de la Terapia Ericksoniana. Dirigido a: Psicólogos, trabajadoras sociales, terapeutas familiares, médicos, pedagogos y profesionales afines.

Contenido:

Durante el Encuentro se presentaron los fundamentos de la Terapia Ericksoniana, y las técnicas propias para el abordaje de enfermedades crónicas. Se fundamentó la aportación de la terapia de red como una modalidad clínica útil en el manejo de la enfermedad.

Ponente de los siguientes talleres a especialistas en terapia familiar:

- Curso- taller "Hipnosis y Abuso Sexual", con una duración de 12 horas, los días 16, 23 y 30 de agosto de 2002, en el Centro para el Desarrollo y la Investigación de la Psicoterapia Sistémica, S.C. (CEDIPSI).
- Curso- taller "La Hipnosis en la Intervención Terapéutica", con una duración de 8 horas, los días 2 y 9 de septiembre de 2002, en el evento Organizado por la Residencia en Terapia Familias Sistémica del Programa de Maestría en Psicología, en la FES Iztacala, UNAM.
- Ponente del taller "Juventud y Pareja" dirigido a estudiantes de Licenciatura, con una duración de 20 horas, expuesto los días 11, 12, 18, y 19 de noviembre de 2002, en la Unidad de Posgrado de la FES Iztacala, UNAM.
- Participante en la integración y presentación del Reporte de Actividades de la Residencia de Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología, realizada en la Sede CCH Azcapotzalco (2002)

III.4 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ETICA PROFESIONAL.

El hecho de haber desarrollado a lo largo de nuestras vidas, prácticas, emociones y juicios morales, orienta nuestra forma de comportarnos y nos genera también expectativas respecto al comportamiento de los demás. Las expectativas producen emociones cuya reflexión califica, explica o justifica el comportamiento. Por ello es importante reflexionar sobre los aspectos éticos involucrados en las prácticas terapéuticas, la cual es ya en sí misma una habilidad del terapeuta, así como lo es la capacidad de moverse de un punto a otro, abandonando, si es necesario, los constructos conocidos sobre los dilemas humanos y sobre el ejercicio profesional entre otras cosas.

Es a la luz de nuestras experiencias y expectativas relativas a los juicios morales sobre el comportamiento, que evaluamos la responsabilidad moral de una persona y su quehacer ético y dentro de éste, sus responsabilidades y decisiones sobre lo que es o no ético; pero ¿quién dicta estos comportamientos éticos? Se ponen en juego la diversidad de construcciones sobre lo que es bueno y malo, pero también la tolerancia, el poder y los límites (Pérez, 2001); cualquier forma de abuso es sostenible en discursos de poder y verdad cuyo componente principal es la violencia que se ejerce sobre las mentes y los cuerpos de las personas. Por lo tanto, ser ético implica por necesidad incorporar la diversidad y la tolerancia a nuestros modos de entender y estar en el mundo, sin fragmentarlo de acuerdo a nuestra conveniencia. Ser ético es oponerse a cualquier forma de violencia.

Por ejemplo, si un valor importante en el trabajo clínico es el respeto hacia las costumbres, valores y cultura de nuestros consultantes, ¿cómo actuar cuando en ellos se arraigan costumbres asociadas a relaciones de poder? Esta pregunta surge cuando alguien que posee una jerarquía mayor aplasta desde esa posición a otro con jerarquía menor, como es el caso de los hombres que violentan psicológica, sexual o físicamente a las mujeres con quienes se relacionan, o del jefe que impone su criterio sin valorar el esfuerzo de su empleado, o del profesionista que impone una terapia sin dar explicación alguna a su paciente. Podríamos nombrar una lista infinita de interacciones de este estilo, pero algo importante es no convertirse en cómplice de una forma de relación que lastima y al mismo tiempo entender a quien la ejecuta, con el fin de que juntos la cuestionemos. Es importante hacer que el consultante que golpea con sus palabras y acciones se sienta entendido y desee participar en la revisión de cómo a él lo limitan y perjudican estos roles; que se empiece a cuestionar ¿qué lo lleva a someterse a ellos sin juzgarlos? Dice Savater (1998) "no somos libres de elegir lo que nos pasa, sino

libres para responder a lo que nos pasa de tal o cual modo... Para esto, es necesario hacer un profundo análisis acerca de cómo resolver los dilemas morales" (p. 29).

¿De qué manera el terapeuta puede estar alerta respecto a la forma en que interviene? o bien ¿qué factores debe considerar con el fin de conservar una postura de respeto que promueva la responsabilidad y la decisión abierta de los consultantes? Un elemento podría ser tener en cuenta su propia historia. Para Sluzki (1984), la historia es aquello que hacemos de los sucesos organizados en una manera dada por su valor representativo en relación con acuerdos presentes o actuales acerca de las cosas; simboliza acuerdos presentes acerca de valores, objetivos y "constructos" compartidos entre nosotros, los miembros de la familia y en algunos casos entre nosotros y el resto del mundo.

De lo anterior se puede desprender que la historia del terapeuta lo acompaña y puede sintonizar o alejarse de la historia de la familia que lo consulta; puede ser fuente de enriquecimiento o de imposición en caso de que no estuviera dispuesto a escuchar o comprender otras historias y con ello otros valores y constructos.

Otro elemento que puede ser útil es el reservorio de acuerdos compartidos que está constituido por los comportamientos sintomáticos y su contraparte, los no sintomáticos. Para Sluzki (1984), los síntomas son eventos de la vida cotidiana amplificados y mantenidos con la coparticipación del resto de la red significativa. Existe un encaje entre síntomas, historia familiar y estilo interactivo. Por ejemplo, la distancia entre tristeza y depresión depende de si ese rasgo de comportamiento y el comportamiento complementario de los otros, ha sido capturado por una pauta interactiva e incorporado como un recordador o activador valioso o poderoso acerca de los puntos de vista colectivos, "acerca de cómo son las cosas" en nuestra familia y en nuestras relaciones con el mundo en general. Esta situación por supuesto es válida para todos los elementos del sistema terapéutico (incluido el terapeuta).

Lo anterior sugiere que si se tiene sólo un martillo, es fácil que sólo se "encuentren clavos"; si para el terapeuta tiene significado el síntoma seguramente encontrará alguno en sus consultantes, o no lo encontrará si por el contrario no está interesado en atacar síntomas: hay parejas que pelean o discuten intensamente de una manera habitual, mientras que otras no pelean nunca. ¿Es esto sintomático o no? Sin duda, si el terapeuta se lanza a la búsqueda de todo aquello que considera anómalo, se transforma en un vigilante normativo que, por su jerarquía, tiene el poder de definir el rumbo y el contenido de los cambios terapéuticos. Definir los objetivos terapéuticos de manera normativa o no, significa de hecho, una importante restricción en la tarea del terapeuta ya que puede de hecho atacar su omnipotencia, en aumento de la humildad y la eficacia.

Es cuestión de ética decidir qué es lo que se quiere hacer. Savater (1998) dice... "hay que alejarse de cuantos quieren dirigirte desde afuera y plantearte este asunto desde tí mismo, desde el fuero interno de tu voluntad. Si deseas saber en qué puedes emplear mejor tu libertad, no la pierdas poniéndote ya desde el principio al servicio de otro o de otros" (p. 69). Este camino lleva en nuestra era posmoderna al punto de generar una gran capacidad de responsabilidad al elegir aquello que es bueno para la vida de cada uno.

Pero, también las teorías son historias, los modelos de terapia lo son, algunos ayudan a reescribirlas, otros le dictan al terapeuta y al paciente cómo hacerlas; sobre todo ello podemos realizar una reflexión ética: "los principios éticos, pasan a ser de pronto posesión de una escuela o modelo teórico que postula una determinada verdad impositiva", (Pérez 2001, p. 126).

Sin embargo, la ética también plantea algunos dilemas en la práctica de la terapia; ejemplo de ello es el caso de la violencia familiar; tomar la postura de solicitar a los consultantes el cese del maltrato es incluso un requerimiento legal que el terapeuta estaría obligado a cumplir y sin dejar de ver a las personas. Dijo una voz... "primero tenemos que ser éticos antes que terapeutas" (Pérez 2001, pág. 130), cuando se trata de violencia.

En este sentido, es útil mantener el pensamiento de Savater (2003) "el reconocimiento de nuestra humanidad en el otro", o la reflexión de Foucault en la que propone como meta de la ética, "alcanzar la existencia más digna de un sujeto racional y libre, pero también apasionado, sensual, y ávido de alegría...". (Foucault 1980, citado en Rubli y Franklin, 2001, p. 74).

Otro dilema ético es el secreto; el que guarda la familia hacia afuera del sistema y dentro del mismo de un subsistema a otro y de cómo hacen que participe el terapeuta. La persona que ha sido objeto de abuso sexual vive vergüenza y ante ella, siente culpa, experimenta aislamiento y resentimiento por no ser protegida, entre otras cosas. ¿Qué camino puede tomar el terapeuta, si se le solicita no hablar? Guardar el secreto al resto de los miembros de la familia y trabajar otras demandas que son propuestas a la par. Guardando silencio se puede llegar a ser isomórfico al sistema, reproduciendo situaciones encubiertas, desprotegiendo a la víctima, sin reflexión hacia las consecuencias posteriores; en este sentido, ¿hasta dónde se es isomórfico con el abusador?

Una propuesta es reflexionar juntos sobre las consecuencias e implicaciones de guardar el secreto antes de iniciar la terapia; en el caso de los padres, hacer énfasis en su responsabilidad de proteger a su hija(o) que ha sido objeto de abuso; aclarar la posición del terapeuta respecto a esto y reenmarcar el respeto que debe a su trabajo y a la familia. "Ser terapeuta implica algo más que un

quehacer. Implica un compromiso, por principio social y humano, que se erige en esa matriz de emergencia que es la psicoterapia. Pero ésta requiere necesariamente de una acción esperanzadora, ética y estética", (Pérez 2001, p. 137).

Para White (2002), existe el riesgo de privilegiar el micromundo de la terapia por encima de los macrocontextos de las vidas de las personas. La sobrevaloración del micromundo de la terapia es consecuencia de la centralidad del terapeuta y contribuye significativamente a generar experiencias de agobio, fatiga y agotamiento. Además, la centralidad del terapeuta establece las condiciones que favorecen la vulnerabilidad. De ahí que hable de una ética de la colaboración.

Cuando el terapeuta desarrolla este tipo de práctica, existe el riesgo de que las relaciones de poder estructuradas alrededor del conocimiento se hagan invisibles en las conversaciones terapéuticas, reduciendo la posibilidad de encararlas. Privilegiar el micromundo de la terapia está asociado con la idea preconcebida de que el terapeuta está exento de estas relaciones de poder. A medida que cada vez se tome menos en cuenta el desarrollo cotidiano de la vida de las personas y se convierta en un contexto para la reproducción de lo que los terapeutas "saben", la terapia deja de brindar oportunidades al terapeuta para pensar de otro modo.

White (2002), plantea algunas ideas para evitar las consecuencias negativas del trabajo terapéutico:

1. Ejercitar el compromiso de identificar y hacerse responsable de los efectos de su trabajo sobre las vidas y las relaciones de los consultantes.
2. Contribuir al reconocimiento de las relaciones de poder de la vida cotidiana que constituyen el contexto para los problemas que las personas llevan a la terapia.
3. Contribuir al reconocimiento de las relaciones de poder de la terapia misma y controlar esa relación de poder.
4. Establecer la terapia como un contexto en lo que lo central sea la conciencia y los conocimientos de las personas que consultan.

En una perspectiva diferente a la anterior, Minuchin (1991) propone que el terapeuta debe poseer conocimientos sobre las características de las familias como sistemas, el proceso de su transformación y la participación del terapeuta en ese proceso. El terapeuta entra en posesión de dos diferentes haces informativos: uno es la dinámica de la situación humana, el otro las operaciones específicas del encuentro terapéutico. Es como si se tuviera una lista de palabras en una mano y un poema épico en la otra. La centralidad del terapeuta es evidente, sin embargo, al analizar estas posturas

es evidente que no es un autor más ético que el otro sino que el análisis denota el movimiento de la Terapia Familiar desde sus primeros autores y momentos, hasta las posturas epistemológicas posmodernas.

