

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 :
LAURA EDITH PEREZ LABORDE

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE AXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES:

TITULAR REVISORA:

MTRA. MA. DEL ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

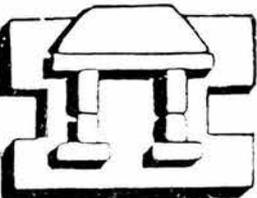
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

SUPLENTE: DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO

SUPLENTE: DRA. XOCHITL GALICIA MOYADA



IZTACALA

OCTUBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

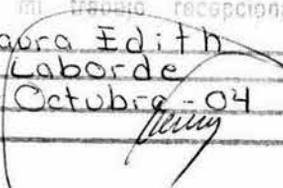
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM y al INAH en el proceso de préstamo e impresión el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Laura Edith

Pérez Laborde

FECHA: 1º Octubre - 04

FIRMA: 

GRACIAS

A las familias que depositaron en mí su confianza.

*A mis compañeros, compañeras y maestras que acompañaron
mi proceso de crecimiento.*

*A mi familia, papá, Manolo y Martha, quienes me dieron la fuerza
para enfrentar los retos que este proceso implicó.*

*A quienes le han dado sentido a mi esfuerzo:
Jorge y Angélica*

Índice

CAPÍTULO I. Introducción y justificación.

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática.....	4
1.1. Características del campo psicosocial	
1.2. Principales problemas que presentan las familias	
1.3. La Terapia Familiar sistémica y posmoderna como alternativa	
2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.....	14
2.1. Descripción del trabajo clínico, de las entidades, sedes y escenarios de participación	
2.2. Análisis sistémico de los escenarios clínicos	

CAPÍTULO II. Marco teórico.

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.....	26
1.1. Del Modernismo al Posmodernismo	
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención:	
a) Modelos Sistémicos	
Terapia Familiar Estructural	
Terapia Breve enfocada a Problemas	
Terapia Estratégica	
Terapia de Milán	
Terapia Breve centrada en Soluciones	
b) Enfoques terapéuticos posmodernos	
Terapia Narrativa	
Terapia Colaborativa	
Equipo Reflexivo	
c) Algunas reflexiones sobre los modelos expuestos.	

CAPÍTULO III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.....	55
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico	
1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias:	
"Hijos de padres violentos..... hijos de nadie."*	79
a) Construcción social de la violencia en la familia	
b) Alianzas, coaliciones y triangulaciones como una forma de maltrato infantil	
c) Problemática observada en las familias atendidas a propósito de las alianzas, coaliciones y triángulos	
d) Papel del terapeuta frente al maltrato infantil	
1.3. Análisis del sistema terapéutico total.	
2. Habilidades de investigación	98
2.1. Reporte de la investigación realizada	
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.....	110
3.1. Productos tecnológicos	
3.2. Programas de intervención comunitaria	
3.3. Reporte de la presentación de trabajos realizados en foros académicos	
4. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	130
4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	
Consideraciones Finales	133
Referencias.....	136

* Este tema se presentará en el examen de competencias profesionales para la obtención del grado de Maestría en Psicología.

CAPÍTULO I

Introducción y justificación.

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática.

1.1. Características del campo psicosocial

La Maestría en Psicología, con residencia en Terapia Familiar Sistémica es parte del proyecto de profesionalización del posgrado de la UNAM en el que la meta más importante es formar profesionales con un perfil de servicio a la sociedad y con habilidades para aplicar el campo de conocimiento a los problemas específicos de la comunidad, combinando el manejo teórico con el práctico, por lo que se hace necesario comprender las características del campo psicosocial en el que aparece, como una necesidad, la Terapia Familiar.

Cuando se habla de una sociedad en crisis pareciera que todos entendemos lo mismo, dando por hecho que la crisis se refiere a la situación económica, los problemas de seguridad pública y de marginación. En realidad estamos enfrentando algo mucho más complejo.

Un estudio realizado en 2003 con la población de Naucalpan, Estado de México (ARCOP, 2003) sobre percepción ciudadana arrojó que el desempleo y la inseguridad son los dos aspectos que más preocupan a las personas y ante los que sienten que menos soluciones existen.

Al observar el campo psicosocial aparecen varios problemas comunes a todas las familias, sin importar su procedencia. El que más ha llamado mi atención es la desconfianza que las personas tienen -tenemos- hacia las instituciones, las autoridades, la policía, los vecinos, la ciencia; en fin, la desconfianza hacia los otros.

La crisis parece estar sustentada en la dificultad para aceptar que muchas cosas en las que se creía no funcionan como se espera. Las religiones no tienen respuestas satisfactorias ante la injusticia, la enfermedad o la miseria, las reglas de relación social no detienen al delincuente, el matrimonio dejó de representar estabilidad para convertirse, en muchos casos, en un ámbito de control de la conducta, en otros de tortura y, en otros más, de un sin número de obligaciones que limitan los deseos personales; los mandatos sociales de género se evidencian como mecanismos de abuso de poder y de control social. El aparato ideológico no sustenta más nuestros actos individuales.

En lo macro social se encuentran las contradicciones que provienen de un sistema político que aliena a los ciudadanos, un sistema patriarcal que margina a hombres y mujeres destinando a cada uno a una suerte que le impide decidir quién quiere ser, inserto en toda práctica relacional humana; además, el sistema de valores contrapone lo que se desea con lo que se debe hacer.

En resumen, hablaríamos de la distribución inequitativa del poder y de la dificultad para explorar nuevas formas de interacción/ explicación, que están siendo exigidas por las condiciones de vida actuales en las que está presente la escasez de empleo, la dificultad para resolver asuntos básicos de vivienda, vestido y alimentación, la violencia social que se expresa en múltiples formas, los esquemas legales y de gobierno que son caducos y corruptos. Ante este panorama la dinámica de interacción entre las personas presenta nuevas exigencias.

Cada vez con más frecuencia las familias están encabezadas por mujeres que se enfrentan, sin mucho apoyo, a la manutención de sus hijos y al reto de incorporarse a la actividad laboral sin experiencia previa, ni sustento académico y al de hacer sobrevivir a su

familia con salarios miserables; por esta misma razón, viven en condiciones de gran desventaja, pobreza, hacinamiento, etc.

En 1997 el INEGI reportó que cuatro de cada cinco hogares son encabezados por mujeres y que la tasa de hogares con jefatura femenina aumenta conforme aumenta la edad. El 95% de hombres jefes de familia se encuentra viviendo en pareja mientras el 69% de mujeres jefas de familia son viudas, separadas o divorciadas; el 31% asume la jefatura del hogar a partir del desempleo de su pareja. El ingreso promedio de los hogares con jefatura masculina es de \$2,234, mientras en los hogares con una mujer como jefa de familia es de \$1,735.

Las personas jóvenes se encuentran un mundo lleno de contradicciones. Por un lado existe una gran exigencia para que se preparen, por otro, carencia de opciones laborales y el desarrollo tecnológico que los mantiene en constante contacto con cosas y personas a las que difícilmente accederán, generando desilusión y carencia de sentido hacia lo que les rodea, lo que los lleva a aferrarse a este mundo que les es vendido en los medios masivos de comunicación, las computadoras y los aparatos que les ofrecen hacerles la vida más simple.

Los hombres, por su parte, están enfrentándose a la necesidad de cambiar, al mismo tiempo que a la de permanecer como son. Socialmente se les exige que sigan siendo cabezas de familia, que provean y protejan, pero también que cuestionen su construcción acerca de la masculinidad, que acepten la importancia de las emociones, que participen en la educación de los hijos y que modifiquen sus patrones violentos de interacción; todo eso, sin dejar de ser hombres fuertes para cumplir con las expectativas de las y los demás (Corsi, 1995).

Esta condición de constante contradicción ha generado una peculiar dificultad para decidir hacia dónde caminar. Los esquemas que antes explicaban y guiaban los actos no

resultan funcionales en este momento y el rumbo, entonces, se vuelve incierto creando una especie de indefensión frente al otro, que resulta amenazante. Ante esta amenaza que se percibe, las personas buscan refugio en lo que conocen y se aferran a eso que, desde luego, los deja en un lugar vulnerable y sin obtener las respuestas que buscan, con lo que confirman que el mundo entero no es confiable.

La relación con los otros, cuando está presente la desconfianza, se convierte en un campo propicio para el desarrollo de actitudes de ataque y defensa, más no para la convivencia y el crecimiento personal.

1.2. Principales problemas que presentan las familias

Las familias se manejan, internamente, a partir de premisas que más bien son mitos asumidos como verdades incuestionables y que son las principales promotoras de conflictos entre quienes la integran y de otros en el nivel personal.

Los valores promovidos culturalmente en nuestro país han llevado a multiplicar la creencia de que “en todas las familias existen problemas”, por lo tanto, deben ser considerados como normales y esta afirmación tiene implicaciones importantes en cuanto a las pautas relacionales entre las personas al interior del núcleo familiar, hacia afuera de éste y, por supuesto, en la problemática que desarrollan.

Aunque parezca burdo, quizá podría englobarse a los problemas observados en las familias que se atendieron como problemas que surgen a partir de que alguno de los integrantes o varios o todos, no hacen lo que “deberían hacer” desde la perspectiva de los otros; y cada uno espera del otro conductas, emociones y pensamientos que son dictados por los mandatos sociales.

En general, las personas buscan ayuda terapéutica cuando el asunto que les preocupa está en una situación límite o insostenible. Uno de los principales motivos de consulta fue el desarrollo académico deficiente que generalmente encontramos junto a la desobediencia de los hijos, entendida como problema de conducta por padres y maestros.

Al explorar la situación se encontraba que los niños o adolescentes habían comenzado a mostrar dificultades desde hacía varios años, lo cual era atribuido a diversas situaciones que atravesaba la familia y había sido considerado como algo normal, tales como la muerte de algún familiar cercano, el nacimiento de un nuevo hermano, la enfermedad o accidente de alguien cercano, el cambio de escuela, haber sido víctima de una agresión sexual o conflictos entre los padres; o bien, se atribuía el problema a algún aspecto intra psíquico del niño o adolescente planteando que su conducta era producto de su dificultad para aceptar las reglas, del capricho o, simplemente, de su modo rebelde de ser.

Aún en casos extremos, como intentos de suicidio o deserción escolar, las familias llegaban a buscar ayuda cuando ya habían agotado los recursos “normales” que consideran su privilegio como familia como son los castigos, las amenazas respecto a perder algo, el aislamiento o la supervigilancia. Agotados estos recursos, sin haber obtenido la respuesta esperada las familias, regularmente las madres, comienzan un vía crucis para encontrar ayuda profesional que suele ser una dificultad tanto por el aspecto económico como por la escasez de terapeutas calificados lo cual es complicado para las familias ya que, por lo general, no cuentan con parámetros para evaluar la competencia del profesional y terminan aceptando intervenciones de quien esté más a la mano, que no siempre es el más apto para ayudarlos.

Ya sea que se trate de deficiencias en la escuela o en la conducta, la principal preocupación de los padres, que es reforzada por algunos profesionales, se refiere a su

competencia como padres. Si un niño no es obediente y buen estudiante no es como “deberían ser los buenos hijos” y si los padres no son capaces de hacerle obedecer y subir sus notas escolares, tampoco están siendo los padres que “debieran ser” porque socialmente se espera que las personas sean capaces de educar hijos y que encuentren la forma de hacer que se adapten mansamente a su medio social; que se conviertan en personas exitosas demostrando su capacidad para ello desde los primeros años de escuela, porque así “deben ser” los buenos estudiantes.

En el caso de las personas adultas, la mayoría de las mujeres que buscaron ayuda terapéutica ubicándose a sí mismas como el problema, llegaron planteando que se encontraban deprimidas, que no podían dormir, que no eran capaces de tomar decisiones o que su pareja no respondía como debiera ya sea porque tuviera alguna adicción, fuera infiel, estuviera jubilado, desempleado, enfermo o que simplemente no tuviera disposición hacia ella o sus hijos. En casi todos los casos, las mujeres terminaban acudiendo solas a las sesiones; la tristeza de las mujeres no convoca a una familia completa a terapia.

Convencidas de que es su deber estar bien para los otros, cuando las mujeres se sienten desesperadas por su situación asumen que deben “arreglarse” a sí mismas para poder continuar con su función en la familia. Como en la problemática de los hijos antes descrita, las mujeres llegaron a buscar terapia cuando estaban pensando en suicidarse o ya lo habían intentado, ante la amenaza de separarse de sus parejas o cuando comenzaron a notar que toda su familia estaba fuera de control y ellas ya no podían tolerarlo; pero su tristeza las estaba acompañando desde hacía mucho tiempo, sólo que no era importante mientras no estuviera afectando, notoriamente, a quienes ellas han construido como su motivo de vida, su esposo y sus hijos.