Minuchin acepta su jerarquía como terapeuta, incluso le parece útil para llevar a la familia al punto del bienestar, se hace responsable de su saber, lo perfecciona para apoyar al otro, al que tiene un problema; citando nuevamente a Savater... "y queremos también ser tratados como humanos, porque eso de la humanidad depende en buena medida de lo que los unos hacemos con los otros. El melocotón nace melocotón, el leopardo viene ya al mundo como leopardo, pero el hombre no nace ya hombre del todo ni nunca llega a serlo si los demás no le ayudan", (Savater, 1998, págs. 77 y 78).

"Todos estamos determinados por el hecho de que hemos nacido humanos y, en consecuencia por la tarea interminable de tener que elegir constantemente, tenemos que elegir los medios juntamente con los fines. No debemos confiar en que nadie nos salve, sino conocer bien el hecho de que las elecciones erróneas nos hacen incapaces de salvarnos".

Erich Fromm, El corazón del hombre.

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

Existe una historia del porqué me orienté a la psicoterapia. Al terminar la carrera de Psicología me sentía con los mínimos elementos para incidir en la atención a los problemas de las personas que en ocasiones me consultaban; estaba un poco decepcionada puesto que “sabía” un poco de algunos temas y nada a “profundidad”. Además, como persona, me daba cuenta que no alcanzaba a formar parte de los sujetos “normales” explicados en las teorías que eran la “verdad” relatada a través de las palabras de mis profesores; entonces, aparte de ignorante me sentía culpable por no alcanzar los cánones de la normalidad.

En la búsqueda encontré en una librería un texto titulado “Concierto para cuatro cerebros” (Robles y Abia, 1990). Leí con interés lo referente al Constructivismo y los principios Ericksonianos: “la realidad se construye; la terapia tiene que ser cortada a la medida de cada persona porque somos diferentes”. Estas palabras me reivindicaron con la Psicología e hicieron realidad la idea de “poder ayudar a las personas”, un sueño con el que se filtran algunos aspirantes a la carrera de Psicología y yo no fui la excepción, sólo que nunca lo manifesté abiertamente por las duras críticas de los expertos, que cuestionan la idea de que alguien pudiese elegir una carrera con la intención de resolver sus problemas o ayudar a su familia.

Así como el Constructivismo y los principios Ericksonianos entraron a mi formación profesional vía mi historia personal, más tarde lo hizo la Terapia Familiar Sistémica; el hecho de saber que no existe una persona que sea la causante del malestar familiar y que lo que las personas hacen en principio lo llevan a cabo porque es lo mejor que pudieron hacer, me pareció justo y amoroso. Encontré además un campo que me brindaba múltiples herramientas comprensibles para intervenir en la atención a los problemas, y maestros que colaboraron conmigo para encontrar lo que llamo mi vocación, el Dr. Daniel Nares Rodríguez y la Dra. Carmiña Araujo.

En este campo he aprendido en estos años a sembrar pensamientos, observar el momento propicio para la siembra, observar el tipo de tierra sobre la que hay que sembrar, para luego cosechar el jugoso fruto de la experiencia de vida de las familias que nos comparten sus historias.

La experiencia ha sido rica por la diversidad, apasionante porque siempre hay algo nuevo en el camino y porque en alguna parte eso nuevo proviene de mi propio movimiento: en la vida, en la profesión, en mi familia, en el mundo que me rodea; de la misma forma que proviene de los expertos que con su capacidad de observación, discernimiento, inteligencia y muchas horas de trabajo duro,

hacen la diferencia para aquellos que estamos dispuestos a indagar, a tener curiosidad, a poner a prueba los aprendizajes, a inventar nuevas preguntas, a crear la duda al lado de la certeza, para que al fin, la creatividad pueda arribar a nuestras interacciones con los consultantes, con las preguntas teóricas o filosóficas iniciales. Ser un poco loco y tal vez generar que el otro se ría de nuestro invento. Recuerdo un cuento que me evoca en cierta forma ese proceso de aprender la terapia:

"Hace mucho tiempo un Dios bueno quiso poner a prueba los aprendizajes de los hombres y reuniéndose con ellos les planteó la siguiente pregunta: ¿cuál es la esencia del hombre, de que está hecha su alma?.

Yo, dijo Dios, les ofreceré la mitad de la respuesta y ustedes buscarán la otra mitad. El fuego, es la mitad de su esencia, sí, el fuego transformador, constructor, fuerte, caliente, abrasador.

Ahora, dijo Dios, ustedes deberán encontrar la otra mitad de su esencia, algo que dentro del fuego pueda permanecer, sin ser quemado, algo que ahí dentro sea uno con el fuego. Por favor, dijo Dios, busquen desde su corazón.

Y los hombres y mujeres ahí reunidos, unos humildes otros poderosos, con todos sus defectos, cualidades, bondades, maldades, corduras y locuras... de inmediato pensaron en aquello que podrían poner en el fuego que no fuera destruido.

Uno muy rico, trajo lingotes de oro los colocó en el fuego y después de un tiempo el oro se fundió.

Otro trajo piedras y después de un tiempo al calentarse se abrieron haciéndose cenizas. Muchos fueron y vinieron, trayendo objetos fuertes y pesados, pero nadie encontraba la otra mitad de la esencia.

Mientras tanto, un hombre callado, observando a los otros simplemente tomó en sus manos un poco de barro que por ahí encontró y mezclándolo con agua empezó a jugar con él cuando se dio cuenta, sin querer había elaborado una pequeña vasija de barro.

Los demás hombres se rieron de él cuando la llevó al fuego y la colocó ahí... después de un tiempo esa vasija frágil en combinación con el fuego tomó una textura diferente, aunque siguió frágil.

Todos los hombres ahí reunidos quedaron admirados de cómo la vasija permanecía en armonía con el fuego. Hasta ese hombre callado y observador se asombró del descubrimiento y en ese momento el Dios bueno les dijo...

... Esa es la otra mitad de la esencia del alma del hombre".

J.B.G.

Un poco así he asimilado la Terapia Familiar, observando, aprendiendo del error, interactuando con el fenómeno estudiado, asombrándome de los descubrimientos de personajes que como Bateson, supieron conectar la ciencia con la cotidianidad individual y social, otorgándole sentido a las siguientes preguntas... ¿Cómo interactúan las ideas? ¿Existe algún tipo de selección natural que determina la

supervivencia de algunas ideas y la extinción o muerte de otras? ¿Qué suerte de economía limita la multiplicidad de las ideas en una determinada región de la mente? ¿Cuáles son las condiciones necesarias para la estabilidad (o supervivencia) de tal sistema o subsistema?

Considero que estas preguntas dieron pie al desarrollo de la epistemología sistémica y posmoderna; las respuestas han alcanzado para que el pensamiento teórico se diversifique y se aplique a modelos de terapia creativos, innovadores, centrados en la solución de los problemas, en el aquí y ahora y en el futuro. Estos modelos dieron un salto de lo intrapsíquico individual, de lo causal a lo circular, relacional y social; recuerdo las siguientes palabras de Erickson al referirse a Freud... "era un genio para develar las complejidades del comportamiento humano pero con poca pericia para ayudar a la gente a cambiar".

Bateson es considerado como el Leonardo da Vinci de nuestra época, un investigador que supo integrar la ciencia con la filosofía, el arte, la técnica, la política, la ética y la visión religiosa de la vida.

Los planteamientos de Bateson fueron la estructura de la postura epistemológica constructivista, su idea central de que creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad fuera de nuestras cabezas, sino porque nosotros seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos. Por ejemplo, el hombre que cree que los recursos del mundo son infinitos, y que si algo es bueno para uno, cuanto más se tenga de ello, mejor, no será capaz de ver sus errores, porque no buscará indicios de ellos.

Estas premisas pueden llevar a la reflexión, en un sentido coloquial, de que los seres humanos somos arquitectos de nuestro propio destino y que de la misma forma que nos construimos "verdades" que nos limitan podemos, si así lo deseamos, construir otras que sean más útiles. Pero ¿cómo modificamos estas certezas?

Para que una persona cambie las percepciones básicas que determinan sus creencias (sus premisas epistemológicas), tiene que tomar primero conciencia de que la realidad no es lo que necesariamente cree que es. Lo anterior no es fácil de llevar a la práctica y el momento que marca el camino al cambio se ubica cuando existe una disonancia entre la realidad en la que estamos parados y las creencias que por su estrechez resultan falsas o limitadas; sólo entonces le es posible a la mente considerar ideas y percepciones radicalmente diferentes.

Aunque nada hay que garantice que las nuevas ideas serán mejores que las viejas, tal vez lo que tiene que pasar es el movimiento continuo, el pensar a fondo sobre las cosas que ya no funcionan en nuestra vida, mirar desde diferentes posiciones con nuevos lentes cada vez.

Volviendo al punto de mi formación como terapeuta, el comprender las construcciones tan diversas de los consultantes ha requerido, en mi caso, de práctica continua, del repaso de los elementos teóricos que van adquiriendo otras dimensiones al ser releídos y una modificación de mis propias creencias al ser rehistoriadas.

Pero, ¿cómo era el ambiente que influyó mi formación como terapeuta? ¿qué se decía, o hacía en los cursos? Los expertos mostraban el modelo a tratar, la teoría y la metodología para intervenir y en muchos casos los estudiantes mostraban alguna inclinación por saber más acerca de las técnicas o los pasos a seguir en la terapia ante cierto tipo de problemas, se interesaban por ésto, más que por la asimilación de la nueva epistemología o los conceptos básicos del campo. Mi impresión es que el cambio o salto epistemológico, en el pensamiento y la propia vida, y en la práctica profesional del terapeuta no aparecían y por lo tanto continuaban siendo lineales en las intervenciones y formas de entender los problemas de la familia.

Algunos autores (Minuchin y Fishman, 1984) han mencionado que se “olvide” la técnica cuando se esté frente al consultante, precisamente como una forma de entender su vida y conectarse con ese ser humano en particular. Tal vez esto fue tomado muy literalmente y el terapeuta se esforzaba en olvidar y al mismo tiempo en querer saber cómo intervenir; tal vez se sentía incompetente al no poder cumplir con este requisito o tal vez se animaba a trabajar con familias sin poseer algunos elementos teóricos mínimos comprendidos.

Considero que el terapeuta sistémico debe poseer los conocimientos teóricos que se manejan en el enfoque, para poder realizar las operaciones específicas que se requieran en el encuentro terapéutico; por ejemplo: las características de los sistemas, los conceptos en los que se fundamenta, la epistemología en que se basa; las características de la familia y el proceso de su transformación y las habilidades específicas para realizar la terapia como pueden ser: capacidad para entender y entrar en la dinámica de la situación humana interpersonal, capacidad de observación del proceso terapéutico, utilización de técnicas de enganche y de alianza terapéutica, evaluación del tipo de problema y las opciones de solución, instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, entre otras.

Los constructos teóricos epistemológicos le sugieren al terapeuta las metas y estrategias terapéuticas que a su vez gobernarán sus intervenciones y además, le permiten sentirse parte de un sistema terapéutico cuando en su formación se integra en un equipo que observa y con un supervisor que interviene directamente en el momento. Considero que sentirse parte de un sistema, ya sea en el

equipo o con las familias, es parte del aprendizaje necesario. A medida que se avanza en el tiempo uno puede tener la sensación de que hace ciertas cosas bien, ya sea en el manejo de algunas técnicas o en la cercanía, validación y comprensión de lo que le ocurre a la familia, entre otras cosas. Estos elementos pueden ir conformando el estilo personal del terapeuta.