En cuanto a los hombres de las familias que se atendieron, las quejas eran dirigidas hacia ellos. En muchos casos su presencia en la terapia fue obligada por los problemas de los hijos o la petición de los terapeutas para que acudieran, siempre por los hijos. Las quejas de los demás miembros de la familia se relacionaban con lo que estos papás hacían o no hacían que era entendido por la familia como actos y omisiones respecto de lo que creen que deben ser los padres y los hombres; al mismo tiempo que estos actos y omisiones se asumen como abusos de jerarquía / poder.

Como ejemplo, algunas familias planteaban que el padre no asumía su responsabilidad respecto a los hijos, que los castigaba demasiado, los ignoraba o no les daba suficiente afecto y que el esposo no asumía su papel de apoyo y protección, así como su compromiso de amarla, en tanto ignoraba a su pareja, le daba prioridad a su trabajo, le era infiel o la maltrataba.

En realidad, en cada uno de los casos, se repetía el hecho de que el conflicto de pareja se había extendido hacia los hijos y que las parejas se negaban a trabajar en él dando por hecho que ellos debían sacrificar su relación en aras de salvarse como padres y salvar a sus hijos simultánea o prioritariamente, que es lo que creen que cualquier “buen padre debe hacer”.

1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa.

*“...actuar de acuerdo a los supuestos
lleva a construir realidades que los confirman”
(Ceberio y Watzlawick, 1998, p.114)*

Ochoa de Alda (1995) plantea que cualquiera que sea el problema que presente una persona debe ser entendido en contexto, relacionado con otros sistemas más amplios. La familia es el primer sistema amplio que rodea al individuo y por lo tanto ahí encontramos las posibilidades para el cambio.

Cuando se entiende a un problema como producto de procesos exclusivamente internos del individuo se están generando historias que reifican la realidad convirtiendo al individuo en la víctima de sí mismo y su circunstancia (Sluzki, 1992)

Las terapias familiares sistémicas y las posmodernas miran siempre al sistema y su papel en la problemática del individuo y también viceversa. Desde otros enfoques terapéuticos hace falta conocer los problemas, volverse un experto en ellos, para estar en posibilidades de proporcionar apoyo al consultante. En la Terapia Familiar el problema no es el protagonista ni el interlocutor, lo son los miembros de la familia, sus pautas de interacción (en las visiones sistémicas) y la significación respecto a las experiencias (en las visiones posmodernas).

Tratándose de problemas en la escuela, lo más común es que las madres recurran al personal académico buscando alternativas y que acepten la visión que les ofrezcan sobre el problema sin confiar demasiado en que solucionarán su queja; más bien aceptan ir a donde los envían pensando que harán lo que se les indica para demostrarle a la escuela cuán equivocados están, o bien para apegarse a los criterios escolares y ser aceptados como padres responsables y cooperadores (Selvini, 1990).

La primera alternativa suele ser, con mucha frecuencia, recurrir a un terapeuta individual que realice una evaluación del niño y les entregue un reporte de su situación, es decir que haga un diagnóstico. Posterior a éste es que se considera la posibilidad de acudir a terapia para el niño y algunas veces a Terapia Familiar, en el mejor de los casos. De cualquier forma, los problemas de los niños y adolescentes suelen ser el motor para movilizar a las familias hacia la búsqueda de opciones terapéuticas.

Al llegar al consultorio los padres traen a un hijo o hija con una etiqueta aceptada por todos (el de mala conducta, el rebelde, el flojo, el deprimido, el agresivo, el adicto) y entre

más especialistas se consultan, más “pegada” traerán la etiqueta así como una serie de certezas respecto a lo que esa etiqueta implicará en la vida de todos.

Esta forma de entender los problemas lleva a las personas a creer que lo que les pasa es una cosa terrible, tanto, que hasta un nombre se ha merecido tener en la literatura psicológica, en el apartado de las patologías, y que necesitan “arreglar” al que está descompuesto para que todo funcione mejor.

La Terapia Sistémica ofrece una visión diferente a las quejas que traen las familias que, generalmente, contribuye desde el inicio a alejarse de las definiciones patológicas y de la culpabilización hacia alguno de los integrantes. Por sí misma la redefinición del síntoma (Watzlawick, Weakland, Fish, 1999) modifica la forma de mirar al problema, lo hace solucionable cuando no tiene un nombre aterrador.

Las familias reaccionan comprometiéndose en el proceso de cambio cuando cada integrante asume su parte en éste, en lugar de dejarle “al que está mal” que solucione “su problema”. La inclusión de varios o todos los miembros de las familias en el proceso, no sólo permite que permanezcan en la terapia, sino que posibilita que los cambios se den de manera más rápida y permanente.

Antes de comenzar a atender a las familias, una de las discusiones que se generaba en el grupo era si las técnicas revisadas en la literatura eran aplicables a las familias mexicanas quienes tienen sus peculiaridades a partir de la cultura, la ideología y los roles que se manejan planteándose una dificultad inicial para aceptar la intromisión de un agente ajeno que cuestionara los papeles de cada uno y hablara de los problemas entre ellos, lo cual resulta difícil para las familias en tanto existe una idea generalizada de cuidar que los demás no sepan que hay dificultades pues eso amenaza la integración familiar.

Al iniciar la intervención se observaba que los modelos sistémicos y posmodernos, por el contrario de lo que se pensó, permiten al terapeuta moverse con la familia y cambiar sus modos de interactuar o de significar su realidad sin amenazarlos; ayudando a construir nuevas formas de interacción en las que el síntoma ya no es necesario y que son construidas a partir de ellos mismos.

En la problemática presentada por las diversas familias atendidas fue particularmente útil la visión del equipo terapéutico. Para un terapeuta que no ha estado casado o no tiene hijos a veces resulta difícil entender por qué una familia se niega a dejar crecer a sus hijos o cómo es que una mujer permanece en una relación que le causa daño. Las diferentes miradas del equipo introducen en la visión del terapeuta los aspectos que no están en sus vivencias, brindándole la posibilidad de integrarse al sistema familiar sin imponer su visión sobre cómo debería ser la vida de esas personas.

Keeney (1994) dice que “si el científico no reconoce las premisas que subyacen en su manera de operar, esta falla en su comprensión puede hacer que su trabajo resulte menos eficaz” (p. 21). El observador, dice la Cibernética del Segundo Orden, está incluido en su observación. Maturana, Varela y Von Foerster (citados en Sluzki, 1987) introducen la idea de que los procesos que miran el científico, terapeuta u observador no son cosas que ocurren “allá afuera” como plantea el paradigma positivista. Por el contrario, el ser humano construye la realidad porque forma parte de lo que observa.

En ese sentido la Terapia Familiar que trabaja con equipos terapéuticos, identifica la incapacidad humana para conocer a los consultantes y sus problemas “tal como son” y acepta las visiones de cada uno como aproximaciones a la realidad que solo son útiles para ampliar las posibilidades de construir contextos diversos en los que cada persona encuentra la manera de entender, afrontar y solucionar lo que le aqueja.

2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.

2.1. Descripción del trabajo clínico, de las entidades, sedes y escenarios de participación.

En 1975 se crea la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, originalmente llamada Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, como parte del programa de descentralización de la UNAM. Desde su creación, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala ha buscado cumplir los ideales universitarios que son formar profesionistas útiles a la sociedad, promover la investigación y difundir la cultura.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM; fue creado con la colaboración de académicos de la Facultad de Psicología, la Facultad de Estudios Superior Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y está considerada en el padrón de excelencia académica de CONACYT. En Agosto de 2001 inició la Residencia con las dos entidades académicas participantes, una en la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y otra en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El objetivo del programa, con esta modalidad, es la profesionalización, por lo que la formación combina asignaturas teóricas, metodológicas y 1600 horas de práctica clínica supervisadas a lo largo de dos años.

Las intervenciones clínicas del grupo de terapeutas familiares en formación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a lo largo de la Residencia, se realizaron en tres escenarios clínicos, uno de ellos en la entidad académica y dos en sedes externas: La Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la Clínica Tlanepantla del ISSSTE y el Colegio de Ciencias y Humanidades en Azcapotzalco que, al igual que la primera, pertenece a la UNAM.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala fue el primer escenario clínico. Inicialmente la atención se realizaba en un salón que se adaptó para el equipo terapéutico y las familias, ya que, aunque la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) cuenta con cámaras de Gessell, éstas se encontraban ya asignadas. Posteriormente fue posible usar una de esas cámaras, hasta que terminó de construirse el espacio para Terapia Familiar que es de uso exclusivo de la Residencia. Éste cuenta con su propia cámara de Gessell, equipo de intercomunicación, video grabación, teléfonos y sala de espera, todo lo cual pertenece a la División de Posgrado de Investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Durante el segundo semestre de la Residencia se inició la atención terapéutica de las familias simultáneamente en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y en la Clínica Tlanepantla del ISSSTE, cada una con dos supervisoras.

El equipo, conformado por 10 terapeutas se dividió a la mitad de manera que cinco terapeutas atendían a las familias de un escenario clínico y los demás fungían como equipo de supervisión, mientras en el otro ocurría inversamente. En cuanto se incorporó la nueva generación, durante el tercer semestre, ambos grupos se dividieron y cada equipo sólo acudía al escenario clínico que tenía designado, de manera que en cada uno había un equipo de cinco terapeutas de la primera generación y cinco de la segunda, quienes participaron únicamente como observadores hasta concluir su primer semestre; a partir del siguiente cada generación trabajó de manera independiente

La canalización de los casos para ser atendidos en Terapia Familiar se dio, inicialmente, a partir del área de evaluación psicopedagógica y posteriormente a través del área clínica de la CUSI o bien de profesores, estudiantes y empleados de la institución que comenzaron a recomendar personas para su atención.

En todos los escenarios clínicos se organizaban las sesiones con la misma lógica respecto a los horarios y las condiciones de atención. Una vez que se contaba con los datos de la familia que solicitaba la atención terapéutica, el caso era asignado por las supervisoras a los terapeutas y éstos hacían contacto telefónico con las familias para obtener más información sobre ellos, como el motivo de consulta y los antecedentes del problema, para acordar su cita, explicar las condiciones de trabajo respecto a la video grabación de las sesiones y acerca del equipo de terapeutas que estaría observando. Esto último se retomaba al inicio de la primera sesión para aclararlo frente a todos los miembros de la familia y se les pedía que firmaran una carta en la que aceptaban dichas condiciones. En esta carta también se especificaba la confidencialidad en el uso de las grabaciones y la información manejada en las sesiones.

Cada familia era citada quincenalmente, una semana acudían tres familias y la otra solamente dos. Las citas se hacían cada hora y media con el fin de contar con quince minutos de pre-sesión y realizar la discusión con el equipo sobre las líneas de intervención y quince minutos al final para retroalimentar al terapeuta sobre el trabajo realizado, respecto a futuras intervenciones o para brindarle un espacio de contención cuando así fue necesario. Al inicio de cada sesión el terapeuta era responsable de entregar al equipo un resumen de la sesión anterior y un breve análisis teórico-metodológico planteando las posibles intervenciones. Cada terapeuta y su equipo atendieron dos familias por semana con supervisoras distintas.

La Clínica Tlanepantla del ISSSTE pertenece al sistema de servicios de salud que el gobierno otorga a los trabajadores del Estado y está considerada dentro del primer nivel de atención. Cuenta con servicio de Psicología al que se canalizan los pacientes a criterio del médico familiar o del Área de Trabajo Social.

La inserción de los estudiantes de la maestría se dio a través de un acuerdo con el Jefe de Enseñanza de la Clínica y la atención se realizaba en el cubículo destinado a la psicóloga donde se adaptó el espacio para la atención de las familias. Los casos eran asignados por la psicóloga quien tomaba la decisión sobre quiénes eran candidatos para Terapia Familiar a partir de una o varias sesiones de ella con los pacientes. Durante algún tiempo el cubículo contiguo al de Psicología estuvo desocupado y se consiguió en la clínica una televisión y una video casetera. Una de las terapeutas prestó su cámara y se compraron los cables para improvisar un circuito cerrado. En uno de los cubículos estaba el terapeuta con la familia y, en el otro, el equipo de supervisión. En tanto no había equipo de intercomunicación con el terapeuta, se acordaba previamente en qué tiempo saldría para comentar con el equipo, si éste requería dar algún mensaje antes del tiempo acordado se tocaba la puerta para que saliera el terapeuta.

Posteriormente, el cubículo fue ocupado y las sesiones se llevaban a cabo en un solo cubículo con el equipo de supervisión presente en el mismo lugar que la familia. Se cuidó que las familias estuvieran de espaldas al equipo y que fuera el terapeuta quien lo tuviera de frente. Esta modalidad permitía tener mayor contacto con el terapeuta y pedirle que parara cuando el equipo deseaba comentar algo. Comúnmente, para intercambiar ideas entre el equipo y el terapeuta era la familia la que salía del cubículo; esto también facilitó la cuestión técnica ya que sólo se requería la cámara de video.

El Colegio de Ciencias y Humanidades en Azcapotzalco es una institución de educación media superior que pertenece al sistema de educación pública de la UNAM y fue la sede que se incorporó al Programa de la Residencia durante el tercer semestre.

A partir de una gestión de la coordinación de la Residencia ante la Dirección General, la Secretaría Estudiantil y la Dirección del C.C.H. Azcapotzalco, se realizó un acuerdo para proporcionar la atención terapéutica tanto a alumnos como a profesores y empleados de ese plantel.

En tanto se trata de una institución educativa, no contaban con un espacio adecuado para terapia por lo que la atención se llevó a cabo en un salón de clases del área Audiovisual en el cual el terapeuta atendía a las familias en presencia del equipo de supervisión. De igual manera que en la Clínica del ISSSTE, se cuidó que las familias dieran la espalda al equipo.

Las familias que se atendieron fueron referidas por el Área de Psicopedagogía ya que una de sus funciones es la detección y canalización de alumnos que requieren apoyo. Dicha área entregaba a la supervisora una ficha con los datos generales y una breve descripción del problema del alumno o profesor y el terapeuta asignado al caso hacía el contacto telefónico para acordar las citas.

Actualmente el C.C.H. ya cuenta con un espacio específico para llevar a cabo la Terapia Familiar, que fue construido a partir del trabajo que se realizó con las familias durante un año, en el que se mostró a las autoridades la gran demanda y necesidad de apoyo terapéutico que hay en su institución, así como la utilidad de la Terapia Familiar para incidir en la atención de su problemática particular.

Las actas de cada sesión eran elaboradas por un miembro del equipo que no era el terapeuta y se revisaban quince minutos antes de la sesión acordando con el equipo las posibles líneas de trabajo con la familia. Para hablar con el equipo, éste y el terapeuta salían del salón.

En esta sede se realizaron dos tipos de intervención, por un lado Terapia Familiar dirigida a alumnos y profesores de la institución con sus familias y, por otro, Intervención en Red con alumnos y sus familias en sesiones grupales durante el último semestre. Respecto a esta última, se elaboraron formatos para que los alumnos solicitaran apoyo psicológico, se les pedían sus datos generales y los motivos por los que deseaban ayuda.

Se acudió a los salones para ofrecer el servicio y se recolectaron las solicitudes. Posteriormente cada terapeuta llamó a los solicitantes y se estructuraron grupos de acuerdo al motivo de consulta. Como terapeuta, participé en los distintos escenarios clínicos de la manera que sigue:

Semestre	Sede	Equipo	Supervisoras	Familias Atendidas*	Motivo de Consulta	No. de sesiones y conclusión
2°	FESI	9 compañeros de grupo	Ofelia Desatnik y María Suárez	Familia Escobar. Padre, madre, un hijo y una hija.	El niño fue diagnosticado con depresión, la hija muestra comportamiento rebelde.	7 sesiones ALTA
3°	ISSSTE	4 compañeros de grupo y 5 de la 2ª generación	Rosario Espinosa y Susana González	Familia Sánchez. Padre, madre y dos hijas.	La hija de tres años presentaba miedos que la hacían privarse y la familia había comenzado a dejar de salir.	6 sesiones ALTA
3°	C.C.H. Azcapotzalco	4 compañeros de grupo y 5 de la 2ª generación	Carolina Rodríguez	Familia Rojas. Padre, madre, un hijo y una hija adolescentes.	La hija dejó de entrar a clases durante un año sin el conocimiento de sus padres.	7 sesiones ALTA
4°	FESI	4 compañeros de grupo	Ofelia Desatnik y María Suárez	Familia Morales. Padre y sus dos hijos, abuela paterna.	Desde que los padres se separaron y viven con el padre son incontrolables.	8 sesiones Aún en proceso
4°	FESI	4 compañeros de grupo	Luz de Lourdes Eguiluz y Xochitl Galicia	Marga Juárez.	Intentó suicidarse dos veces, plantea que se siente deprimida y constantemente piensa en matarse.	7 sesiones ALTA
4°	FESI	4 compañeros de grupo	Supervisión en relato y video. Carolina Rodríguez	Familia Santos. Madre e hijo.	El hijo intentó suicidarse, fue expulsado de la escuela y es incontrolable.	4 sesiones BAJA. Ya no podían acudir
4°	C.C.H. Intervención en red	4 compañeros de grupo y 5 de la 2ª generación	Carolina Rodríguez	Grupo: Un alumno con sus padres y una alumna con su madre.	El alumno odia a su padre y le tiene miedo ya que ha sido violento con él y con su madre. La alumna fue abusada sexualmente por su hermano, recientemente fue violada en la calle y siente que su madre no la apoya.	5 sesiones ALTA

TOTAL DE FAMILIAS ATENDIDAS: 8

* A lo largo de todo el reporte se encuentran modificados los nombres y apellidos de las familias con la finalidad de proteger su anonimato.

2.2 Análisis sistémico de los escenarios clínicos.

Cada uno de los escenarios clínicos en los que se trabajó tiene características institucionales distintas que hacen diferente la forma en que se insertó el trabajo de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica del Programa de Maestría en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La clínica del ISSSTE está organizada como cualquiera otra del sistema de salud pública. Cuenta con servicio psicológico, que es atendido por una persona solamente y la institución le exige atender dos pacientes por hora al mismo tiempo que crear programas preventivos dirigidos a la comunidad.

De acuerdo al programa de Reforma del Sector Salud (Diario Oficial, 1987) es obligación del sector salud prevenir y atender los problemas psicosociales a través de programas de apoyo a la comunidad y psicoterapéutico, que se nombra como “...consejo psicológico individual, familiar y en grupos con el fin de orientar a los usuarios para la confrontación de sus problemas de salud mental” (p.29).

Pero el sistema de salud o las personas que están al frente de éste (médicos) no identifican claramente las características del apoyo terapéutico ni las necesidades de las personas en este sentido. Algunos problemas psicológicos son concebidos como un problema de salud pública y en ello se sustenta la necesidad de atenderlos, no en la necesidad del individuo como tal. De hecho la decisión sobre la canalización hacia el servicio psicológico la toma el médico familiar, tal como lo hace respecto a enviar al usuario o derechohabiente (como ellos lo llaman) a una consulta de cualquier especialidad; no se da a petición del usuario.

En este sentido, la inserción de los terapeutas familiares en formación resulta peculiar. Para algunos usuarios es como “sacarse la lotería” porque está connotado como “haber llegado al especialista de especialistas” tras una larga espera, mientras que para los médicos resulta incomprensible que algunos de sus pacientes continúen presentando síntomas, considerados por ellos como somatizaciones, después de dos sesiones terapéuticas. Algunos otros pacientes llegaron al servicio prácticamente obligados por el médico quien decidió que “su enfermedad era de origen psicológico” y a veces hasta amenazan con negarles el servicio médico si no acuden al psicológico.

Desde luego estas condiciones no son el producto de la ignorancia o la maldad sino del funcionamiento de las instituciones y, más concretamente, del sistema nacional de salud pública que se encuentra rebasado, por mucho, ante la demanda de atención y la escasez de recursos, lo cual impide poner más atención en la calidad de los servicios.

Pero más allá de esto se encuentra una manera de construir la realidad. Con frecuencia el equipo de terapeutas se preguntaba: ¿La canalización de las personas al servicio psicológico proviene de una real conciencia respecto a la utilidad de la terapia o más bien responde a la búsqueda de una salida ante cuestiones a las que la medicina tradicional no tiene respuesta? Esa falta de respuestas ¿es atribuible a la medicina como tal o a la forma en que esta sociedad suele concebir los estados de salud-enfermedad?

Oblitas y Becoña (2000) plantean que el estado de salud ha sido visto tradicionalmente como la ausencia de la enfermedad, pero estar sano involucra el desarrollo de conductas saludables donde está incluido el aspecto emocional ya que la mayoría de las enfermedades son producto de prácticas sociales poco saludables que se relacionan con hábitos y creencias promovidos culturalmente, así como por la tensión

asociada a condiciones de vida estresantes que influyen en el estado físico e incrementan la posibilidad de contraer infecciones o desarrollar enfermedades.

De esta manera, la inserción de la Terapia Familiar en el sistema de salud pública, no sólo en la Clínica Tlanepantla del ISSSTE, pudiera ser un elemento que introduzca, poco a poco, un cambio de visión, si partimos de que un pequeño cambio en una parte del sistema provoque más cambios y rompa la homeostasis como lo plantea la Teoría General de Sistemas.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el CCH, por su parte, comparten algunas características que son mucho más compatibles con las posturas sistémicas o las posmodernas en tanto se trata de sistemas educativos que cuestionan, desde su estructura, la visión positivista del mundo y se mantienen abiertas al cambio.

El C.C.H. fue creado en 1971 y surgió como una alternativa educativa ante los movimientos sociales que cuestionaban el autoritarismo y la linealidad en las aulas, planteando formar alumnos con capacidad crítica y creativa que fueran no sólo respetadas sino fomentadas por sus profesores y por la misma institución, respondiendo, al mismo tiempo, a las necesidades de educación media superior de calidad, accesible y masiva.

En los planteles del C.C.H. el director no es la autoridad máxima; en el mismo nivel, se encuentra el Consejo Interno encargado de decidir, democráticamente, el rumbo de cualquier acción que se realiza en el plantel; el Consejo es elegido, democráticamente también, por alumnos y profesores.

Pero formar alumnos con estas características resulta un gran reto para la institución pues estos provienen de familias con sus propias construcciones de autoridad que responden al modo en que se mueve nuestra sociedad actualmente, con valores contradictorios, dificultades económicas, violencia en la familia, con índices delictivos en

aumento, drogas, cambios de roles por la inserción, cada vez mayor, de las mujeres al trabajo fuera del hogar, con gobiernos que tienen poca credibilidad.

Para los alumnos, el C.C.H. representa su posibilidad de encontrar el cambio, la identidad y la independencia que se busca en la adolescencia, al mismo tiempo que un espacio donde se evidencia la contradicción entre los ideales y la realidad que se encuentran cruzando la puerta.

Esta contradicción ha ido generando dificultades para que los jóvenes se adapten al sistema propuesto y se ha requerido que los planteamientos se vayan transformando para retomar algunas prácticas de supervisión y restricción hacia los alumnos, sin perder de vista los ideales con que fueron creados los C.C.H.

De esta forma surgió el programa de tutores en la Secretaría Estudiantil de la institución que tiene la finalidad de supervisar y apoyar de cerca a los estudiantes, tan cerca como es posible, dada la cantidad de alumnos. Los tutores intentan identificar las situaciones de riesgo académico y ponerles remedio. El Departamento de Psicopedagogía se encarga de proporcionar orientación a los alumnos pero no tiene la capacidad para dar atención psicoterapéutica, dada la estructura institucional y el tamaño de la población.

Por ello, la inserción de los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar se hizo factible. Esta se realizó mediante un acuerdo con la Dirección General de C.C.H. y el Director del plantel Azcapotzalco. Pero en este caso vale la pena preguntarse si sólo se trata de una conjunción de voluntades, coincidencia de objetivos o si de lo que hablamos es de coincidencia de tiempos.

Justo en este momento, lo que coinciden son las necesidades y las prioridades institucionales; los problemas sociales que enfrentan los adolescentes los colocan en situaciones de extrema vulnerabilidad y esto se refleja en su actividad académica y en sus

vidas. Por el otro lado, la UNAM extiende sus opciones para posgrado en esta modalidad profesionalizante respondiendo a la misma urgencia social.

El Departamento de Psicopedagogía apoyó el proyecto y se ha mantenido cerca del proceso, canalizando a los pacientes, armando los expedientes y aceptando cualquier idea que dé la posibilidad de atender más alumnos.

La construcción del espacio para Terapia Familiar en el C.C.H. Azcapotzalco significa que sus autoridades identifican las dificultades que están enfrentando con sus estudiantes, aceptan los resultados y posibilidades que ofrece la terapia y la visualizan como alternativa de ayuda. Probablemente esto abrirá aún más la puerta hacia el replanteamiento de las funciones de los tutores, del tipo de supervisión que se requiere desarrollar y a la relación que tendría que establecerse con las familias de los alumnos.