Creo que la terapia es como el arte, el pintor aprende a través del tiempo y del dominio de la perspectiva, el color, por ejemplo; tal vez en el inicio su interés está enfocado en buscar las tendencias que más le gustan, a los pintores con los que se identifica, los repite, los admira y en el clímax de su proceso creativo, se aparta de ellos para generar un estilo propio, habiéndose sometido a la repetición y práctica constante.

La participación en el equipo le puede facilitar al terapeuta el encontrar sus lados fuertes así como sus debilidades, su repertorio de acciones espontáneas que lo distinguen, la comprensión del movimiento sistémico con la familia; varios ojos pueden desde luego brindar más de una versión sobre lo que se observa. A medida que el terapeuta adquiere práctica y experiencia, empieza a descubrir que hace adecuadamente las cosas, se perfila un estilo que se adecúa a su persona; empieza a discernir las múltiples similitudes que existen bajo las discontinuidades superficiales de las interacciones familiares.

Entonces, el contar con un equipo, no sólo contribuye a que se escuchen diferentes puntos de vista; también facilita en el terapeuta ser parte de un sistema y observar cómo es influido por los otros e influye en los otros; le permite ser capaz de observar la retroalimentación entre todas las partes del sistema terapéutico total.

Desde la Cibernética de segundo orden, el terapeuta forma parte de lo observado con todo lo que él es, lo cual me parece humano y muy congruente con la postura Constructivista. Esta visión de segundo orden, es retomada por los diferentes autores poniendo énfasis en aspectos diversos, ejemplo de ello es lo comentado por Mony Elkaim sobre las resonancias que se encuentran cuando la experiencia del terapeuta es semejante a la de los consultantes y se da una empatía y una cercanía que posibilita el entendimiento entre ambas partes del sistema.

Lo anterior rescata la parte afectiva de la relación terapeuta- consultante que no aparece en otros modelos sistémicos. El terapeuta tiene una experiencia de vida que en algún sentido se refleja en su trabajo; me parece poco ético ignorar esto, ya que puede facilitar o entorpecer la relación con sus consultantes

De acuerdo con Sluzki (1985), "el proceso que conduce a percibir la manera en que son las cosas se construye desde el mismo nacimiento a través del consenso. El proceso de búsqueda y retención del

consenso es lo que otorga a la realidad un cierto grado de estabilidad colectiva y por lo tanto individual. De hecho, este compartir de un conjunto de puntos de vista así como mapas en común yace en la base de la experiencia del pertenecer, de la experiencia de ser parte de un colectivo. No es sorprendente así que, dado que la familia es el agente socializante principal para los individuos, dada la calidad y el simple volumen de los mapas compartidos por la familia inmediata, el sentimiento de confirmación mutua de puntos de vista compartidos y por lo tanto de pertenencia es máximo en este grupo" (p. 55).

Sluzki expresa que el terapeuta también es un constructor de realidades, señalando con ello la postura Constructivista y de la Cibernética de segundo orden, donde el observador organiza la realidad a través de sus propias representaciones; en este sentido, las observaciones que hace el terapeuta de la familia como por ejemplo: jerarquías, reglas familiares, son sólo construcciones consensuadas compartidas entre los terapeutas para dar explicación a lo que ocurre en ella.

Seguramente la familia que participa en la terapia experimenta sus comportamientos dentro y fuera del consultorio como espontáneos; si bien el terapeuta puede experimentar que la familia vive en medio de "realidades" o "regularidades" bien restringidas, los miembros de la familia perciben su comportamiento como la "mejor manera de comportarse" o "así es como nosotros somos". Dice Sluzki (1984) que, de acuerdo con lo anterior, las prescripciones directas por parte del terapeuta recomendando un cambio en las reglas de interacción o en los comportamientos de los participantes conducen a más de lo mismo; por lo tanto, los cambios no pueden ser prescriptos; pueden darse mediante una modificación cuidadosa del encuadre de referencia de los comportamientos.

Lo anterior me lleva a pensar en la ética del terapeuta al incidir en el cambio; lo que la familia cambia ¿tiene que ver con lo que al terapeuta le parece más saludable desde la teoría que maneja? ¿o con la postura ante la vida, las posibilidades y necesidades de la familia? ¿o es que en el consultorio se produce un intercambio de posturas que quedan a la elección de los consultantes? Entender lo ético es favorecer la elección de un "estar bien en la vida"... el que toma decisiones sin que nadie por encima suyo le dé órdenes, es consciente de lo real de su libertad; es responsable en el sentido de que cada uno de sus actos lo construye, lo define y lo inventa (Savater, 1998).

Desde mi punto de vista, el terapeuta tiene en sus manos la posibilidad de sembrar las semillas de múltiples versiones y encuadres del problema y de la posible solución, de tal manera que se cree una atmósfera de posibles elecciones, ya que al elegir lo que se quiere hacer, la persona se transforma poco a poco.

El compromiso del terapeuta es crear estas posibilidades desde una posición de respeto, honestidad y amor hacia su trabajo, de tal forma que lo pueda dar a conocer y enrolar a quienes necesitan de escuchar nuevas versiones, o curar viejas heridas.

Dentro del trabajo clínico realizado durante la residencia pude notar que la Terapia Familiar ha extendido sus raíces en sistemas humanos diversos, como es el caso de familias uniparentales, en proceso de divorcio, en la etapa de la vejez, crianza o adolescencia, con una gran diversidad de problemas, por ejemplo: alimentación, adicciones, reprobación, psicosomáticos, violencia familiar, etc.

Es cada vez más frecuente que personas de diferentes niveles sociales busquen el servicio psicoterapéutico o que profesionales de la salud canalicen a sus pacientes a estos servicios.

Por otro lado, el trabajo en las diferentes sedes cumplió con una de las funciones sustantivas de la UNAM, el servicio a la comunidad, dentro de la misma institución y fuera de ella, lo cual le confiere una vez más su carácter de Universidad diversa y universal.

V. APÉNDICE

V. 1 DESARROLLO DEL TEMA PARA SER PRESENTADO EN EL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

El Tercero Pesante: es necesario saber decir adiós.

*"Las personas son como vidrieras de colores.
Su verdadera belleza sale a relucir cuando se iluminan desde adentro.
Cuanto más negra es la noche, mayor claridad despiden".
Elizabeth Kübler Ross.*

El tema del tercero pesante que presento en este apartado para el análisis teórico metodológico de la familia Pérez, significó un gran aprendizaje en mi desarrollo como terapeuta y como persona. Me permitió reformular y replantear en mi experiencia de vida y en mi práctica clínica un tema que, por implicar dolor, pérdida y muerte, se ha silenciado. ¿Hemos integrado estos temas o los seguimos viendo como la catástrofe que afecta a los demás pero nunca a nosotros mismos, como algo que ocurre en otros espacios, pero nunca en nuestra proximidad?

Citando a Kübler- Ross (1997):

"estoy convencida de que causamos un mayor daño si pasamos por alto el tema de la muerte que si, llegado el momento, nos sentamos junto al lecho, y escuchamos y discutimos en torno a esa cuestión. Es como querer proteger a los acantilados de las tormentas, nunca podría admirarse la belleza de sus quebradas" (p. 13).

Modelo del Tercero Pesante.

*"La única certeza que tenemos al nacer es la muerte."
Anónimo*

El modelo del tercero pesante (Goldbeter 2003) se inscribe en una óptica sistémica que subraya las resonancias que se producen entre los consultantes y el terapeuta; son vivencias que se entrelazan, tejiendo el entramado de sus experiencias. El término "tercero pesante" hace referencia a la persona cuya presencia (física o evocada) es quasi indispensable para equilibrar las relaciones

dentro de un sistema. El tercero pesante recibe o toma una función específica y permanente del tercero ausente en las relaciones intrafamiliares (Goldbeter, 1998).

En el caso que me ocupa, los cambios más importantes reportados, o del movimiento hacia una posición más cómoda, útil y de bienestar, realizados por la consultante, tuvieron lugar justo cuando nos detuvimos en el pasado doloroso, en la relación con su mamá e iniciamos un serie de rituales de duelo, despedida y perdón. De ahí que en este apartado realizaré el análisis teórico del tema "duelo- pérdida" aplicado al caso.

Factores que influyen en la resolución del duelo.

Examinando la literatura sobre el tema, O'Connor (1999), menciona que los factores clave que determinan la forma en que el fallecimiento de un padre afectará a un hijo adulto son: a) la naturaleza de la relación; b) la edad del hijo cuando ocurre el fallecimiento; c) la madurez emocional del hijo sobreviviente; d) el periodo de advertencia previo a la muerte; e) el tiempo que padre e hijo dedicaron a discutir los aspectos tanto prácticos como emocionales que comprende el deceso del padre.

"... en un tiempo le tuve mucho rencor a mi madre, luego se me pasó, pero no olvido el hecho de que me obligaba a hacer cosas que no me agradaban".¹

En otro momento, Bowen (1976), señaló que las posibilidades de llevar a cabo un duelo dependen de varios factores específicos: a) la edad del difunto; b) la naturaleza de la muerte; c) el papel y la posición ocupados por el desaparecido, durante su vida; d) el significado emocional específico de cada uno de los factores dentro de la familia; e) el tipo de familia. Jordan et al. (citados en: Goldbeter 1998), señalan que en las familias disfuncionales los miembros se juzgan severamente unos a otros en los estilos diferentes que llevan en su trabajo de duelo; en las familias "sanas", se aceptan de mejor manera diferentes necesidades relacionadas en este proceso.

Para Goldbeter (2003), el proceso de duelo se encuentra bajo la influencia de factores sociales, culturales, históricos y afectivos.

¹ Las citas en cursivas son citas textuales expresadas por la consultante.

Es de esperarse que la elaboración del duelo sea menos difícil cuando hay más madurez emocional, cuando el periodo de advertencia haya sido más largo y cuando la relación padre- madre- hijo- hija haya sido franca y cercana. Cuando un hijo joven pierde a un padre o el deceso es repentino y la relación era tensa, el duelo puede permanecer sin resolverse durante años.

...“ cuando mi mamá murió, a los tres días empecé a darme cuenta que ella había muerto, las persona me decían que tenía que aceptar que mi mamá estaba muerta. Toda la vida he cargado con esa mamá enérgica siempre con ese recuerdo y ese dolor”.

Quizá el duelo de un padre pueda ser menos inhabilitante que cuando se pierde a un hijo o a la pareja, ya que existe la noción previa de que es normal y justo que llegue la muerte cuando ya se es mayor y se ha tenido la oportunidad de vivir lo suficiente para llevar a cabo algunas o todas las tareas del ciclo de vida.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa vemos que, en cualquier edad, un hijo es vulnerable a la muerte de alguno de sus padres cuando la relación madre - hija no progresó hacia una relación satisfactoria, de adulto a adulto. Dice O'Connor (1999), que es muy probable que, con el deceso, se reactiven los temores infantiles a ser abandonado y se conecten a las nuevas experiencias de separación o pérdida que son vividas como amenazas de soledad, donde florece la tristeza por el abandono. Por ejemplo en el caso de la familia Pérez se reactivan los sentimientos de pérdida al enfrentar una nueva fase del ciclo vital, la separación de sus hijas de acuerdo a se creencia de “ser una buena madre”. Entonces un duelo no resuelto puede activar otras crisis emocionales que estén ocurriendo en la vida de la persona.

Una forma clara de mostrar el duelo no resuelto y la importancia profunda de la relación con su madre, es justamente recordarla recurrentemente, llorar ante su recuerdo y sentir activo el coraje, el dolor, la culpa, por juzgar a un ser querido, lo cual la lleva a la ambivalencia “te quiero y te odio” “te perdono aunque no puedo olvidar la vida que me diste, el abandono”.