Como se comentó en el apartado anterior, el establecimiento de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala como entidad académica para la Residencia en Terapia Familiar resulta ser un hecho extraordinario porque significa un espacio ganado en el reconocimiento hacia el trabajo que ahí se hace y a las posibilidades de formación que es capaz de ofrecer. Por esa razón la Terapia Familiar se suma a las múltiples opciones que la FESI ofrece a la comunidad para atender sus necesidades de manera efectiva, profesional y a bajo costo.

CAPITULO II.

Marco teórico

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.

1.1. Del Modernismo al Posmodernismo.

La modernidad ubica sus inicios en el siglo XVIII y agota sus aportaciones a mediados del XX. Ser moderno implicó un proceso para liberar a los individuos de las ataduras de la religión y los introyectos construidos socialmente que se habían traducido en reglas de comportamiento atando a las personas en sus posibilidades creativas.

Tomas Parry (2001) plantea que el modernismo se mostró en los movimientos artísticos cuestionando cualquier elemento que oprimiera a las personas, exaltando el potencial humano para explorar y conocer el mundo desde sus propios ojos. La verdad, la justicia y la libertad se convirtieron en el estandarte y el pensamiento positivista surgió como el nuevo paradigma para explicar la realidad.

La verdad fue buscada a través de la ciencia y el método científico rastreaba el mundo objetivo, que estaba ahí y era susceptible de ser conocido a través de la sensopercepción humana, de tal modo que si no se ve no existe, si no es medible o replicable no es una verdad científica y generalizable. La objetividad, buscada en la ciencia, se basaba en la creencia de que si se aíslan las emociones o las creencias y se “afina” el ojo, se va a conocer al mundo tal como es y por lo tanto se puede explicar lo que ahí ocurre, incluyendo la conducta y las relaciones humanas.

Pero este paradigma terminó siendo insuficiente para explicar muchos fenómenos humanos y, en particular, para entender los cambios y las permanencias en las formas de ser y de actuar.

En 1945 Von Bertalanffy publica su Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy,1986) en la que habla de que el concepto de sistema no sólo es aplicable a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquiera que contenga o sea contenido entre partes que interactúan, es decir, también a los sistemas humanos.

Los sistemas poseen propiedades como la recursividad, la totalidad, la equifinalidad y equicausalidad que evolucionan y se autorregulan para lograr la homeostasis. Cuando Bertalanffy (1986) habla de estas características introduce un cuestionamiento. Si los humanos formamos parte de diversos sistemas, con las características señaladas, entonces el cambio de uno produce cambios en el otro, por lo tanto no es posible que los cambios en las personas provengan solamente desde su interior y sólo a él afecten.

Por otro lado, en 1948 Norbert Wiener escribe el libro *Cibernética* en el que se cuestionan algunos paradigmas físicos y matemáticos que planteaban una sola forma de ser de las cosas donde una causaba a la otra y, si acaso, viceversa, muchas ciencias creían que existe un orden único y obligatorio. La Teoría Cibernética proporcionó modelos teóricos para explicar fenómenos complejos y se le ha ubicado como la ciencia del control y la comunicación.

Los principios de entropía y negentropía se encuentran presentes en los sistemas vivos, entendida la primera como la tendencia al deterioro y la segunda como aquellos procedimientos que revierten dicho deterioro a través de la retroalimentación. Entre más cerrado sea un sistema, mayor tendencia tiene hacia el deterioro. Cuando cambian, pueden darse cambios continuos y correctivos en el sistema (cambios de primer orden) o cambios en el conjunto de reglas que rigen a ese sistema (cambio de segundo orden); los primeros buscan la homeostasis del sistema, los segundos, el movimiento de éste.

La Cibernética se rige por la idea básica de que existe una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. La estabilidad de un sistema depende de los cambios que permiten esa estabilidad. A este fenómeno se le ha llamado homeostasis, la cual es posible a partir de la retroalimentación negativa, es decir la inhibición de entradas de información al sistema. Si los cambios que se producen en un sistema aumentan la tensión en este, el sistema se destruye.

Todos estos postulados modificaron sustancialmente la concepción que se tenía del modo en que se organiza el conocimiento del mundo. La Teoría Cibernética junto con la Teoría General de los Sistemas y los nuevos paradigmas de la comunicación propuestos por Gregory Bateson cuestionaron la visión lineal del mundo.

En 1946 Bateson asiste a una Conferencia en Macy y escucha hablar de la retroalimentación de los sistemas. Bateson, interesado en la comunicación, encuentra en este concepto la explicación que necesitaba para encontrar el patrón que conecta a todos los elementos humanos y se apoya en la Cibernética y en la Teoría General de Sistemas para desarrollar una propuesta nueva en la comprensión de la comunicación que es uno de los pilares de la Terapia Familiar sistémica (Eguiluz, 2001).

Bateson, en 1956, y su equipo de investigadores, además de definir la comunicación, aportaron un conocimiento nuevo acerca de las razones por las que las personas desarrollan diversos conflictos en su interacción. Ellos planteaban que un problema en la comunicación humana que puede ser el responsable de importantes patologías, como la esquizofrenia, es el doble vínculo (Hoffman, 1981).

Las contribuciones de las teorías antes descritas fueron el marco para el desarrollo de la Cibernética de Segundo Orden. Los conceptos que se plantean en esta teoría fueron

desarrollados por Von Foerster, Maturana y Varela y parten de una idea fundamental: el mundo real no existe como tal, es una construcción del que lo observa (Sluzki, 1987).

El acto de observación es circular y recurrente, “lo que vemos da cuenta de nuestro modelo de conocer” de manera que la forma en que se organiza el modelo sobre el mundo y lo que acontece depende de la comunicación que el individuo tiene con su ambiente. La observación objetiva, tan valorada por la ciencia, se convierte en un mito a partir de este planteamiento ya que no es posible conocer lo de “afuera” sin que en ello esté incluido el que observa. El conocimiento pauta la mirada del observador, el acto de conocer es auto referencial, por tanto se mira lo que es relevante para quien mira y solo para él (Keeney, 1994). En ese sentido no puede decirse que el conocimiento sobre algo nos proporcione una imagen objetiva de ello, sino que nos da un mapa a través del cual vemos, de tal forma que el “mapa no es el territorio” que es una frase retomada por Bateson (1976), planteada originalmente por Korzybsky en 1958 (citado en Eguiluz, 2001).

El conocer es un acto que implica trazar distinciones y hacer categorizaciones sobre las cosas a partir del conocimiento previo que tenemos, las teorías pautan la mirada del observador. La cibernética del segundo orden o cibernética de la cibernética es la ciencia de los sistemas observantes, donde el observador está incluido en su observación y es el sustento de muchos de los enfoques que se utilizan actualmente para realizar Terapia Familiar.

Pero ¿qué significan todos estos conceptos para un terapeuta que es consultado por una familia?

La concepción que se tenía del papel del terapeuta, de los integrantes de una familia, del síntoma y de la familia en su conjunto ubicada en el contexto social, se modificaron a partir

de que se le comenzó a ver a través de las miradas que ofrecieron las teorías y postulados antes descritos de tal manera que:

- La familia se concibe como un sistema vivo.
- Cada uno de los miembros, juega un papel como parte del sistema.
- Cuando una parte del sistema se moviliza, las demás también lo hacen.
- Algunos cambios que se hacen en el interior de las familias buscan mantener el equilibrio (cambio del primer orden) y otros el cambio (cambio de segundo orden).
- Cuando las familias intentan mantener la homeostasis con actos recurrentes de retroalimentación negativa (restringir la entrada de información) el sistema se destruye y genera síntomas en uno o más miembros de la familia.
- Lo más importante para entender a una familia es poder mirar cómo comunican, no tanto el contenido de esa comunicación.
- El terapeuta, desde los conceptos aportados por la cibernética del segundo orden, no puede ser un observador de lo que ocurre en una familia; lo que mira es un producto de quién es él y de cómo mira; por lo tanto, es necesario incluir otros sistemas observantes que amplíen su mirada.

Aunque cada modelo ha retomado los postulados, cada uno lo ha aplicado con distintas visiones, las cuales se explicarán en el siguiente apartado; sin embargo estas ideas cuestionaron el paradigma clásico del modernismo y dieron paso a lo que se conoce como Constructivismo.

El saber, dicen los constructivistas, se construye a través de procesos del individuo, que lo hacen mirar la realidad de cierto modo y actuar en consecuencia respecto de esa realidad que está mirando. El objeto no está ahí para que el sujeto lo conozca con sus sentidos o por medio de sofisticados métodos, sino que es construido por él a partir de sus propias experiencias y su visión del mundo.

Von Foerster (citado en: Ceberio y Watzlawick, 1998), planteaba que existe una relación inseparable entre el sistema observador y el observado, de tal manera que lo que vemos no existe como tal. El constructivismo pone en la discusión el aspecto de la objetividad en la ciencia que, en ese entonces, surgía como una necesidad social. Para los

seguidores de esta corriente la objetividad no sólo no es útil sino imposible, en tanto lo que percibimos no es, de ninguna manera, una copia de la realidad.

En la práctica terapéutica el Constructivismo aportó la idea de que la construcción mutua de la realidad cuenta más que la búsqueda de la verdad. En 1987, en Palo Alto, California, los terapeutas comienzan a hablar de los mapas del mundo que la gente hace y practican la Terapia Familiar partiendo de esa idea.

El pensamiento posmoderno ubica sus inicios a finales de los 60's cuestionando los conceptos de racionalidad y objetividad y se hace un nuevo planteamiento al que se ha llamado Construcción Social. Desde esta visión la acción humana es producto de sus relaciones sociales, no de la forma en que mira al mundo (Gergen, 1989).

Los significados, el yo y las emociones nacen en un contexto relacional y se manifiestan en las narraciones de las personas, por tanto el lenguaje es el vínculo a través del cual los humanos se representan mutuamente el mundo y dan significado a los actos. Cada acto humano surge en un contexto social que le da significado; sin penetrar en este resulta incomprendible lo que cada uno hace, dice, siente o piensa (op.cit.).

La ciencia no puede ser objetiva, de la manera en que pretende serlo, en tanto es producto del intercambio humano y en éste toda interpretación se hace en contexto.

Los enfoques terapéuticos tradicionales surgen de la idea de la búsqueda de la verdad y de los hechos científicos. Dentro de esta tradición, sólo por medio de la observación directa se comprueba que se sabe lo que se pretende saber. Sólo el análisis riguroso permite entender el comportamiento verdadera y objetivamente y así es posible determinar cuál es normal y cuál patológico.

Para el Construccinismo Social, el comportamiento humano no es observable objetivamente porque la observación está determinada por la interpretación que hace el que observa y los significados que atribuye, los cuales se dan en un contexto relacional.

Con esta premisa básica, el Construccinismo Social cuestiona las ideas tradicionales y modernas de la terapia y propone otras nuevas que se han construido a partir de los postulados básicos del posmodernismo, que son:

- Todo conocimiento es una construcción que está inmersa en una cultura.
- No existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones basadas en el contexto social.
- No existe una verdad objetiva, sino verdades en contexto.
- Existe pluralidad de realidades.
- Lo más importante al conocer es el proceso de auto-reflexión, más que la observación del otro, ya que el otro es una construcción del que lo ve.
- El lenguaje no es inocente.
- Suponer que existen verdades absolutas implica establecer una relación de poder con los otros.
- El cambio de las personas se da en el contexto relacional y no en el interior de ellas.

Asumir una postura construccionista ha requerido un salto epistemológico y, por lo tanto, práctico en la concepción de la terapia así como en el modo de hacerla.

Gergen (2002) plantea que el Construccinismo Social ha sido acogido por la Terapia Familiar y la ha influido en cinco aspectos, que son distintas dimensiones del trabajo y concepción terapéuticos:

1. *Primera dimensión.* La terapia tradicional se concentra en los estados mentales del individuo. Por lo tanto, la meta del terapeuta es transformar la mente individual. En la terapia basada en la construcción social lo que "a cada uno le pasa" es, más bien, "lo que ocurre entre personas". La terapia es un proceso de transformación del discurso.

2. *Segunda dimensión.* La mayoría de las prácticas terapéuticas mantenían la idea de que para curar a la persona era necesario atenderlo en privado para hablar, en privado, de sus relaciones con los otros. La transición construccionista exige darle un lugar central a la relación. El lenguaje es un fenómeno relacional, una acción con y entre los otros. Bajo esta premisa, entonces, el significado no está ubicado dentro de la mente del individuo sino que surge continuamente del proceso relacional, por lo tanto es dentro de la relación cliente-terapeuta donde se co-construyen los significados.