Lo anterior nos lleva a analizar los factores sociales, culturales e históricos, sobre la forma en que se aborda en nuestra sociedad occidental el duelo por la muerte de un ser querido; Ariés (2000), apunta que en general nuestros intercambios con la persona dolosa están llenos de “cortesía superficial”. Hoy la sociedad se niega a reconocer en la persona aquejada por el duelo, a un enfermo a quien, por el contrario se debería socorrer” (p. 228) . Según este autor el hombre de finales de la Edad Media y principios del Renacimiento quería participar a toda costa de su propia muerte, porque

veía en esta muerte un momento excepcional en el que su individualidad adquiriría su forma definitiva. Las personas no eran dueñas de su vida sino en la medida en que era dueñas de su muerte. Su muerte les pertenecía. A partir del siglo XVII, el hombre ha dejado de ejercer él solo la soberanía sobre su propia vida y en consecuencia sobre su muerte.

En la actualidad las personas mueren con más frecuencia en el hospital, en soledad. Es difícil precisar el deceso dada la sofisticación de la terapéutica actual. La muerte ya no es parte de la vida, es casi un accidente que no le ocurre a todo mundo y no tiene lugar en la propia casa. Este hecho hace más difícil el proceso de separación de aquellos a quienes no se ha podido dejar verdaderamente "dándoles el adiós".

"...no le pedí perdón a mi madre en el último momento; creo que la protegí para que no se diera cuenta de que la muerte estaba cerca. Ahora le pido perdón por no dejarla ir, me hacía mucha falta, no la pude dejar ir porque me hacía mucha falta".

Otro aspecto que Ariés (2000) menciona, es que en la actualidad los sentimientos de tristeza asociados a la pérdida de un ser querido tienen que ser superados rápidamente. No es bien visto que los dolientes pasen largo tiempo llorando su pérdida; por lo anterior se ha visto que los rituales que se acostumbraban con anterioridad se han acortado y en general el entorno solicita del doliente que supere su pena. Esto puede llevar a la persona dolida a rechazar sus propias emociones. Evidentemente esta situación con frecuencia genera bloqueos en el proceso de duelo, de los cuales se toma conciencia a veces, años más tarde como en un proceso terapéutico. Como ejemplo de las consecuencias de un duelo bloqueado, en la familia aparecen síntomas al momento de la emancipación de un hijo joven, pareciera que nadie está preparado para vivir una toma de distancia y la ausencia consecuente, porque ello podría revelar otra ausencia más insostenible, oculta hasta el momento.

"¿cómo es que muchas madres ven tan natural, que no tienen problema cuando sus hijas dejan el hogar?" ¿Por qué a mí me cuesta tanto trabajo?..."

La prohibición del duelo empuja al sobreviviente a aturdirse con trabajo o a crear la fantasía dolorosa de hacer como que vive en compañía del difunto, como si siempre estuviera allí, o incluso a querer reemplazarlo, a imitar sus gestos, sus palabras, sus manías, y en ocasiones, a simular los

síntomas de la enfermedad que se lo llevó... “los niños ya no nacen de repollos, pero los muertos desaparecen entre las flores”. De esta manera, los deudos se ven obligados a fingir que no pasa nada y tienen la prohibición a hablar del dolor. (Ariés 2000, p. 227).

Por todas estas características culturales, cuando muere un padre, queda una gran cantidad de “asuntos pendientes”. Las relaciones que son más difíciles de aclarar y con las que cuesta más trabajo ser abierto y honesto, son las que están más cargadas de un fuerte contenido emocional; son aquellas en las que sentimos que podemos perder mucho si somos sinceros acerca de nuestros verdaderos sentimientos, valores y actitudes o sentimos que podemos ser juzgados severamente por los sentimientos negativos que nos acompañan. De ahí que hijos y padres no hablen con franqueza y si lo hacen pueden sentirse ofendidos por lo que sienten o piensan uno acerca del otro. Además, es posible que mantengan un rol estático e inflexible durante años sin llegar a tratarse mutuamente como adultos.

El reflejo de estos aspectos culturales se nota en la forma en que la consultante “cargó” ella sola su pena, con sentimientos ambivalentes que la llenaban de culpa. Tal vez no encontró un oído o una sensibilidad, dispuesta a abordar este tema, o tal vez ni ella misma le dio la importancia que su corazón le señalaba. Mucho más complicado fue para ella el abordarlo cuando su mamá vivía. O ¿cómo iba a pedirle perdón cuando sabía que su madre iba a morir? ¿cómo hablar de este tema tan difícil cuando su mamá deseaba seguir luchando por la vida? Ella quiso protegerla del dolor de la muerte próxima. Lo anterior ejemplifica en qué medida hemos aprendido que la muerte es parte de la vida.

Uno se llega a preguntar junto con Gorer (citado en Ariés, 2000), si una gran parte de la patología social de hoy no tiene su origen en la eliminación de la muerte fuera de la vida cotidiana, en la prohibición del duelo y el derecho de llorar a los muertos

La eliminación de la muerte es notoria en el discurso y los medios habituales de comunicación, así como lo es la prioridad a difundir el bienestar y el consumo de gran cantidad de artículos, todo ello pertenece al modelo de las sociedades industriales. Una reflexión al respecto es, la insistencia de algunos terapeutas de sobrepasar el dolor, de no hablar de la queja en pos del bienestar del consultante. Los terapeutas estamos igualmente influidos por los aspectos culturales y... ¿qué tanto algunos modelos terapéuticos orientados a los recursos, pueden no validar el dolor de los consultantes? pueden éstos no sentirse comprendidos y aún más, puede ser que se perciban confundidos por sentimientos ambivalentes: dolor, coraje; vergüenza por dejarse sentir y no

concordar con la lógica de los otros, que les piden superen su dolor y sigan viviendo. Esto nos lleva acaso a una doble carga, la de mi propia experiencia dolorosa y la de sentirme inadecuada por no concordar con los otros en que hay que seguir viviendo y pronto todo se puede superar, que sólo se trata de "ponerle ganas y salir adelante".

Ariés (2000) ha investigado que "durante el último tercio del siglo XX se produjo un fenómeno que recién se comienza a percibir: la muerte, esa compañera familiar, desapareció del lenguaje y su nombre se ha vuelto prohibido". Diríamos junto con el padre Dainville... "nos han despojado de nuestras decisiones... me han despojado de mi muerte" (p. 238).

Los asuntos pendientes con los padres son un tema constante que se escucha en la consulta psicoterapéutica y una estrategia que se propone como útil (O'Connor, 1999), es ayudar al consultante a comprender lo difícil que es la labor de ser padre/madre; esto posiblemente, le permitirá alcanzar mayores avances en el duelo por un padre fallecido y acodar de manera más adecuada sus relaciones en el presente, sobre todo si este hijo ejerce ya un rol materno o paterno.

Legados y mitos familiares.

Matteo Selvini (sin fecha) haciendo referencia a las vivencias de abandono de su propia madre, Mara Selvini, explica cómo los padres que han vivido situaciones de dolor, abandono o pérdidas importantes, vivencian en las familias que ellos forman la repetición de situaciones que llevan al sufrimiento profundo, aún cuando estos padres hayan sido resilientes a estas experiencias sobreviviendo a ellas con dignidad, creatividad, fuerza y voluntad entre otros recursos. La pregunta es ¿qué es lo que los hijos ven en estos padres que tienden a repetir la historia? ¿será un mito el que se transmite? Un mito que da pertenencia a cada miembro y al sistema familiar mismo; donde repetir el sufrimiento los hace leales y fieles integrantes de esa familia.

El mito familiar es llevado de una generación a otra por lo que Neuburger (1997) denomina la memoria familiar. La memoria familiar es un proceso de selección de aquello que es conveniente olvidar, con el fin de sostener, mantener, y transmitir el mito familiar. El mito es el elemento organizador de una familia, un conjunto de creencias sobre las cualidades del grupo. De las creencias se derivan reglas de comportamiento que atañen a los miembros del grupo y al tipo de relaciones que establecen entre sí y con el mundo exterior. Lo que hay que olvidar es todo aquello que

amenaza al mito familiar; la memoria familiar es una gestión donde se juega al olvido, aquél que amenaza al mito. Lo que hay que transmitir es justamente lo que es necesario olvidar. Cuando se relata algo del pasado lo que realmente está en juego es el futuro del grupo. La familia hereda la capacidad de "transmitir", es decir, de prolongar el relato, de enriquecerlo.

El mito mantiene entonces al grupo, le da pertenencia, a fin de existir y tener una identidad. Una consecuencia de esta necesidad de pertenencia es el sufrimiento que, en algunos casos puede llegar a la muerte física o psíquica (Neuburger, 1997).

El mito de la familia Pérez es ocultar el dolor, no hablar de lo que hace daño, para proteger al otro, aunque el silencio haga huecos que se llenan con resentimiento y tristeza. No importa si es necesario mentir; lo importante es soportar calladamente todo aquello que lastima.

Es entonces importante para quien ha vivido tantas pérdidas, poca protección y apoyo, asegurarse de que la siguiente generación lo sepa para que pueda apreciar la diferencia de lo que este miembro está dispuesto a cambiar para que la historia no se repita. Resulta entonces paradójico el hecho de que, aún así, el dolor se haga presente, se repita, como es el caso de la familia de la señora Pérez ¿será que en algún sentido las hijas son fieles a mamá soportando golpes y maltrato? ¿será que el sufrimiento es una de las formas en que esta familia sabe mostrarse el afecto y darse apoyo? o tal vez el sufrimiento tiene su límite y llega a un punto donde es necesario hablar y romper con legados.

Otro punto importante a destacar es el hecho de que en el tiempo cercano a una pérdida, sobre todo cuando ésta no se ritualiza y no se elabora, pueden aparecer en la familia diversos síntomas psicológicos o enfermedades físicas que por lo regular no se asocian a esa pérdida pero que tienen que ver con el dolor de la familia como una manera de tener presente a la persona que se fue. Bowen (1989) relaciona estas reacciones a familias poco integradas que probablemente muestran una reacción menos significativa en el momento de la pérdida, pero que responden con posterioridad con síntomas de enfermedad física, enfermedad emocional o conducta antisocial.

Bowen (1989), habló por primera vez de la "onda de conmoción emocional" durante sus investigaciones a finales de los años cincuenta. Esta onda constituye una red de "post-emociones" subterráneas a sucesos vitales serios que pueden ocurrir en cualquier lugar del sistema familiar extenso meses o años después de producirse acontecimientos emocionales serios en ella. Aparecen muy frecuentemente tras la muerte o amenaza de muerte de un miembro significativo de la familia, pero pueden ocurrir después de pérdidas de otras clases. No se relaciona directamente con las

reacciones normales de lamentos y pena de la gente próxima a quien murió. Opera en forma de red subterránea de dependencia emocional por parte de los miembros familiares entre sí. Esta dependencia es negada y los sucesos vitales graves parece que no están relacionados; la familia intenta camuflar toda conexión entre ellos, produciéndose una reacción vigorosa de negación emocional cuando alguien intenta relacionarlos. Esto sucede especialmente en familias que tiene un grado significativo de “fusión” emocional negada, mediante la cual la familia ha sido capaz de conservar un grado apreciable de equilibrio emocional asintomático en el sistema familiar.

Premisas del modelo del tercero pesante.

Los ausentes forman parte de nuestras familias sean ellos silenciosos o secretos, pesantes o ligeros. El modelo se propone enfatizar la importancia que reviste el lugar de los ausentes en la coreografía familiar y la forma en que esta ausencia es sustituida por alguno de los miembros o por el terapeuta mismo. De ahí que la intervención terapéutica puede articularse en el análisis de la función que se considera debe cumplir el terapeuta dentro del sistema terapéutico a fin de borrar las ausencias demasiado difíciles de enfrentar, considerando las resonancias que surgen entre el terapeuta y sus propias experiencias en su propia familia de origen y la familia que lo consulta (Goldbeter, 2003).

Hipótesis del modelo del tercero pesante.

- En las familias existen recursos que les permiten guardar discretamente de manera encubierta a sus ausentes más que hacer el duelo por esa ausencia.
- Las familias llevan consigo a sus ausentes y llenan su lugar con otros miembros de la familia o si es el caso con el terapeuta.
- El síntoma, sea cual sea, permite enmascarar el sufrimiento ligado a una ausencia inmanejable. Es común que las familias lleguen a la terapia por diversos síntomas y no consulten directamente por la pérdida dolorosa de alguno de sus miembros. El síntoma cumple una función protectora frente a la homeostasis familiar.