3. *Tercera dimensión.* Las terapias tradicionales buscaban "la verdad". El Construccionismo Social pone en tela de juicio esta premisa y acepta que existen diferentes construcciones de lo real - cada una válida dentro de su propia comunidad - lo que le quita vigencia al concepto de una "verdad única y coherente", pues esta concepción es simplista y potencialmente opresora. Puesto que las personas están inmersas en múltiples relaciones les interesa encontrar alternativas más que conocer las causas del problema.

4. *Cuarta dimensión.* El modelo médico había influido de manera importante a la Psicología, de tal modo que los problemas de los pacientes se definían como enfermedades, elegantemente llamadas patologías. La tarea del terapeuta, desde esa perspectiva, es conocer el problema y ponerle un nombre, es decir diagnosticarlo. El enfoque construccionista, en cambio, postula que es un error suponer que existen "problemas" o enfermedades independientes de la interpretación que hacemos de ellos.

El construccionista piensa que el "problema" es tan solo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación, puesto que los "problemas del mundo" no determinan nuestra forma de hablar, lo hacen las convenciones lingüísticas. Cuando el terapeuta explora los problemas del cliente los magnifica

haciéndolos una realidad palpable. Además, cuando el terapeuta nombra al problema, se convierte en el experto estableciendo una relación de poder que impide al consultante encontrar historias alternativas.

5. *Quinta dimensión.* La terapia tradicional privilegia las deficiencias psicológicas del individuo, las cuales viven en la mente del individuo. La terapia, entonces se dirige a lograr ahí el cambio, que dependerá de la relación terapéutica. Desde la mirada construccionista se plantea que el proceso de generar significados es continuo y se da en cada una de las relaciones, por lo tanto, lo que ocurre dentro de la terapia no es lo único que ayuda al individuo a generar nuevos significados. La labor del terapeuta es usar su lenguaje para abrir los canales que ayuden a la persona a hacerlo (co-generar significados).

Mirando hacia esas dimensiones, la terapia debe estar dirigida hacia las transacciones que se dan en la construcción de los significados ya que los actos humanos están moldeados por estados intencionales y no por fuerzas ocultas (Bruner, 2002).

1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención

A lo largo de la Residencia se revisaron cinco modelos de Terapia Familiar Sistémica que están basados en los postulados de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de Comunicación y tres que emergen de los planteamientos posmodernos del Construccionismo Social. A continuación se presentan los planteamientos generales de cada modelo así como su aplicación terapéutica.

a) Modelos Sistémicos

Terapia Familiar Estructural

La Terapia Familiar estructural nace en los 70's y retoma, inicialmente, los conceptos de la primera Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación para explicar lo que ocurre en una familia y para diseñar sus intervenciones.

Umbarguer (1983) plantea que las estructuras vivas deben mantenerse fluyendo, una nueva nace como resultado de la inestabilidad. La familia es un sistema abierto en transformación cuyas características son:

1. Se divide en subsistemas ordenados jerárquicamente: subsistema parental, subsistema fraterno, subsistema conyugal, subsistema individual.
2. Los subsistemas se crean y perduran porque establecen fronteras claras.
3. El desarrollo normal individual y de la familia incluye cambios y crisis.
4. Los problemas surgen cuando la familia se "atasca" en la homeostasis. Los síntomas cumplen una función homeostática.

La familia es un grupo natural que cambia con la sociedad pero se mantiene a partir de dos objetivos. Por un lado cumple una función de proporcionar protección psicosocial a sus miembros y por otro permite su acomodación en la cultura. A través del tiempo, la familia va elaborando pautas de interacción que se repiten formando lo que se conoce como estructura familiar.

La estructura familiar es mantenida por dos sistemas de coacción. El sistema genérico que se refiere a las reglas que gobiernan la organización familiar y el idiosincrático que son aquellas expectativas que se generan en la familia y que quedan como pautas de interacción.

Cuando una familia manifiesta un problema, éste será entendido como un problema en la interacción entre los miembros, nunca como un problema individual del que los otros son sólo espectadores; ninguno de los miembros tiene control unilateral de lo que sucede.

Las premisas de las que parte la terapia estructural son (Minuchin, 1974):

1. La vida psíquica no es sólo un proceso interno.
2. Al modificar la estructura se producen cambios en la conducta.
3. La conducta del terapeuta se incluye en el contexto.

La meta de la terapia estructural será eliminar el síntoma reubicando a sus miembros respecto a su función en el sistema. En tanto la familia ha desarrollado normas que mantienen la homeostasis para lograr un cambio será necesario cuestionar esas normas, introducir flujo y crisis y ayudarlos a desarrollar nuevas rutinas.

Desde este enfoque se ha concebido que los problemas o síntomas que una persona presenta, son el producto del contexto en el que se desarrolla. Los miembros de la familia responden a las tensiones que los afectan presentando uno o varios síntomas. El problema lo encontraremos, entonces, en la estructura particular de esa familia. Al modificar la estructura se modifica la experiencia y puede superarse el síntoma. Los parámetros que permiten observar la estructura son: límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, territorio y geografía. Tanto los parámetros como la etapa del ciclo vital deben ser cuidadosamente observados por el terapeuta al elaborar el diagnóstico familiar. Este no es una imagen fija sobre lo que ocurre, es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones específicas con esa familia y a partir de ello decidirá sus intervenciones. A continuación se mencionan cada una de las técnicas propuestas por Minuchin y Fischman (1984) para trabajar las tres dimensiones que propone el autor encaminadas a modificar la estructura familiar:

Técnicas que cuestionan el síntoma

En tanto el síntoma se concibe como el producto de la forma en que interactúan los miembros de la familia y no como un problema individual. El papel del terapeuta es observar el modo en que los miembros de la familia se “mueven” en torno al síntoma y cuestionar su definición del problema para lograr que busquen respuestas distintas la finalidad es modificar el mapa trazado por la familia, es decir reencuadrarlo. Las técnicas que se plantean son:

- **Escenificación.** Hacer que la familia dance en presencia del terapeuta.
- **Enfoque** Sin importar cuán atractivo sea el paisaje en su totalidad, el fotógrafo se centra en una imagen que es con la que le interesa trabajar.
- **Intensidad.** Llegar hasta el punto clave y hacer que la familia “oiga”.

Técnicas que modifican la estructura familiar.

En las familias donde los holones no están diferenciados la tarea del terapeuta es delinear y diferenciar, partiendo de que las interacciones entre los miembros de un holón deber ser más fuertes que de un holón a otro.

- **Fronteras.** Crear alternativas relacionales entre los miembros de un holón. Ya sea a través de creando distancia psicológica o haciendo durar la interacción.
- **Desequilibrio.** Modificar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema cuestionando la distribución del poder en la familia a través de la alianza momentánea del terapeuta con algún miembro de la familia, con varios alternadamente e ignorar o establecer una coalición contra algún miembro de la familia.
- **Complementariedad.** Lograr que cada miembro de la familia se asuma como una parte del sistema al cual influye y, a la misma vez, es influido por él, cuestionando el problema, el control lineal y el modo de recortar sucesos.

Técnicas que cuestionan la realidad familiar.

El modo en que la familia ha construido y validado su concepción del mundo parte del lenguaje, de los esquemas explicativos, de las teorías científicas explícitas y del

universo simbólico. Para modificar la realidad de la familia, el terapeuta trabajará con esos aspectos a través de:

- **Construcciones:** El objetivo de esta técnica es introducir a la familia en una concepción diferente del mundo que “afloje” su esquema preferencial. Para conseguirlo el terapeuta podría recurrir a cuestionar símbolos universales, verdades familiares o situándose como experto.
- **Paradojas** Papp (1988) plantea que en tanto el síntoma tiene una función autorreguladora del sistema familiar, las familias lo mantienen. Existe un riesgo ante el cambio que, desde luego las personas perciben. El terapeuta debe estar atento a este riesgo que implica la modificación de las pautas al cual se ha llamado dilema terapéutico conectándolo siempre con el síntoma.
- **Lados Fuertes:** La técnica enfoca este aspecto positivo de la familia y lo utiliza para modificar la visión de sus miembros acerca de sí mismos cuestionando la visión familiar acerca del portador del síntoma y de sus alternativas.

Modelo de Terapia Breve enfocada a problemas.

El modelo nace en el Mental Research Institute en Palo Alto, California y también se le ha llamado modelo interaccional o comunicacional. Fue creado en 1968, después de la muerte de Don Jackson, quien fundó el grupo del MRI en 1959. Se plantea inicialmente como una forma de terapia ante familias que han intentado diversas soluciones con resultados infructuosos. Plantean una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones, buscando estrategias eficaces para modificar los factores que mantienen el problema que motiva la consulta.

La propuesta del modelo de Palo Alto es abordar los problemas que la gente trae a terapia asumiendo que se desarrollan como resultado de un mal manejo de las dificultades de la vida diaria o como el resultado de relaciones conflictivas o desequilibrantes a lo largo de su vida. Éstas pueden ser el resultado de situaciones propias de alguna etapa del ciclo vital o el resultado de la exacerbación de dificultades iniciales, exacerbación producto de

los fracasos ante los continuos intentos de resolver un problema de manera no efectiva (Fish, Weakland y Segal, 1982).

Se basa en dos teorías abstractas y generales, pertenecientes al campo de la lógica matemática: la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos. Para que la comunicación en una familia sea efectiva se debe pasar de un nivel al inmediato superior (de un miembro a la clase) lo que supone una mudanza o variación, un salto, una discontinuidad o transformación, es decir, un cambio de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que es un cambio que conduce *fuera* de un sistema (Watzlawick, Weakland y Fish, 1999).

Las teorías de los Grupos y de los Tipos Lógicos proporcionan una base para observar la interdependencia entre persistencia y cambio que es el asunto primordial en la Terapia Familiar Sistémica. La Teoría de los Grupos permite ilustrar la forma en que ciertas acciones que aparentemente aportan un cambio benéfico no hacen sino conservar la homeostasis: “cuanto más cambia, más es lo mismo”. Por su parte, 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 nos permite considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior (op.cit.).

Desde la visión de Weakland, Fish y Segal (1982) la conducta se da en contexto y es ahí donde puede efectuarse un cambio. La terapia se plantea a corto plazo, es decir en un tiempo limitado, trabajando un solo problema en cada contrato, centrándose en el aquí y ahora. El problema se concibe como una dificultad y un síntoma es la manifestación metafórica de los problemas.

Ante una dificultad que surge en la vida de las personas, éstas realizan diversos intentos para afrontarlas; es ahí donde puede surgir el problema. La labor del terapeuta será cambiar la interacción concibiéndose incluido en el sistema, siempre considerando que es necesario asumir las distintas realidades familiares (creencias, mitos y opiniones); no hay que buscar causas históricas, no hay que buscar patología en tanto lo que le sucede a las personas no está “en” ellas, sino “entre “ellas””; lo que se intenta es que el paciente redefina su realidad, hay que partir de que pequeños cambios provocan grandes cambios. Toda dificultad mal manejada es un intento de solución (Fish, Weakland y Segal, 1982). En el modelo de Terapia Breve se parte de que los problemas que la gente plantea se perpetúan porque han intentado solucionarlos de un modo no efectivo; las intervenciones se planearán buscando que sea distinto, incluso opuesto, al tipo de solución que han intentado. Se han identificado cinco tipos de intentos de solución:

1. El intento de forzar algo que sólo 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.

El modelo plantea otras estrategias a las que llama generales, que son útiles en todo momento o sirven para preparar alguna intervención principal; estas son:

- *No apresurarse*: El terapeuta pide que no se apresure en la solución del problema.
- *Los peligros de una mejoría*: el terapeuta ayuda al paciente a enumerar los riesgos de cambio cuando se muestra resistente.
- *Un cambio de dirección*. Cuando hay resistencia y varias intervenciones no han funcionado, se da un giro de 180°.
- *Como empeorar el problema*: Cuando el consultante se ha resistido ante sugerencias del terapeuta, este le plantea la forma en que debe actuar para empeorar su problema.

Para realizar cualquier intervención el terapeuta utilizará cuatro técnicas básicas: redefinición, tareas, prescripciones paradójicas y metáforas.

Terapia estratégica.

En 1975, Haley se separa del grupo de Palo Alto, con quienes había estado trabajando en el proyecto de Bateson. Jay Haley y Cloe Madanes son los fundadores del modelo, ambos dirigen el Instituto de Terapia Familiar de Washington y su trabajo tiene la influencia de Milton H. Erickson (Ochoa de Alda, 1995).

A la terapia que ellos hacían se le llamó estratégica dado que el terapeuta diseña cuidadosamente las intervenciones para cada problema. A la escuela estratégica le interesa identificar la secuencia del comportamiento relacionado con el problema. Se plantea que la secuencia de hechos es lo que da origen a la estructura. La tarea del terapeuta es romper las secuencias y ayudar a transcurrir a la siguiente etapa del ciclo vital asumiendo que el síntoma tiene distintos significados (Haley, 1973).

En este enfoque se ha puesto especial interés en la etapa de destete ya que se ha identificado que las familias presentan especial dificultad para dejar ir a los hijos y adaptarse al cambio.

Aunque Haley (1973) habla de patología, la entiende como dificultades de las personas; según él, los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente. La meta del terapeuta es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente que sea “anormal” para ellos y que poco a poco se vaya normalizando, ya sin el síntoma.

La terapia estratégica no es un enfoque o terapia particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en la gente viéndose a sí mismo incluido en el sistema.

Haley (1976) concuerda con otros enfoques de Terapia Familiar en cuanto a entender el síntoma como una conducta adaptativa a la situación social en que se ubica y afirma que

los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

Toda conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Así, la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a diferentes niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática.

Madanes (1982) plantea que los síntomas son actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello se busca especificidad de cada uno, es decir, las razones por las que surgió ese síntoma y no otro.

Las técnicas terapéuticas del modelo estratégico son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema de manera que posibiliten cambiar las interacciones familiares y son:

- Connotaciones positivas
- Redefinición
- Tareas directas
- Tareas metafóricas
- Tareas paradójicas
- Tareas basadas en la simulación
- Ordalías
- Metáforas

Modelo de Milán

El modelo de Milán se creó en 1967 cuando Luigi Boscolo y Gianfranco Checchin se incorporaron al equipo de Mara Selvini Palazzoli y Guliana Prata y comenzaron a trabajar con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque del M.R.I. de Palo Alto partiendo de la idea de que familias y terapeutas “eran enemigos”. Las familias, decían ellos, presentan diversas formas de resistencia y una de las tareas del terapeuta sería, entonces, vencer esas resistencias.

El problema que enfrentaban, partiendo de esa idea, era que las intervenciones solían culpabilizar a uno de los miembros de la familia de la problemática que tenían. Entonces el equipo de Milán comenzó a modificar sus intervenciones usando la connotación positiva como la base de toda intervención permitiendo al terapeuta acceder a las familias de manera sistémica (Boscolo, et. al., 1987).

En una segunda etapa, el equipo de Milán retomó algunos de los planteamientos de Bateson y se enfocó en la Cibernética de Segundo Orden visualizando al terapeuta en su función respecto al sistema familiar. La circularidad fue la guía de las intervenciones y la neutralidad la postura terapéutica básica (Selvini, et. al., 1988).

En 1980 el equipo se dividió; Selvini y Prata sostienen que la prescripción invariable es una intervención que se adapta a todo tipo de familias con miembros esquizofrénicos, mientras Boscolo y Checchin se centran en la necesidad de crear hipótesis que sean específicas a cada familia y que deben estar en constante cambio, conforme el sistema familiar va cambiando. Recientemente Prata se separó de Selvini quien, con otro equipo, continuó trabajando con la idea de crear una teoría general del “juego psicótico” en el que ha incluido a familias de personas con anorexia (Ochoa de Alda, 1995).

Aunque muchas de sus concepciones han cambiado, los integrantes del equipo de Milán se han caracterizado por su trabajo con familias con miembros esquizofrénicos y han planteado que el problema es la manera en que los miembros de la familia “juegan”, ya que todos los miembros participan en “juegos familiares” no reconocidos por ellos buscando, a través de estos, el control recíproco. La tarea del terapeuta es hacer manifiestos estos juegos, interrumpirlos y reemplazarlos por otros más funcionales para todos los miembros de la familia. Para conseguir esto, en todo momento se elaboran hipótesis donde se conecta al síntoma con el sistema y son la guía para el proceso continuo de evaluación y aplicación de técnicas.

El proceso de evaluación es constante y permite al terapeuta determinar la manera en que se dan las relaciones, el manejo de creencias y valores y así saber cuál es el papel que desempeña el síntoma, es decir explora el sistema significativo (sistema organizado por el problema). Para conseguir esta información el equipo de Milán emplea distintos tipos de preguntas, basadas siempre en la noción de circularidad: preguntas triádicas, sobre alianzas, para clasificar, explicativas y preguntas hipotéticas que están dirigidas a comprender cuatro aspectos:

- Diferencias de percepción de los vínculos.
- Diferencias de grado
- Diferencias entre entonces y ahora
- Diferencias hipotéticas o concernientes al futuro.

La noción de juego familiar se refiere tanto a lo que hacen como a lo que piensan los miembros de una familia que los mantiene en la homeostasis, por lo tanto las intervenciones van dirigidas hacia la modificación de esos dos niveles, el cognitivo y el conductual (Selvini, et.al., 1988).

Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones

En años recientes la psicoterapia comenzó a centrarse en la búsqueda de soluciones ante los problemas de los que los clientes se quejan, más que tratar que explicar causas o explorar las características de los problemas. Hasta entonces las teorías del cambio se basaban en premisas enfocadas al problema, tales como:

- El síntoma es la muestra de un problema más profundo. “Lo que se ve, es la punta del iceberg”
- Los síntomas cumplen funciones en el sistema familiar y a nivel individual.
- Los clientes son ambivalentes y resistentes respecto al cambio.
- Los cambios reales requieren tiempo.
- El terapeuta debe centrarse en identificar y corregir patologías.

En 1966 el MRI planteó que la terapia debía ser un proceso breve centrado en las formas en que las personas han intentado resolver sus problemas. Basándose en esta idea, los terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve desarrollaron un modelo que se centra en identificar y ampliar las secuencias de solución. A este enfoque se le ha llamado Terapia Breve Orientada a Soluciones.

Steve de Shazer (1999) dice: “Lo más importante es la llave que abre la puerta, no el tipo de cerradura”. La Terapia Orientada a Soluciones parte de premisas totalmente distintas a las de otros enfoques. Para éste la idea guía es que los clientes no tienen problemas sino quejas y que cuentan con recursos y fuerzas para resolverlas.

Lo más importante será centrarse en los recursos y no en la queja ya que no es necesario saber mucho sobre ella, ni entender su función para poder resolverla, por lo tanto la tarea del terapeuta es identificar y ampliar el cambio asumiendo que a veces las personas se enfrascan en círculos viciosos que los mantienen viendo el problema y les impiden visualizar y usar los recursos que tienen (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Para este modelo la resistencia no existe, sólo se trata de distintos modos de cooperación y el terapeuta deberá ser lo suficientemente hábil para identificarlos y dar una respuesta paralela al estilo que el cliente maneja. El cambio no es algo que se da un día, sino cosas que ocurren constantemente, por lo tanto no es necesario dar grandes saltos. Para cambiar hace falta comenzar con algo pequeño que lleva, a los que están cerca, a hacer otro pequeño cambio y eso anima al primero a cambiar aún más, de manera que los cambios van siendo cada vez más grandes, haciendo un efecto de espiral benevolente o de bola de nieve rodando cuesta abajo. El cambio siempre produce más cambio.

Las sesiones terapéuticas guiadas por el enfoque de soluciones son conversaciones centradas en lo que ha ido bien o en lo que puede mejorar, más que aplicación de técnicas para modificar el problema. Desde la primera sesión se exploran y amplían los cambios que hubo a partir de la entrevista telefónica. Durante el proceso terapéutico se buscará alterar la forma de ver y la manera de actuar del cliente ante su problema intentando cambiarlos así como evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden ser aplicadas a esa situación.

En tanto el Modelo de Soluciones se centra en los recursos, se plantea que desde la primera sesión es importante ayudar al cliente a ver las excepciones. El terapeuta debe ser cuidadoso con el lenguaje para colocar el problema en el pasado y, cualquiera que sea este, hay que normalizarlo y despatologizarlo.

- Para encontrar las excepciones y clarificar la queja, el terapeuta puede valerse de tres tipos de preguntas: Presuposicionales, pregunta del Milagro y preguntas de escala.
- Para lograr modificar la queja, el modelo plantea intervenciones sobre el patrón de queja, sobre el patrón del contexto, tareas de fórmula. y. connotaciones positivas.

b) Enfoques terapéuticos posmodernos.

Terapia Narrativa

White y Epston (1993) han desarrollado una forma de terapia que parte de las ideas posmodernas acerca de los significados que se construyen a través del lenguaje y lo que estas construcciones implican con respecto al bienestar del consultante.

Al aceptar que las historias que nos contamos son acciones sociales manifiestas en los actos individuales, es posible plantear que la terapia debe pasar por un proceso de deconstrucción de significados.

Cada persona tiene historias que contar y es la manera de significarlas lo que las convierte en un problema. “Las verdades” de la vida se tornan en tiranos que oprimen las posibilidades de individuo. Esas historias son modeladoras de los actos, pensamientos y emociones y tienen efectos reales (White, 2002).

La Terapia Narrativa plantea, entonces que hay que desmenuzar esas “verdades” hasta encontrar historias donde el problema no existe o se controla y de esa manera establecer distancias nuevas respecto a los significados que atribuimos a lo que nos pasa; es decir, pasar de una historia saturada del problema a otra, que sea alternativa. Para hacer esto mediante el proceso terapéutico se plantean cuatro estrategias generales:

a) *Externalización del problema*: Colocar al problema como algo externo al individuo, que lo oprime-ataca-asalta permite a las personas establecer distancia entre él y el problema y de ese modo significarlo como algo ajeno que se puede controlar/matar/alejar. La externalización separa los relatos donde el problema impera, de otros donde ya no está. Esta técnica sirve para ir encontrando acontecimientos

extraordinarios y, eventualmente historias extraordinarias que son las historias no saturadas del problema. Para facilitar la definición del problema que se va a externalizar los autores proponen los siguientes pasos:

- Nombrar al problema: Ofrecer varias posibles definiciones y quedarse con la o las que más concuerden con la experiencia del cliente.
- Se continúa trabajando con la definición del problema para lograr fluidez y evolución.
- La definición irá de lo específico a lo general
- De las definiciones expertas a las populares. Por ejemplo se puede iniciar nombrando al problema como “depresión” y evolucionar hasta nombrarlo “cansancio de la vida”.
- El terapeuta debe trabajar para que se facilite una definición del problema que sea aceptada por él y por el cliente.

b) *Búsqueda de acontecimientos extraordinarios*: Al separar al problema de la persona es posible comenzar a explorar aspectos que han sido ignorados previamente y en esos aspectos se pueden encontrar acontecimientos donde el cliente venció al problema o, simplemente, el problema no ha estado.

Los autores plantean cuatro tipos de acontecimientos extraordinarios:

- Pasados: Ya sea históricos o entre sesiones.
- Actuales: Durante la sesión
- Futuros: Intenciones o planes donde el problema ya no esté
- Uso de la imaginación para vencer el problema.

c) *Preguntas de Influencia relativa*: El tipo de preguntas que se hacen se dirigen a dos aspectos. Por un lado a trazar el mapa de la influencia que el problema tiene en sus vidas intentando explorar todas las áreas: conductual, afectiva, física, social y cognitiva. Por otro lado, la influencia del individuo en la “vida del problema”.

d) *Uso de documentos*: En la terapia narrativa se usan distintos tipos de documentos (cartas, reconocimientos, recetas) que proporcionan al cliente una nueva historia sobre sí mismo y su problema convirtiendo una vivencia en una narración que abra la puerta a otras. No hay restricción alguna sobre el momento, lugar o forma de hacer llegar los

documentos. El **terapeuta** decidirá si le entrega al cliente una carta elaborada en ese momento, si de una sesión a otra le entrega el reconocimiento o si se lo envía por correo. Los documentos **mantienen** la visión externalizadora del problema y se usan para validar los esfuerzos del **cliente** por luchar contra el problema que le ataca, validando los logros.

Terapia Colaborativa.

El lenguaje no es sólo signos y estructura; es la relación que mantenemos con nuestro contexto y éste se encuentra presente en todos los actos comunicacionales generando significados “...es a través del lenguaje que somos capaces de mantener un contacto humano significativo entre personas, y es mediante éste que compartimos la realidad” (Anderson y Goolishian, 1988, p. 49)

Harry Goolishian y Herlene Anderson (1988) proponen un modelo de terapia basado en asumir la importancia del lenguaje. La terapia colaborativa parte de cinco premisas que permiten entender y trabajar con sistemas humanos, originadas en el pensamiento construccionista; tales premisas son:

1. Los sistemas humanos generan lenguaje y significado, son sistemas lingüísticos, es la comunicación lo que define la organización del sistema, no viceversa. El sistema terapéutico es un sistema lingüístico.
2. Los significados se generan en el intercambio comunicacional y es ahí donde surgen los significados compartidos, por lo tanto la comunicación en la terapia solo es relevante en ese contexto.
3. El sistema terapéutico se organiza alrededor del problema generando significados que pueden permitir desorganizar al problema.
4. La terapia es la búsqueda de nuevos significados a través de la conversación, lo cual genera el cambio.
5. El papel del terapeuta es el de “experto de la conversación” cuya labor consiste en facilitar el diálogo.