- El encuentro terapéutico puede estar en parte motivado por las expectativas de la familia y del terapeuta, en el sentido de que cada parte está llenando faltas.

Influencias teóricas del modelo.

El modelo se inscribe dentro de la corriente Sistémica de la Terapia Familiar; revisa la noción del triángulo en el enfoque intergeneracional de Bowen (1988); se basa en el trabajo de Norman Paul sobre el duelo (1965); en la Cibernética de segundo orden, Von Foerster, Maturana, Varela, von Glasersfeld, 1981) considerando que el terapeuta se incluye en el sistema que observa; por último se basa en el concepto de resonancia introducido por Mony Elkaim (1982, 1988).

Relaciones triangulares, Teoría Trigeneracional, de Bowen.

Para este autor, el triángulo constituye la molécula de base de todo sistema emocional, es el más pequeño sistema relacional estable. Por otro lado la díada es un sistema "estable" en la medida en que en él reine la calma. Es con mucha frecuencia el sistema más inestable e involucra a la persona más vulnerable externa a él, para disminuir el nivel de ansiedad generado en su interior de tal manera que en ese momento aparece el triángulo. La función del triángulo es guardar el equilibrio dinámico de un sistema de tres personas cuya actividad tiene como motor disminuir la ansiedad. Si la tensión es muy intensa para las tres personas implicadas se involucrará a otros miembros.

Bowen (1988) presenta el triángulo como el único medio para estabilizar una relación que, por esencia, se revela rápidamente como frágil porque no puede alimentarse por largo tiempo la relación persona a persona. El autor desarrolla una teoría trigeneracional de la esquizofrenia según la cual, de generación en generación el niño muy apegado a su madre será menos diferenciado que esta última. Él trabaja con el triángulo que se da entre él y los dos miembros de la pareja o entre él y uno de los miembros de la familia y el pariente ascendente o colateral, con el cual procede a limpiar la inestabilidad de la relación diádica. Su objetivo es alentar procesos de des-triangulación y crear díadas estables. El punto de regresar al pariente ascendente para des-triangular, es el que se retoma para desarrollar el modelo del tercero pesante. Goldbeter (2003), señala que Bowen no considera al triángulo como la unidad de relación más importante, aunque siempre está tomándolos en cuenta.

Bowen (1988) ilumina el hecho de que en el mismo momento en que una persona externa y vulnerable entra en contacto emocional con una familia pasa a formar parte de la misma, aunque se oponga a ello; que las familias perturbadas buscan siempre un extraño vulnerable para incluirlo en el seno de sus triángulos.

Trabajo de duelo, Norman Paul.

Para este autor el duelo ocupa un lugar central y es un proceso psicológico desencadenado por la pérdida de un objeto amado que, cuando llega a su fin, está asociado al abandono de ese objeto. Junto con Bowen, Norman Paul remarca la importancia que hay que atribuir a los difuntos significativos de las familias. Ambos autores refieren el trabajo de duelo como un proceso que requiere tiempo y condiciones afectivas y sociales particulares que, muy a menudo, han estado o siguen estando ausentes.

Norman Paul (1967, 1986 citado en Goldbeter, 2003) subraya la importancia que los duelos no realizados tienen en la problemática de las parejas. Para este autor existe una relación entre los duelos no resueltos y los cambios en los comportamientos sexuales (impotencia, eyaculación precoz, abstinencia sexual).

El autor propone que, en el curso de la sesión, el terapeuta, establezca las condiciones para efectuar un duelo operacional con el fin de que éste se complete en el contexto de la familia de origen. Para ello el terapeuta solicita que se expongan y expresen sentimientos intensos de tristeza que el terapeuta recibe con empatía. Después envía a la familia a realizar rituales como la visita a las tumbas de sus difuntos a fin de proseguir y terminar allí su relación con ellos. Una tristeza escondida e intensa, no reconocida y, por tanto, no resuelta, tiene una fuerza latente cuyo impacto puede revelarse a través del duelo operacional. Norman Paul se basa en la teoría de las relaciones objetales propuesta por Fairbairn (1958 citado en Goldbeter, 2003), quien postula que la necesidad del ser humano de tener una relación satisfactoria constituye la motivación esencial en la vida. El peso se coloca en el apego o la relación. Fairbairn, considera la ansiedad de separación como fundamental ya que se tornará en prototipo de todas las futuras pérdidas percibidas o reales.

Se ha mencionado que varios autores (Bowen 1989; Bowlby 1989; O'Connor 1999), han observado la aparición de diversos tipos de síntomas tanto de comportamiento (enuresis, bajo rendimiento escolar, fugas) como psiquiátricos, mismos que surgen después de la pérdida de una persona cercana. Las familias no establecen la conexión de estos síntomas con dicha pérdida, sino

que además el acontecimiento ni siquiera es mencionado en la lista de cambios importantes vividos por ella en el momento de la aparición del síntoma.

Norman Paul y otros autores (1965 citado en Golbeter, 2003), realizaron un estudio en veinticinco familias con un miembro neurótico o esquizofrénico, y concluyeron:

- La dificultad que tiene un individuo para enfrentar una pérdida, es una característica adquirida en una configuración familiar donde otros miembros comparten esa misma dificultad.
- Las familias estudiadas son resistentes al cambio, se encuentran en un estado de equilibrio congelado, reflejo de una homeostasis rígida. Las familias con un miembro neurótico son menos rígidas. En las de un miembro esquizofrénico, la vivencia de sus miembros es la urgencia de reencontrar el objeto perdido.
- El paciente identificado está dotado con ciertas características del objeto perdido y se convierte en el blanco y portador de sentimientos ambivalentes, hecho que lo mantiene en su papel patológico y refuerza su sintomatología. Este proceso interfiere con el desarrollo de su identidad.
- La familia intentará obstaculizar al paciente y en menor medida los otros miembros intentarán emanciparse; esto último será vivido como un peligro potencial para la unidad.

A partir de estas observaciones (Paul et al., 1965), formularon la hipótesis de que existe un nexo directo entre una respuesta inadaptada a la pérdida de objeto y la cristalización de vínculos simbióticos en la familia, como si hubiese sido necesario borrar la desaparición del objeto para preservar el equilibrio del sistema. Según esta hipótesis, el síntoma tiene la función de desviar a la familia de la confrontación de una ausencia insoportable, por lo que es probable sospechar que no se ha hecho nada para permitir que se inicie un proceso de duelo.

Cibernética de segundo orden.

En 1959 Bateson escribe que su teoría exige una revisión del pensamiento científico realizada en otros campos de la investigación desde la Física hasta la Biología; dicha revisión supone que el observador pertenece al campo mismo de observación y que, además, el objeto de observación nunca es una "cosa" sino siempre una relación o una serie indefinida de relaciones. Durante la década de los 80's aparecieron en el campo de la Terapia Familiar las primeras nociones de la

Cibernética de segundo orden, en las voces de: Von Foerster (investigador en Cibernética), de los biólogos Maturana y Varela y del cognoscitivista Von Glasersfeld.

A partir de este modelo, se considera al observador como parte de lo que observa, respecto de lo cual recibe y ejerce al mismo tiempo una influencia. El que participa de esta forma de observación "interactiva" pierde la llamada neutralidad objetiva pero gana en riqueza, a partir de que todos los miembros del sistema construyen con él una representación de la realidad (Von Foerster, 1981). Mony Elkaïm (1989), ha desarrollado particularmente este aspecto. Maturana (1988, 1989), mostró el aspecto auto-poyético de los sistemas, es decir, el hecho de qué estos se organizan y sostienen por sí mismos.

Estos conceptos implican en el campo de la Terapia Familiar que el terapeuta tome en cuenta su vivencia en el seno del sistema terapéutico y relativice sus impresiones dejando de ser el poseedor de la verdad, para ser partícipe en el surgimiento de una representación. Este cambio epistemológico impacta fuertemente el campo de la terapia, dando lugar a movimientos como son la aparición del Constructivismo y Construccinismo Social, y subyace al pensamiento de Mony Elkaïm que privilegia las nociones de resonancia y de singularidad.

Las diversas terapias breves y las terapias dialógicas no parecen estar interesadas en las emociones ni de los consultantes ni del terapeuta. Mony Elkaïm se enfoca a considerar las particularidades de la familia y del terapeuta, cuando éstas se intersectan amplificándose, hasta producir una resonancia, misma que se da en el plano emocional. Esta construcción teórica ha llevado a este autor a inclinarse por las singularidades de los sistemas. Elkaïm, aún inscribiéndose en el Constructivismo, continúa con los conceptos de función y de sistema. Subraya la función que adquiere en el sistema terapéutico la emergencia de un punto singular entre el terapeuta y el paciente. Su enfoque utiliza como recurso la vivencia del terapeuta, reconociendo un lugar extremadamente importante a la dimensión emocional, lo que lo distingue de otros modelos actuales más intelectualistas.

Concepto de resonancia. Mony Elkaïm.

Elkaïm (1993), considera la amplificación recíproca de las construcciones afines en la familia y en el terapeuta como puente emocional singular que puede subyacer al contacto terapéutico. Este autor niega la neutralidad del terapeuta y sugiere por el contrario, utilizar su vivencia específica como llave para entrar en los sufrimientos familiares.

El término resonancia se refiere a “ensamblajes constituidos por la intersección de diferentes sistemas en interrelación, que comparten un mismo elemento experiencial. Bajo el efecto de un elemento común, diferentes sistemas humanos parecen entrar en resonancia, así como los cuerpos pueden ponerse a vibrar bajo el efecto de una frecuencia determinada. La resonancia es un caso particular de ensamble constituido por la intersección de diferentes sistemas en torno al mismo elemento. Estos sistemas humanos, como cuerpos pueden entrar en resonancia y vibrar bajo el efecto de una acción periódica de frecuencia determinada, parecen entrar en resonancia bajo el efecto de un mismo elemento en común” (Elkaïm 1995, p. 141).

El autor profundiza dos puntos esenciales en el encuentro terapéutico: la experiencia vivida del terapeuta y la función de una construcción en el sistema terapéutico; esta construcción no puede reducirse ni a una lectura neutra ni a una proyección. Lo que se amplifica en el terapeuta tiene sentido y una función con respecto a su propia historia y con relación al sistema terapéutico del que forma parte; sus sentimientos se convierten en la indicación de un punto específico donde confluye con la familia que atiende. Elkaïm (1988) habla de un proceso auto-exo-referencial.

Las resonancias tienen una dimensión temporal en el sentido de que vibran a partir de vivencias semejantes (pero no idénticas) de acontecimientos que pertenecen a la historia de los sistemas en interacción: han tenido lugar un día, pero sus reconstrucciones actuales en cada uno de los sistemas del ensamble se amplifican mutuamente. Si no existieran huellas emocionales del pasado esta amplificación sería únicamente una comunión de vivencias, de sentimientos y probablemente no tendría la misma intensidad (Elkaïm, 1988).

El autor plantea que el terapeuta puede utilizar sus emociones velando para no permitir que invadan el encuentro terapéutico, lo que da pie a que la familia exprese sus vivencias profundas.

Análisis teórico metodológico del caso basado en la propuesta del tercero pesante.

Descripción de la familia.

La consulta fue solicitada por la señora María de los Ángeles de 54 años de edad, empleada de una oficina, estado civil, casada; vive con su esposo Octavio de 60 años de edad que es obrero y

gana el sueldo mínimo. Tienen 3 hijas: Sonia, de 32 años, Elia de 28 años y Mónica de 23 años de edad; Sonia aún vive en casa con sus padres, se dedica a la docencia y tiene una relación distante con ellos. Elia tiene una carrera comercial y trabaja en un despacho, vive con un hombre que se encuentra en proceso de divorcio y que tiene un hijo de su primera pareja; Mónica, en el transcurso de la terapia, se fue a vivir a la casa de sus padres por problemas con su esposo que amenazaba con separarse de ella y por su embarazo riesgoso. Mónica tiene un hijo pequeño de 4 años.