Pero generar nuevos significados no consiste en venderle al otro una realidad alterna o contarle historias fantásticas. El discurso de las personas es sólo una muestra del

significado total, o de múltiples significados, que atribuyen las personas a un evento. Detrás de lo dicho hay una gama inmensa de cosas no dichas respecto a eso que sí se dijo y en aquélla están las posibilidades del cambio. La labor consiste en resignificar las historias que están alrededor/en/entre/con el problema y encontrar nuevas donde el problema significa algo diferente. La meta de la terapia, dicen sus autores, es aflojar las rigideces y abrir paso a nuevas explicaciones.

Una conversación se entenderá como terapéutica cuando una persona y un terapeuta realizan un acuerdo para hablar sobre algunas cosas en particular y sus preguntas se dirigen a explorar lo no dicho y, por supuesto, tiene un entrenamiento particular que le permite hacer las preguntas y/o conversar con el objetivo específico de desorganizar el problema que la persona viene a plantear; el terapeuta debe mantenerse curioso y respetuoso para conseguir esta meta.

Terapia con equipo reflexivo

“El terapeuta y el equipo se convierten en múltiples posibilidades para encontrar nuevos significados sin que la carga de esa búsqueda recaiga en el terapeuta, como solía ser en la práctica tradicional. La práctica terapéutica con una visión posmoderna se convierte en la práctica de ayudar a la gente a encontrar palabras, en lugar de decirle cuales serían las palabras correctas”

(Lynn Hoffman, 2003)

Tom Andersen y Lynn Hoffman realizan el trabajo con este enfoque partiendo de las ideas posmodernistas aportadas por el Construccinismo Social. Hoffman (1990) propone que las teorías representan lentes que nos obligan a entender que lo inmutable y eterno puede verse de otros modos, de manera que es posible aceptar que algo tiene fin y que puede cambiar. La manera de llegar a esas otras historias es a través de la reflexividad, entendida como reflejar en el otro, es decir, algo que es pensado y que sólo tiene razón de ser cuando se habla.

Andersen (1996) dice que si las personas están expuestas a lo usual, tienden a permanecer igual. Para lograr un cambio se requiere algo inusual, pero no demasiado. Las nuevas narraciones tienen que ser familiares para la persona, tener significado en su contexto. De otra manera no tiene sentido para ella. Con estas ideas comienza a trabajar con equipos reflexivos donde personas “no expertas” discuten lo que el cliente plantea, frente a él. En este enfoque se han usado dos formas de equipo reflexivo (Licea, Paquetin y Selicoff, 2002). En la primera los miembros del equipo conversan entre sí sobre aquellos aspectos que les “hizo sentido” respecto al relato del cliente. La segunda modalidad implica “hacer como si...”. El equipo toma los papeles de los clientes y discuten como si fueran ellos. En ambas el equipo cuida no juzgar, no hacer interpretaciones, no hacer contacto con el cliente y, sobre todo, no connotar negativamente.

Las diversas experiencias con equipo reflexivo que han sido reportadas, lo ubican como una forma de trabajo que permite al cliente escuchar diversas historias, poco usuales, que le permiten construir nuevos significados y dirigirse al cambio que desea.

c) Algunas reflexiones sobre los modelos expuestos.

Aunque todos los modelos modernos parten de las mismas ideas sobre la realidad, cada uno mira a las familias y a sus opciones de cambio de distinta manera.

La Terapia Estructural y la Estratégica comparten la idea de que hay que modificar el manejo de las jerarquías en las familias dado que éstas producen pautas de interacción disfuncionales, aunque el Modelo Estructural concibe el cuestionamiento de la jerarquía como un aspecto entre otros y el Estratégico lo mira como el asunto central. El ciclo vital familiar y los problemas en las transiciones por etapa son importantes en los dos modelos.

Ambos, conjuntamente con el Modelo de Milán, consideran que el terapeuta debe asumir una postura de jerarquía frente a los miembros de la familia usando el poder que esa posición le confiere para cuestionar su realidad, para que acepten una ordalía o para retarlos con una paradoja.

La Terapia Breve centrada en problemas y el Enfoque de Milán ubican la connotación positiva del síntoma como una estrategia básica de cambio aunque se plantean como absolutamente opuestas respecto al concepto de resistencia al cambio. Para la Terapia Breve no hay clientes resistentes sino personas con posturas determinadas que el terapeuta debe descubrir y usar; para Milán la resistencia es, por decirlo de algún modo, “el enemigo a vencer” y es la base de las intervenciones que les caracterizan: paradojas y rituales.

El enfoque de Soluciones y la Terapia Breve enfocada a problemas coinciden en que no hace falta hablar mucho del problema, sino explorar cómo la gente ha intentado solucionarlo para poder repetir lo que hacen bien, focalizar los recursos y agrandar los cambios. Sin embargo, en el enfoque de Soluciones, considerado un modelo moderno, se vislumbra ya el pensamiento posmoderno.

Para DeShazer el uso del lenguaje es muy importante, colocar al problema en el pasado y los recursos en el presente no es sino deconstruir la historia de que el problema invade todos los ámbitos de la vida de una persona y plantea la necesidad de cambiarla por otra donde el problema es minúsculo comparado con sus capacidades para afrontarlo.

Tanto el Modelo de Soluciones como el de Terapia Breve enfocada a problemas han cuestionado el papel manipulador y todopoderoso del terapeuta, así como la necesidad de hipotetizar sobre la función del síntoma ya que ambas cosas han sido consideradas como un abordaje poco respetuoso hacia las personas, las pautas de interacción deben observarse para entender la forma en que las familias se manejan (Cade y Hudson, 1995).

Los enfoques posmodernos tienen puntos en común; en todos se cuestiona el papel jerárquico que tradicionalmente se ha otorgado al terapeuta y a los problemas de las familias, ninguno de los dos son los protagonistas en el acto terapéutico, lo es el individuo; el lenguaje con base en el cual se construyen y deconstruyen historias, así como un proceso de terapia en el que las personas dejan de oír cómo deberían ser y se vuelven agentes activos en su propia vida.

Con esto último no se está diciendo que haya modelos mejores que otros. En todo caso, siendo congruentes con las posturas posmodernas, hay diferentes formas de hacer terapia que confirman que cada uno significa la realidad y le da relevancia a las partes que se relacionan consigo mismo y sus historias.

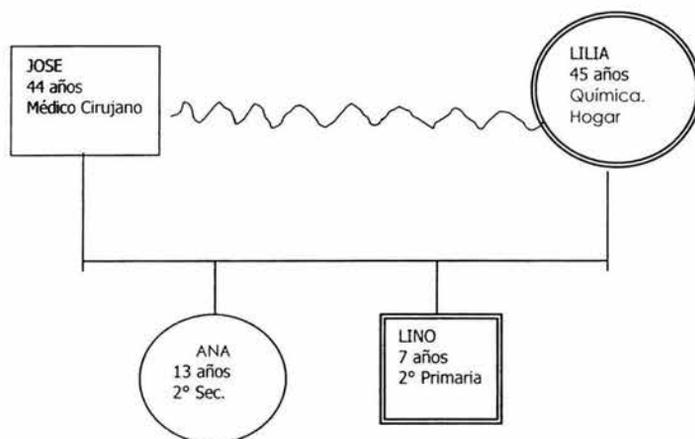
CAPITULO III

Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico.

CASO 1 FAMILIA: Escobar López



La familia acude porque Antonio ha tenido problemas en la escuela. La maestra se queja de que el niño es flojo, se distrae fácilmente y se pelea con sus compañeros, por lo que le sugirieron una evaluación, la cual se está realizando. La señora refiere que el niño no había manifestado problemas anteriormente y que éstos comenzaron a partir de que supo que su papá mantenía una relación con alguien más y le pidió al niño que guardara el secreto. También plantea que su hija ha comenzado a mostrar problemas, es rebelde, come en exceso, ha subido de peso, toma dinero del gasto y ha bajado sus calificaciones. Refiere que ella es desordenada, que guarda basura entre los trastes limpios o entre la ropa y que usa la ropa de todos, a pesar de que le han pedido que no lo haga.

En los últimos meses Ana se pasa mucho tiempo durmiendo o se sale de la casa sin permiso. La señora está preocupada porque observa que su hija constantemente ve aspectos desagradables de su padre y ha generalizado respecto a todos los hombres. Lilia define el problema que tiene su familia como: “Es que mi esposo no está con nosotros y nos sentimos muy solos”.

La pareja se unió hace 19 años. Intentaron tener hijos pero no lo lograron, se hicieron diversos estudios. Su esposo le informó que era ella la que tenía un problema que le impedía embarazarse por lo que decidieron adoptar a sus dos hijos quienes no están enterados de esta situación. Refiere una relación armoniosa entre todos hasta hace un año y medio.

El padre tuvo una relación extramarital recientemente y desde entonces se había alejado de su familia. Cuando ella le reclamaba, él argumentaba que deseaba “realizarse como padre biológico” y ella toleraba esta situación ya que se sentía culpable por no haberse podido embarazar.

Lilia refiere que desde que se casaron ella era “muy dependiente” de su esposo. Cuando él se alejó ella tuvo que comenzar a enfrentar esto y desarrolló diversos miedos. Se sentía triste, enojada y devaluada por lo que buscó apoyo terapéutico individual que le ayudó a recuperar su autoestima, según lo refiere. Reportaba alteraciones del sueño, crisis de angustia, miedo a quedarse sola, se alteraba fácilmente y sentía celos, pensaba que su esposo la iba a abandonar y frecuentemente lo insultaba. Se sentía confundida porque su esposo le dice que la ama a ella y a los niños pero que necesitaba espacio.

Se trabajó un total de 7 sesiones con esta familia, las dos primeras con la madre y los hijos, la tercera solo con ella en tanto el equipo observaba que tenía la necesidad de hablar de su relación de pareja y se consideró importante separar los subsistemas en todas las

acciones terapéuticas por lo que, para evitar que ella hablara de su situación conyugal frente a los hijos y, al mismo tiempo se le brindó un espacio para escuchar su situación. En la cuarta sesión se integró su esposo a partir de que asistió al área de Evaluación Psicopedagógica a recibir el resultado de la evaluación de su hijo, en la que le informaron que el niño mostraba rasgos de depresión y que era necesario que él acudiera a terapia.

Lilia no le había notificado que ya se encontraba acudiendo con sus hijos y solicitó que no se le dijera ya que temía que se molestara y lo sintiera como una *emboscada*. El equipo se enfrentó a un dilema importante. De alguna manera se consideraba, dadas las hipótesis, que el señor estaba siendo efectivamente *emboscado* y al aceptar la petición de la señora el equipo se estaría coludiendo con la necesidad de ella de traerlo de vuelta a la familia; si se rechazaba, existía el riesgo de perder a la familia ya que se observaba que Lilia no tenía la fuerza para afrontar esto directamente. Se le planteó entonces que el equipo no diría que ya habían estado trabajando, ni lo contrario, se respetaría la manera en que ella quisiera manejar la incorporación de su esposo a la Terapia Familiar.

Desde que el padre se integró se mostraba renuente y descalificador con el equipo, planteando que él no creía en la Psicología, que iba sólo para demostrar que ellos no tenían ningún problema y que todo era producto de los conflictos entre él y su esposa a quien acusaba de agredirlo.

Su postura respecto al equipo no cambió en apariencia, pero se logró que aceptara acudir a las siguientes sesiones. En cada sesión se evidenció la mejoría de la familia. En la quinta sesión el padre dejó de referirse a su esposa como “la señora” y se mostró dispuesto a hablar de los problemas de sus hijos. En las siguientes se evidenció la manera en que el conflicto de pareja estaba afectando a los hijos y se logró que ambos padres identificaran su responsabilidad en ello. Para la última sesión la familia reportaba cambios que eran

notorios, al llegar todos estaban sonriendo y bromeaban. Cuando pregunté acerca de esto, los hijos y la madre se miraban entre sí y volvían a reír; el padre dijo que ellos siempre habían estado bien y se llevaban bien, que lo ocurrido antes había sido una crisis normal; la madre refirió que ya había recordado que si dejaba de presionar a su esposo él respondía positivamente hacia ella. Se realizó seguimiento telefónico tres meses después y la madre reportó que el niño había superado sus dificultades académicas y de conducta, que la hija había mejorado su conducta y que su esposo estaba muy involucrado con la educación de sus hijos.