Motivo de consulta.

La consultante expresó tener problemas muy fuertes a nivel familiar, deseaba saber qué hacer para ayudar a sus dos hijas menores que tienen problemas con sus parejas que las maltratan. La señora María, se considera una persona aprehensiva, sensible, nerviosa y llorona, teme quedarse sola y por ello cree que no ha podido poner solución a los problemas que le aquejan relacionados con sus hijas. Se siente una madre inadecuada.

Antecedentes

La consultante refirió que proviene de una familia de muy escasos recursos, que ha vivido duelos importantes, relacionados, primero a la muerte de su padre y posteriormente por el deceso de su madre y de una hermana que murió recientemente de cáncer. La consultante quedó huérfana a muy corta edad siendo ella la más pequeña de una familia de seis hermanos (dos varones y cuatro mujeres).

La muerte de su padre provocó nuevos acomodos en el sistema familiar: alianzas entre la madre y sus hermanas mayores con objeto de enfrentar la crisis económica; desplazaron la atención del afecto entre ellos hacia la atención a la solución de los problemas de la vida cotidiana, quedando relegadas las relaciones de cercanía entre ellos. El ambiente familiar era hosco, tenso, frío y las relaciones distantes.

La consultante sintió que su niñez fue amarga y con muchos maltratos de parte de sus hermanos y de su propia mamá; al ser la más pequeña, era educada por sus hermanas mayores que fungían un rol parental con ella, lo cual la llevó, según su propia percepción, a ser muy insegura,

retraída y con falta de afecto; se sentía sola y sin poder expresar los problemas que vivía; los adultos se encontraban muy preocupados tratando de cubrir las necesidades primarias de la familia.

Al correr de los años se casó con su actual pareja; él ha sido un hombre bueno, aunque la señora María cree que ella lo ha tratado como a un hijo. El señor Octavio vivió lejos de su familia de origen en casa de unos parientes y también para él la vida fue dura y carente de afectos. Considera que al irse su esposo de su casa, su familia lo perdió y no hizo el intento de que volviera.

La señora María perdió a su mamá hace 7 años a causa de una enfermedad grave; esta pérdida le ha traído confusión de sentimientos y no ha podido superarla; vivió en un duelo congelado durante años porque siempre que recordaba a su mamá lloraba y se debatía entre el resentimiento, el cariño y la tristeza porque ya no está y porque ya no va a poder darle y recibir aquello que tanto anhelaba de pequeña, su afecto.

Dos de las hermanas de la señora María, así como su esposo, han padecido enfermedades graves. De acuerdo con lo planteado por Bowen (1989), las pérdidas por muerte de un miembro importante de la familia, dejan en la misma una onda de conmoción que se puede manifestar en la aparición de síntomas psicológicos o físicos en algún o algunos miembros de la familia. Generalmente estos síntomas no se ligan con esa pérdida y son arrastrados por años, sobre todo si el duelo se congela.

En la actualidad la consultante se siente sola, dice tener deseos de morir y no despertar, debido a que ve a sus dos hijas casadas sufrir con sus parejas, quienes las maltratan física y psicológicamente; no sabe cómo ayudarlas porque se da cuenta de que la forma en que lo ha hecho hasta ahora sólo las ha debilitado y las ha hecho inseguras.

De acuerdo a lo anterior la primera hipótesis sistémica que orientó el trabajo terapéutico y que permitió el movimiento hacia el cambio fue: los problemas de las hijas son una manera de evitar el desprendimiento y la lejanía emocional entre ellas y los padres, que han dado tanto y recibido poco afecto y cercanía de sus propias familias de origen. Los problemas son una manera de permanecer juntos para que los padres no se queden solos y para que no enfrenten pérdidas significativas.

La familia de María de los Ángeles se encuentra cursando la etapa del reencuentro, aunque en los hechos el proceso de separación - individuación se notaba bloqueado por la dificultad que mostraban las hijas para resolver sus problemas y para requerir de la participación de su mamá en la solución de los mismos. En esta etapa la familia normalmente se enfrenta a cambios como: admitir y

dar lugar a nuevos miembros, cónyuges de los hijos; el nacimiento de los nietos; el conflicto con las nuevas generaciones, entre otras cosas (Estrada, 1991).

En la familia de la consultante las interacciones se restringen a la familia nuclear, se nota la carencia de interacciones nuevas con nuevos núcleos o redes de apoyo. El rol de abuelos no se ve muy diferenciado porque en ocasiones la señora María y su esposo parecen los padres de sus nietos; Espinosa (1992), en su investigación del ciclo vital en familias mexicanas destaca que cuando las madres son abandonadas o divorciadas, los abuelos asumen el rol de padres de su nieto asimilándose a la organización que ellos plantean. En este sentido el síntoma que aparece en el sistema puede ser visto como una señal de que la familia tiene dificultades para superar una etapa determinada.

La pareja se acerca a la vejez, lo que implica la probabilidad de vivir la soledad y duelos que ello conlleva. Tal vez por esta razón los viejos duelos y pérdidas se reeditan de la misma forma que sucede con los viejos problemas de la pareja. Cuando no se está preparado para enfrentar esta etapa, los sentimientos de culpa aparecen como viejos fantasmas del pasado por los errores cometidos con los demás especialmente con los hijos y por los deseos de la propia muerte (Estrada, 1991).

Al abordar el problema desde la hipótesis sistémica antes planteada, se fue aclarando la ambivalencia que la consultante sentía con respecto a su madre, sentimientos de enojo mezclados con tristeza, resentimiento y agradecimiento uno al lado del otro y una necesidad de afecto y apoyo aunada a la negación de la misma; esto generó un nuevo matiz de la hipótesis sistémica anterior.

Uno de los aspectos que pudo congelar el duelo de la señora María fue su relación difícil con su mamá, esa carencia de apoyo, esa necesidad de afecto que se quedó sin cubrir, la sensación que tuvo cuando pequeña de no pertenecer a la familia que tenía, de ser rechazada y maltratada por todos, de no tener una figura que la cuidara y le diera amor; con mucha frecuencia se sintió sola y aislada. La consultante nunca pudo hablar de ello con su madre porque dentro de sus creencias estaba la de respetar sin juzgarla. Y cuando llegó la pérdida parece que revivió todo el dolor de sentirse sola sin protección y nuevamente no se dio la oportunidad de hablar de lo que le dolía

Reformulación de la hipótesis sistémica.

La separación de las hijas, dada la etapa del ciclo en que se encuentran, genera dolor ya que puede ser vivida como una nueva pérdida con la consiguiente sensación de abandono, falta de apoyo y amor. Ante esta situación las hijas se mantienen cerca a través de sus problemas y de la elección que han hecho de sus parejas que las abandonan y maltratan, mostrándose ineficaces para manejar sus propias vidas.

El duelo no resuelto de la consultante puede tener la función de mantener la presencia de su madre aunque sea a través del dolor, puesto que enterrarla significaba un "separación final definitiva".

En el proceso, se validaron todas estas emociones y se llevaron a cabo rituales terapéuticos de despedida, aceptación y perdón, ante la muerte de su madre, con el objeto de procesar el duelo no resuelto; por ejemplo, escribir o reflexionar sobre todas las experiencias vividas que lastiman en un lugar y horario especial ante objetos significativos que recuerdan el pasado. Lo anterior ha llevado a la que aquí escribe a plantear el tema del duelo, el tercero pesante (Goldbeter, 2003), para analizar el caso referido en este apartado.

La señora María me ayudó a comprender que las personas se van de la terapia y de nuestras vidas cuando ellas lo necesitan y a veces nos quedamos con la duda de si fue útil para ellas el proceso, aunque existen otras que se quedan tal vez para recibir su dosis de apoyo, de oídos que escuchan, corazones que se conmueven, lo que puede resultar en un sentimiento doloroso o complicado para el que se va y desconcertante y extraño para el que se queda.

La manera en que la autora teje los aportes de diferentes clínicos y epistemólogos para crear el modelo del tercero pesante, me ha permitido observar con esos lentes a la familia Pérez, pensando que es una forma de mirar y entender el proceso de esta familia entre muchas otras.

La construcción que propone Goldbeter (2003), mantiene en el presente familiar los lugares vacíos de los "terceros pesantes", quienes participan en la homeostasis afectiva de los sistemas familiares tanto como si estuvieran presentes físicamente. Forman parte también del futuro, en el sentido en que no enterrados, tienen una forma de permanencia como la de los fantasmas y siguen siendo parte del destino de la familia.

En algunos sistemas, la ausencia física de alguno de sus miembros es tan insoportable que la familia requiere un reemplazante; en ocasiones el terapeuta podría cumplir la función de enmascarar la pérdida reemplazando al miembro ausente; de esta forma colabora con la familia para ocultar el proceso de duelo.

El terapeuta debe estar atento a la posición en que lo quiere colocar la familia, y dejar su lugar a los ausentes significativos de la misma, antes que amoldarse a la función que los ausentes tenían antiguamente. Debe estar dispuesto a abordar los duelos y separaciones no realizadas, lo cual, puede tocar sus propias experiencias de relaciones mal terminadas, sus propias emociones.

En el proceso terapéutico con la consultante, en varias ocasiones me coloqué en la posición de apoyadora casi como si yo hubiera sido la mamá que escucha, se conmueve y a quien le quiere contar toda su tristeza. Esto fue muy claro en los momentos en que se hablaba de terminar la terapia; la consultante se negaba aduciendo que todavía le faltaba seguridad y temía regresar a ser la de antes, que deseaba poder externar todo lo que traía dentro. Ante esta postura analizamos las desventajas de que ella continuara en terapia o de que no pudiera mirar los cambios que había efectuado.

El papel que el tercero pesante tiene en una familia es indispensable para mantener el equilibrio afectivo en el sistema; su desaparición es, por tanto, un problema para los miembros de la familia que se quedan. Por ello el duelo después de su partida es con frecuencia patológico. En la familia de origen de la señora María, la figura central que unía a todos los miembros era la madre, que, aunque fría, dura y lejana, era la figura que en algún sentido daba pertenencia; a ella no se le molestaba con problemas personales, se le respetaba y ayudaba; cada hijo se "rascaba con sus uñas". La señora refiere que le sigue haciendo falta su madre.

... "sentí rechazo y enojo contra mi madre, pero al mismo tiempo amor y necesidad de su presencia"

A partir de sus investigaciones multigeneracionales Bowen (1991), observó que con marcada frecuencia, que en varios miembros separados de la familia extensa tenían lugar una serie de sucesos vitales en el intervalo posterior a la enfermedad grave y la muerte de un miembro significativo. Esto se refleja en la familia extensa de María; varios de sus miembros (hermanas) han enfermado gravemente después de la muerte de su mamá y han vivido serios problemas de violencia con sus parejas; de alguna manera esto las mantuvo unidas y enfocadas lo que les permitió no tocar la pérdida. La pérdida fue muy difícil para la consultante.

La señora refiere que el dolor la volvió dura, con una coraza y con dificultad de ser capaz de disfrutar lo bueno de la vida. La señora María buscó ayuda y en ese momento logró comprender que

su mamá o “las mantenía o las apapachaba”, lo cual no alivió las penas, los recuerdos, y su mamá siguió siendo la figura ambivalente a quien extrañaba y no perdonaba.

Las hijas de la señora María, en diferentes momentos, han ocupado el lugar del tercero pesante con sus problemas y con ello han mantenido la atención y la energía de su mamá puesta en sus movimientos, en sus problemas; ésto la lleva a dejar de lado la situación no resuelta con su propia mamá.

Entonces ¿cómo es que estas vivencias con sus hijas la llevan a una crisis que la conduce a la terapia? Tal vez el dolor de ver a sus hijas sufrir fue tan grande como el que quería evitar con un duelo no elaborado; o tal vez el hecho de que sus hijas estén mal con sus parejas les permite no alejarse de su familia, no aumentar las pérdidas y seguir siendo el “tercero pesante”.

Es importante recalcar que en las sesiones de terapia familiar siempre habrá ausentes, es decir, miembros significativos que, de múltiples maneras, han dejado el sistema. Esta afirmación la podemos constatar los terapeutas familiares que, sin lugar a dudas hemos evocado o sentido en el ambiente de las sesiones a esos terceros importantes para la familia, que cumplen una función determinante, con su hacer o dejar de hacer, con su cercanía o lejanía, con su presencia o ausencia.

La familia puede estar viviendo el proceso de duelo de estos ausentes que han muerto, que han partido a un lugar lejano, o que han roto brutalmente sus relaciones con los que quedan; estos ausentes en realidad flotan en la sala. Es bien marcado el hecho que las conversaciones sobre los problemas de las hijas invariablemente aterrizaban en la relación de la señora María con su propia madre, incluso hubo un momento en la terapia donde el tema central fue la relación de la consultante con su familia de origen, principalmente con su mamá. El vínculo ambivalente que la mantenía unida a su mamá reflejaba sentimientos de amor y enojo a la vez.

El paciente identificado es el esfuerzo máximo que el sistema ha realizado para borrar la ausencia. Pero en la medida en que esta función no se cumple, lo que es difícil porque cada persona es única e irremplazable, la familia puede invitar al terapeuta a colaborar con ellos en el ocultamiento del ausente. Sobre este tema se pueden analizar varios puntos: el terapeuta como parte de un contexto social ¿qué tanto es influido por las versiones sociales con respecto al duelo, o la separación emocional? Aún cuando se puede suponer que tiene un conocimiento sobre estos temas, ¿qué importancia les da, cuanta atención les pone? Pensando sistémicamente, si la familia misma no consulta por una pérdida, puede ocurrir que el terapeuta centre su atención en el objetivo de un tercero, “paciente identificado”, y que no hipotetice la conexión entre la aparición del síntoma y la

pérdida, dada la influencia que hay en nuestro contexto que no valora el peso emocional de estos procesos. La pregunta es ¿puede escapar el terapeuta a esta influencia social?

Puede incluso juntarse con procesos propios dolorosos no resueltos y en otro de los casos puede verse influido por el modelo terapéutico del cual parte, por ejemplo: si maneja un enfoque de terapias breves, su foco estará puesto en la queja de sus clientes y no tocará aquellos aspectos que no sean mencionados por ellos, tampoco buscará en la historia generacional antecedentes que ligen el problema actual con legados familiares, incluidos los duelos.

Otro elemento de análisis es la concepción de triángulo relacional que propone la autora; refiere que los terapeutas familiares intervenimos en sistemas triangulares: el terapeuta y el paciente, implícita y explícitamente por referencia a uno o varios terceros, por tanto la unidad relacional de base es el triángulo.

Es frecuente en la literatura encontrar que la unidad relacional es la diáda pero aún en el caso del recién nacido y su madre, el padre presente o ausente, amado u odiado, flota de manera permanente en el ambiente; además su modo de participar en la familia determina una parte de la función y de la vivencia de la madre. Aún cuando el lazo entre el niño y su madre pueda calificarse como simbiótico, esta definición es posible gracias a la imposibilidad de incluir a un tercero. El tercero funciona como rechazado, en el equilibrio de esta relación. Esto podría ejemplificarse con lo que la señora María comentaba acerca de que ella siempre se sintió excluida, mientras otros de sus hermanos ocuparon el corazón y la atención de su mamá.

Relación con la persona del terapeuta.

El terapeuta puede ocupar el lugar del tercero, el padre que protege, el abuelo que murió y en algún momento durante la sesión puede ser colocado en diferentes posiciones cumpliendo *roles necesarios* para el sistema. La mirada del equipo y del supervisor puede ser útil para mostrar al terapeuta la forma en que puede incluso usar estas triangulaciones en beneficio de la familia y aclarar su situación con respecto a las triangulaciones que él ha vivido en el seno de su propia familia.

Desde la perspectiva del modelo, todas las personas vivimos relaciones triangulares, el punto es ¿qué tanto nos ha tocado ser el ángulo abandonado, maltratado o menos saludable de los tres? Siguiendo esta construcción teórica, nuestras relaciones triangulares primarias ¿cómo influyen en la

VI. REFERENCIAS.

- Ackerman, N. W. (1937). En N. W. Ackerman (1988), *Diagnóstico y Tratamiento de la Relaciones Familiares*. Argentina: Ediciones Hormé.
- Ackerman, N. W. (1958). En N. W. Ackerman (1988), *Diagnóstico y Tratamiento de la Relaciones Familiares*. Argentina: Ediciones Hormé.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- — (2002). Palabras preliminares. En G. Licea, F. I. Paquentin y H. Selicoff (comps.), *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde, Instituto de Psicoterapia. Pp. III – IV.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar. *Psicoterapia*, Vol. 2, No. 6 - 7, 41 – 69.
- — (1988). Human Systems as Linguistic System: Preliminary and Envolving Ideas About the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27, 371 – 393.
- — (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (eds.), *La terapia como construcción social*. España: Ed. Paidós. Pp. 45 – 60.
- — (1998). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En D. Fried (ed.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pp. 293 – 306.
- Andolfi, M. (1990). *Terapia Familiar*. México: Ed. Paidós.
- Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC) (1995). *Encuesta sobre Violencia en la Familia*. México: COVAC.
- Ariés, P. (2000). *Morir en Occidente*. Argentina: Adriana Hidalgo Editora.
- Auerswald, E. H. (1990). Reflexiones sobre el pensamiento en Terapia Familiar. En Ch. H. Fishman y L. B. Rosman (comps.), *El cambio familiar: Desarrollo de Modelos*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 27 – 41.
- Aumann, V. y Iturralde, C. (2003). En J. Corsi (comp.), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pp. 73 -126.
- Austin, J. L. (1996). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- Aurón, F. (2000). *La sinfonía de la supervisión*. En M. Centeno, P. Barrientos, D. Juárez y R. Jiménez (comps.), *La Terapia Familiar en México. Hoy*. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala. Pp. 217 – 236.
- Aurón, F. y Troya, E. (1988). En O. Desatnik, A. Franklin y D. Rubli (2002), *Visiones, Revisiones y Super-visión del Proceso de Supervisión. Psicoterapia y Familia, Vol. 15*, 47 – 56.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1979). *De sapos a príncipes*. Santiago: Ed. Cuatro Vientos
- Bateson, G. (1959). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1971). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1976). En B. Keeney (1991), *Estética del cambio*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). En G. Bateson (1991), *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Argentina: Ed. Planeta
- Beltrán, R. L. (2002). *La construcción de realidades alternativas en las interacciones verbales. Análisis de la conversación terapéutica*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Bell, J. E. (1961). Family Group Therapy: A New Treatment Method for Children. *Family Process*, 6, 254 – 263.
- Berg, K. I. y Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. España: Ed. Gedisa.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1966). En K. J. Gergen (1996), *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Berman, M. (2001). *El reencantamiento del mundo*. Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. España: Ed. Paidós.
- ____ (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1973). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1986). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (2001). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Bowen, M. (1976). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.

- ____ (1978). En L. Hoffman (1987), *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ____ (1988). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Vol. I. Bilbao, España: Ed. Desclee De Brouwer, S.A.
- ____ (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Vol. II. Bilbao, España: Ed. Desclee De Brouwer, S.A.
- ____ (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- ____ (1993). La esquizofrenia como fenómeno multigeneracional. En M. M. Berger (comp.), *Mas allá del doble vínculo*. Barcelona: Ed. Paidós. Pp. 113 – 134.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Boylan, R. (1972). *Infidelity*. New York: Dell.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Ed. Paidós.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. España: Ed. Paidós.
- Carter, E. (1991). Divorcio: el de él y el de ella. En M. Walters, B. Carter, P. Papp y O. Silverstein (eds.), *La red invisible*. México: Ed. Paidós. Pp. 279 - 317.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Ed. Grijalbo.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. España: Ed. Herder.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Family Process*, Vol. 26, No. 4, 405 – 413.
- ____ (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En S. McNamee y K. J. Gergen (comps.), *La terapia como construcción social*. España: Ed. Paidós. Pp. 111 – 120.
- ____ (1998). Construcciónismo social e irreverencia terapéutica. En D. Fried (comp.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pp. 333 – 350.
- ____ (2002). *Irreverencia*. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1993). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Sistemas familiares*, Vol. 9, No. 3: 21 – 31.
- Corsi, J., Dohmen, M. y Sotés, M. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Argentina: Ed. Paidós.

- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. España: Ed. Paidós.
- ____ (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Ed. Paidós.
- ____ (1992). *Claves en Psicoterapia Breve*. España: Ed. Gedisa.
- ____ (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, Vol. 25, No. 2: 207 – 222.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del Proceso de Supervisión. *Revista Psicoterapia y Familia*. Vol. 15, 47 – 56.
- ____ (2002). Supervisión y entrenamiento en supervisión. *Revista Psicología Iberoamericana*. Vol. 7, No. 2: 59 – 63.
- Díaz-Loving, R.; Pick, S. y Andrade, P. (1988). *Génesis de la infidelidad en hombres y mujeres. La psicología Social en México*. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Dirección de Prevención a la Violencia Familiar. (1999). *Modelo de Atención Psicosocial para las Unidades de atención a la violencia familiar*. Monografía. México.
- Dutton, D. y Golant, S. (1997). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Eguiluz, R. L. (1999). La supervisión en los diplomados de terapia familiar. *Revista Psicología Iberoamericana*. Vol. 7, No. 2: 28 – 32.
- ____ (2001). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. Tlaxcala: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Elkaïm, M. (1982). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1988). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1993). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1995). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- ____ (1998a). Autorreferencia, intersecciones y ensambles. En M. Elkaïm (comp.), *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Ed. Paidós. Pp. 111 – 113.
- ____ (1998b). En los límites del enfoque sistémico en psicoterapia. En D. Fried (comp.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pp. 313 – 331.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Espinosa, S. M. R. (1992). *El Ciclo Vital en Familias Mexicanas: características culturales y estructura familiar*. Tesis de Maestría. México: Universidad de las Américas.

- Estrada, L. (1994). *El ciclo vital de la familia*. México: Ed. Posada.
- Fairbairn, W. R. D. (2003). En E. Goldbeter-Merinfeld, *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Fernández, E., London, L. y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En G. Licea, F.I. Paquentin y H. Selicoff (comps.). *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde. Pp. 3 – 24.
- Fiorenza, A. (2003). *Niños y adolescentes difíciles*. Barcelona: Ed. Integral.
- Fisch, J. H., Weakland, J. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Foerster, H. Von. (1981). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Friedman, S. (2001). Librarse de las Furias: una travesía desde la autocompasión a la autovaloración. En S. Friedman (comp.), *El Nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 169 - 197.
- Furman, B. y Ahola, T. (1992). *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*, New York: W. W. Norton.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Ed. Paidós.
- ____ (1996a). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Ed. Paidós.
- ____ (1996b). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. I*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 139 – 179.
- Glaserfeld, E. Von. (1981). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Glaserfeld, E. Von. (1994). Introducción al Constructivismo radical. En P. Watzlawick (comp.), *La realidad inventada: ¿cómo sabemos lo que creemos saber?*. Buenos Aires: Ed. Gedisa. Pp. 20 – 37.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (1998). El tercero ausente en el sistema. En M. Elkaïm (comp.), *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Ed. Paidós. Pp. 87 – 91.
- ____ (2003). *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. y Walter, G. (1990). Amor y violencia: paradojas de género en las relaciones volátiles. *Family Process, Vol. 29*, 343-364.
- Graham, D., Rauling, E. y Ramini, N. (1998). *Perspectivas feministas sobre el abuso de esposas. Sobrevivientes del terror. Mujeres maltratadas, rehenes y el Síndrome de*

Estocolmo. (monografía). Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario del Estado de Coahuila.

- Griffith, W. (1999) y Jenkins, D. (1996). La perspectiva de cuatro terapeutas sobre la teoría y la práctica del equipo reflexivo. En G. Licea, F.I. Paquentin y H. Selicoff (comps.), *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde. Pp. 55 – 56.
- Haley, J. (1976). En W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis (1990), *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- ____ (1980). En B. Keeney, y J. Ross, *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- ____ (1984). *Terapia de ordalía*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- ____ (1989). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- ____ (1990). *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- ____ (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Haley, J. y Rabkin, R. (1977). En W. O'Hanlon, y M. Weiner-Davis (1990), *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D, C.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- ____ (1990). Constructing Realities: An art of lenses. *Family Process*, Vol. 29, No. 1, 1 – 11.
- ____ (1991). A reflexive stance for family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, Vol. 10, No. 3 y 4, 4 – 16
- Imber-Black, J. R. y Whiting, R. (comps.) (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. España: Ed. Gedisa
- INEGI (2000). *Mujeres Y Hombres de México*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Iturralde, C. (2003). Familia y Pareja: Comunicación, Conflicto y Violencia. En J. Corsi (comp.), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pp. 171 - 238.
- Jackson, D. (1968). *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Ed. Paidós.

- Keeney, B. y Ross, J. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Kùbler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- ____ (1997). *Una vida para una buena muerte*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Kuhn, T. (1970). *Estructura de las revoluciones científicas*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lagarde y de los R. L. M. (2001). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lipchick, E. y de Shazer, S. (1986). La terapia breve centrada en la solución. En M. Selekman, *Abrir caminos para el cambio* España: Ed. Gedisa. Pp. 18 – 21.
- Madanés, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Maturana, H. (1980). En Glaserfeld, E. Von. (1996). Aspectos del Constructivismo Radical. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. I*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 23 - 49
- ____ (1988a). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. I*. (p. 56 – 65). Barcelona: Ed. Gedisa.
- ____ (1988b). Seres humanos individuales y fenómenos sociales humanos. En M. Eklaiim (comp.), *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Ed. Paidós. Pp 121 – 125.
- ____ (1988). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1989). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Maruyama, M. (1963). En B. Keeney. (1991), *Estética del cambio*. Barcelona: Ed. Paidós.
- McCulloch, W. S. (1965). En B. Keeney. (1991), *Estética del Cambio*. Barcelona: Ed. Paidós.
- McNamee, S. (1997). El discurso del agotamiento: una investigación Construccionalista Social. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. II*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 173 – 193.
- Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- ____ (1991). *Caleidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Ed. Paidós.
- Minuchin, S. y Nichols, M. (1994). *La recuperación de la familia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Mouly (1998). En C. Rodríguez et al. Informe Anual del 2002 - 2003, de la Clínica de Terapia Familiar de la Sede Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco. México.

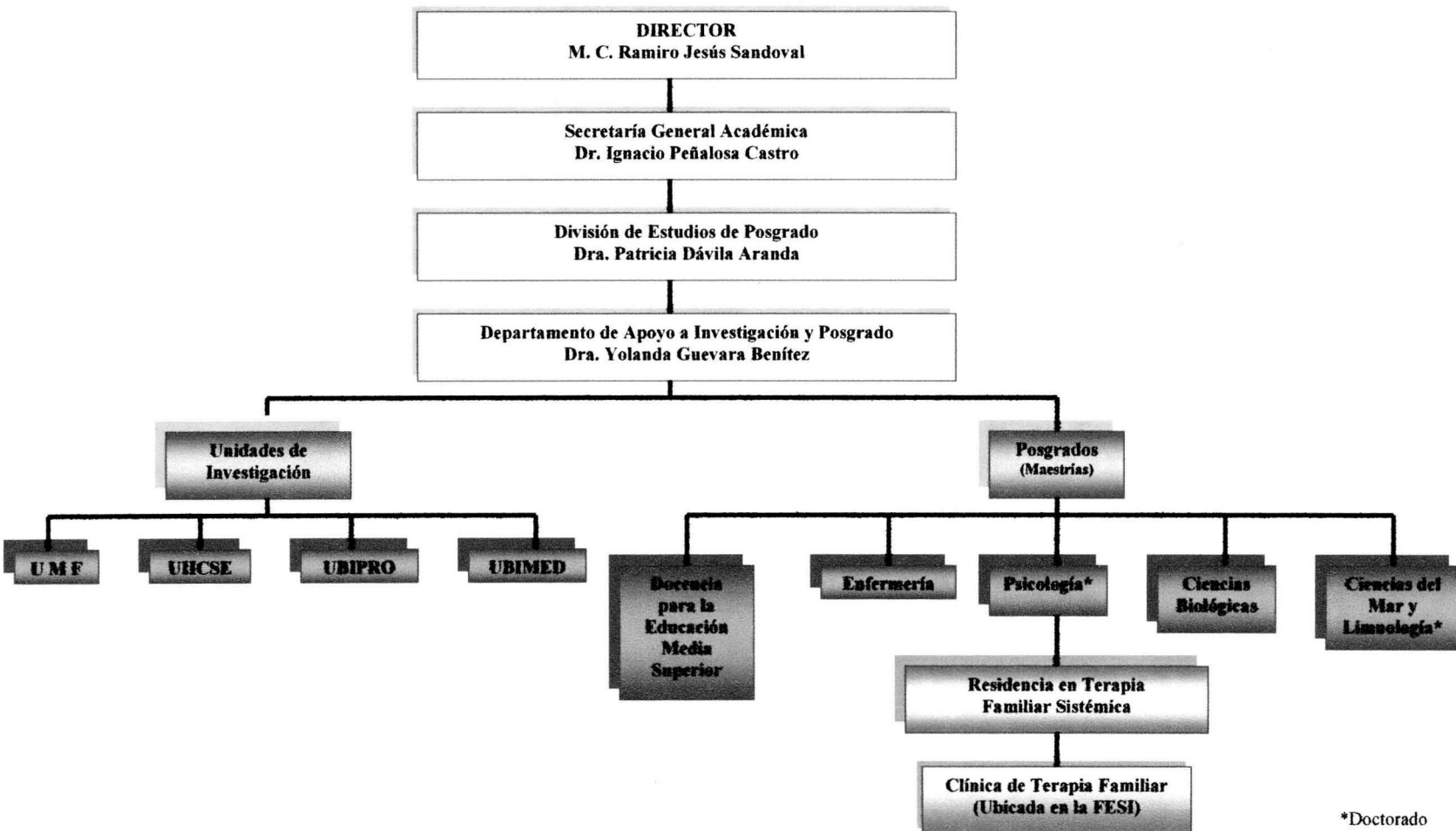
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de Familia*. España: Ed. Herder.
- Neuburger (1995). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- ____ (1997). *La familia dolorosa. Mito y terapias familiares*. Barcelona: Ed. Herder.
- Neumann, V. (1947). En J. Wittezaele y T. García (1994), *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Ed. Herder.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Ed. Herder
- O'Connor, N. (1999). *Déjalos ir con Amor*. México: Ed. Trillas.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas*. Barcelona: Ed. Paidós.
- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. España: Ed. Paidós
- O'Hanlon, y Wilk (1987). En W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis (1990), *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (Comps.). (2001). *Bill O'Hanlon, desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Paul, N. (1967). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder.
- Paul, N. (1986). En E. Goldbeter-Merinfeld (2003), *El duelo imposible*. España: Ed. Herder
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Pérez, A. (2001). Necesidades e implicaciones éticas en Terapia Familiar. En R. Eustace (ed.), *Ética y Estética en la Terapia Familiar en México*. (pp. 123-139). México: Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C. Pp. 123 - 139
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Ed. Paidós.
- CORIAC (Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A. C.). (1997). *Programa de hombres renunciando a su violencia*. Manuscrito no publicado. México.
- Rage, A. E. y Tena, S. A. (1999). Propuestas para la supervisión en la Maestría en Psicología de UIA, Santa Fe, México. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 7, No. 2, 12 – 18.
- Ravazzola, M. C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Argentina: Ed. Paidós.

- Robles, R. (Agosto, 2000). *Declaraciones al periódico Reforma*. México.
- Robles, R. y Abia, J. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
- Rossi, E. (1980). En W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis (1990), *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- Rossi, E., Ryan, M. y Sharp, F. (1983). En W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis (1990), *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- Rubli, D. y Franklin, A. (2001). Dilemas morales en la Práctica Terapéutica. En R. Eustace (ed.), *Ética y Estética en la Terapia Familiar en México*. México: Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C. Pp. 65 - 74.
- Sahagún, A. (1993). *Integración sexual humana*. México: Ed. Trillas.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Ed. Manual Moderno.
- Savater, F. (1998). *Ética para Amador*. México: Ed. Ariel.
- ____ (2003). *El valor de elegir*. México: Ed. Planeta.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. España: Ed. Gedisa.
- Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Selvini, P. M., Boscoso, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja*. México: Ed. Paidós.
- Shannon, C. (1949). En M. Ceberio y P. Watzlawick (1998), *La construcción del universo*. España: Ed. Herder.
- Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Simon, B. F., Stierlin, H. y Wynne, C. L. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa
- Sluzki, C. (1983). Process, structure, and world view: Toward and integrated view of systemic models of Family therapy. *Family Process*, Vol. 22, No. 4, 359 – 376.
- ____ (1984). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *1er. Congreso Argentino y 2do. Encuentro Nacional de Terapia Familiar Sistémica*. Santa Fe, Argentina. Pp. 53 – 59.
- ____ (1986). En L. Boscolo, y P. Bertrando (2000), *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

- Stanton, M. D., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleinman, J., Mowat, D., Riley, P., Scout, S. y Van Deusen, J. (1990). Un modelo conceptual. En M. D. Stanton y T. Todd (comps.), *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 25 -42.
- Stierlin, H. (1997). *El individuo en el sistema. Psicoterapia en una sociedad cambiante*. Barcelona: Ed. Herder.
- Szasz, T. (1961). En W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis (1990), *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- Tarragona, S. M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Revista Psicología Iberoamericana*. México: Universidad Iberoamericana. Vol. 7, No. 2, 68 – 72.
- Thompson y Rosch (1991). En L. Boscolo y P. Bertrando (2000), *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Walker, L. (1979). *Amor que aterroriza. Por qué matan las mujeres golpeadas y cómo responde la sociedad*. Nueva York: Harper y Row.
- Watzlawick, P. (1976). En I. Ochoa de Alda (1995), *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Ed. Herder.
- ____ (1989). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1986). *Cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J. y Jackson, D. D. (1991). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- ____ (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- ____ (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Whitehead, M. y Russell, B. (1910). En M. Ceberio y P. Watzlawick (1998), *La construcción del universo*. España: Ed. Herder.
- Wiener, N. (1948). En M. Ceberio y P. Watzlawick (1998), *La construcción del universo*. España: Ed. Herder.
- ____ (1982). En L. Eguiluz (2001), *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. Tlaxcala: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Tlaxcala.

VIII. ANEXOS

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



*Doctorado

**CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR ISSSTE
TLANEPANTLA**

Subdelegación
médica

Dirección
C M F

Subdirección
médica

Subdirección
administrativa

Coordinación
de enseñanza
e
investigación

Coordinación
de atención
médica

Trabajo
social

Jefatura
de
enfermería

Coordinación
de archivo
científico y
vigencia de
derechos

Coordinación
de cirugía
general

Jefatura de
área de
recursos
humanos y
financieros

Jefatura de
área de abast.
y serv. Gral.

Licencias
médicas

Consulta
externa

Medicina
preventiva y
Salud
reproductiva

Odontología

Laboratorio
clínico

Radio-
diagnóstico

Estadística

Curaciones e
inyecciones

Jefatura
médica de
archivo
clínico

Jefatura
médica de
vigencia de
derechos

Farmacia

Almacén

Psicología

Clinica de Terapia
Familiar.

Visitas
domiciliarias

Unidad de
atención
primaria para
la salud

Central de
equipo y
esterilización
(CEYE)

Urgencias

ESTRUCTURA
ORGANICA

ESTRUCTURA TECNICO OPERATIVA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL ATZCAPOTZALCO