La mayoría de las intervenciones se realizaron desde la visión del modelo estructural a partir de que éste brindaba las herramientas para abordar la problemática de esta familia.

El triángulo perverso es un término que fue usado por Haley (Citado en Hoffman, 1981) para explicar las coaliciones intergeneracionales. Una persona de un subsistema se coalía con otra que pertenece a un subsistema de jerarquía distinta (padres con hijos, abuelos con nietos, etc.) con el fin de establecer una alianza negativa contra alguien que pertenece al subsistema de alguno de los dos.

La coalición intergeneracional implica diversos problemas que mantienen la homeostasis en la familia y contribuye al mantenimiento de los síntomas y conflictos. Cuando hay conflictos en la pareja es común observar que uno de los padres se alía con un hijo o hija en contra de su pareja. Se ha dicho que en casos donde hay violencia esta coalición es muy frecuente. La madre se alía con los hijos en contra del padre; para lograr esta alianza, la madre cede su jerarquía y autoridad permitiendo que los hijos “se suban” en el subsistema parental y asuman la carga del conflicto; en estos casos, dice Minuchin (1974), todos pierden.

Inicialmente la madre se sentía protegida y segura con sus hijos a su lado, permitiendo que fueran ellos los que se confrontaran con el padre o incluso los alentaba. Ella puso a los hijos como pretexto para solicitar al padre que cambie ya que son ellos los que manifiestan las inconformidades y eso evita que sea ella la que tenga que asumir un papel activo en la resolución del conflicto. El padre, por su parte, perdió también autoridad frente a los hijos y culpabilizaba a la madre por lo que les sucedía a ellos, lo cual lo liberaba de responsabilidad. Mientras tanto, los hijos desarrollaron síntomas relacionados con el exceso de carga que tenían y el conflicto de lealtades al estar en el triángulo de coalición intergeneracional. Todo el sistema familiar pareciera funcionar “a marchas forzadas” cuando hay una coalición intergeneracional. Cuando la carga hacia los hijos es demasiada surge el síntoma el cual agudiza aún más el conflicto entre los padres en tanto se culpabilizan mutuamente por lo que pasa y los hijos se sobrecargan.

Para enfrentar una coalición intergeneracional y los síntomas derivados de ella, es necesario trabajar dos aspectos. Primero “bajar” a los hijos al subsistema fraterno y después hacer evidentes los costos que los hijos están asumiendo al cargar con un conflicto que no es suyo y que tampoco está en sus manos resolver.

En el caso de la familia Escobar López, la hija estaba siendo triangulada por la madre. Era ella la que asumía el papel de cuestionar al padre si no llegaba y de colocarlo en el papel de mal padre. El hijo pequeño había comenzado a presentar síntomas que afectaban su desempeño académico y su capacidad para relacionarse con el mundo de acuerdo a su edad. El niño se vivía eternamente en un conflicto de lealtades ya que sentía la necesidad de proteger a su madre, pero al mismo tiempo de estar cerca de su padre. La madre había utilizado distintos recursos para enfrentar la situación de infidelidad de su esposo pero no había conseguido ningún cambio.

Como se hipotetizó inicialmente, cuando los hijos comenzaron a desarrollar síntomas, ella pudo confrontar directamente al padre y reclamarle su infidelidad indirectamente. Desde su punto de vista, todo el problema se reducía a que él no pasaba tiempo con ellos. Para el padre ésta era una estrategia más de la madre para retenerlo. Asumía los reclamos como manipulación y eso le daba el pretexto perfecto para mantenerse fuera de la casa y justificar su infidelidad.

Algo que resulta importante analizar, en el caso de esta familia, es la etapa del ciclo vital. La madre decía continuamente, que ellos eran felices hasta hace un año, que fue el momento en que el padre comenzó a alejarse.

La hija mayor tiene trece años, la familia podría ubicarse en la etapa de hijos adolescentes. Haley (1973) dice que uno de los retos en esta etapa es permitir la individuación de los hijos y el replanteamiento de las reglas de relación. Éste puede ser un cambio en extremo amenazador para una pareja que viene cargando conflictos no resueltos. Quizá tener un hijo adolescente es un aviso sobre la proximidad de la vejez de los padres y un recordatorio de que pronto se quedarán solos.

Para el padre, este aviso fue un detonador. De pronto se sintió en la necesidad de retomar sus metas personales, comenzó a tomar clases de piano e inició una especialidad. Continuamente le manifestaba a su esposa que él ya había dado todo a esa familia y era el momento de pensar en sí mismo. La relación extramarital que él inició respondía a la misma necesidad: vivir cosas que no había vivido y, probablemente, después ya no podría hacer.

Para la madre, esta etapa implica muchos retos. Como muchas mujeres, ella había dedicado su vida a la crianza de sus hijos. Dejó su carrera profesional sin concluir y nunca ha trabajado. Repentinamente ella se enfrentó a la posibilidad de perder a su pareja y a su

hija. La coalición que estableció con ella impidió que la hija iniciara su proceso de independización y le ayudaba a no tener que enfrentarse a la posibilidad de quedarse sin su pareja y responsabilizarse de sí misma.

En el fondo de la problemática que esta familia presentaba encontramos diversos aprendizajes relacionados con premisas de género que contribuyeron al desarrollo de su problemática.

Los hijos de esta familia eran adoptados, la madre creía que era ella quien no podía tener hijos. La maternidad y la importancia de esta en la vida de las mujeres, ha sido uno de los mitos más arraigados en los valores y creencias de las personas. La maternidad constituye un fin en la vida de las mujeres al mismo tiempo que su única posibilidad de justificar la importancia de sus vidas. La imposibilidad de una mujer para concebir un hijo es interpretada por ella y por quienes la rodean, como la mayor de las faltas. Se convierte en una ausencia imposible de llenar. Muchos hombres se separan de sus parejas ante esta situación y eso es visto culturalmente como algo justificable y comprensible. Si un hombre se queda al lado de la mujer que no puede tener hijos es visto como un magnífico hombre. Si además adopta hijos, es doblemente magnífico. De ese modo esta mujer queda en una situación para nada equilibrada. Él es un hombre valiosísimo que se queda al lado de una mujer a la que le falta la parte más importante de su “ser mujer”, por lo tanto ella “le debe” algo. Ella tendrá que pagar el sacrificio de él y justificar-tolerar su violencia y su infidelidad.

La violencia ejercida por la pareja suele ser brutal. No sólo causa el daño inherente al hecho de ser insultados o golpeados, también modifica el modo en que las personas se perciben a sí mismas. Las mujeres comienzan a verse a sí mismas con los ojos del agresor y

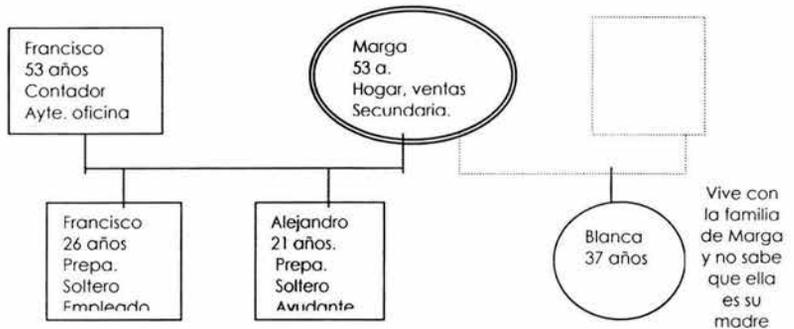
a considerar que no hay lugar para dónde moverse dado que ellas no cuentan con para resolver su situación.

En el caso de esta familia resulta evidente lo anterior. El padre ha utilizado la violencia para controlar a su pareja y mantenerla con él. Ella se ha creído la historia de que es una víctima sin recursos personales ni opciones. Esta relación víctima-victimario los coloca a ambos en papeles difíciles de superar y con costos importantes para ambos. Él tendrá que mantener su autoridad a costa de lo que sea; éste “lo que sea” puede ser el amor de los hijos, la posibilidad de cambiar de opinión y de disfrutar la relación familiar. Por su parte, la víctima tendrá que hacer a un lado sus deseos y ser la receptora de la violencia del otro.

Esta violencia “cultural”, como la llama Martha Torres (2001), que se asienta en las relaciones familiares, es un reto importante para los terapeutas familiares. En el caso de la familia Escobar López la violencia estaba presente en la relación de pareja y en la relación con los hijos. El padre los violentaba de manera directa, la madre de otro modo. Mientras él abandonaba, ignoraba y gritaba, ella los manipulaba para intentar mantener a su esposo cerca de ella. El cambio estructural de esta familia posibilitó la modificación de esas pautas de interacción en tanto se cuestionó, en el proceso, su construcción de la realidad respecto de sus premisas de género, de poder, sobre el lugar que deben tener los hijos para no estar en medio de un conflicto de lealtades; al mismo tiempo se cuestionaba la construcción de que el síntoma era el de los hijos introduciendo la visión circular acerca del papel de cada uno en el mantenimiento de éste.

Caso 2

Marga Juárez



Marga solicitó el servicio planteando que desde hace tres años comenzó a tomar antidepresivos ya que constantemente se sentía triste y angustiada. Ha acudido a talleres vivenciales que le han ayudado pero aún se siente desesperada y sin control sobre su estado de ánimo. En el último taller que tomó le plantearon la necesidad de que recibiera apoyo psicoterapéutico y la canalizaron a este servicio.

Hace dos años tomó una sobredosis de antidepresivos en dos ocasiones, con la finalidad de suicidarse. En aquel momento ella había dejado de tomar su medicamento de manera regular y sentía miedo de todo.

Antes de esto su esposo solía ser violento verbalmente con ella, pero había modificado su comportamiento y ahora se preocupaba más por ella.

Refirió también que constantemente tenía conflictos con su hijo menor quien la había golpeado; éste permanecía en la casa todo el día desde que abandonó la escuela y eso ayudaba a que estuvieran discutiendo todo el tiempo. Desde hace tres meses su hijo

comenzó a trabajar y ya no se habían dado roces tan fuertes, pero el conflicto continuaba ya que no contribuía económicamente con la familia.

Ella realizaba ventas de casa en casa y hacía ejercicio intentando mantenerse ocupada para sentirse mejor pero en cuanto llegaba a su casa se sentía atrapada, sola y triste. Explicaba su estado diciendo que el problema estaba dentro de ella ya que “su cabecita da vueltas” y no podía lograr sentirse mejor. Algunas personas le habían dicho que era una consecuencia de la menopausia y ella estaba de acuerdo en esto.

En las primeras sesiones continuaba intentando explicar su depresión a partir de cosas que están fuera de su control y decía que esta se debía a problemas hormonales, a que dejaba de tomar la dosis indicada de antidepresivos. Señaló que en el pasado estuvo interesada en los demás y no en ella y que ahora que se ve, que se preocupa por ella, se encuentra con que debe cuidarse y prevenirse de enfermedades propias de las personas grandes; eso no le gusta y le asusta.

Los intentos realizados, hasta ese momento, para que Marga observara lo relacional en la manifestación de su depresión, parecían no entrar en su epistemología personal.

Utilizando el enfoque de la Terapia Breve enfocada a problemas se redefinió el síntoma cambiando la definición de depresión por la de tristeza y comenzaron a explorarse las diferentes cosas que había hecho para afrontarla así como la manera en que los demás miembros de la familia colaboraban en sus intentos de solución.

Se exploró la hipótesis de que la familia de Marga estuviera pasando por una crisis de transición hacia la etapa del nido vacío y se rastrearon las construcciones culturales alrededor de ser madre y de ser esposa, particularizando en la relación de pareja para establecer si la función del síntoma era no enfrentarse cara a cara con su pareja que había sido violento con ella.

Se sabe que en las familias mexicanas una etapa del ciclo vital que provoca diversas crisis es la transición al nido vacío. La perspectiva de perder a los hijos y el reencuentro con la pareja suelen ser asuntos difíciles de enfrentar. En este caso en particular se observa una larga historia de descalificación hacia Marga quien, hasta ahora, sólo se reconoce a través de su papel como madre y esposa. Mientras ella ubique el centro de sus “males” dentro de ella misma, quedará atrapada en un círculo paradójico: se pone triste porque se siente incapaz; entre más se pone triste, mayor es la percepción de los demás respecto a que es, efectivamente, incapaz. Algunas construcciones culturales acerca de cuál debería ser su papel como madre y esposa refuerzan la percepción negativa que tiene de sí misma y la visión de los otros.

A medida que se fue avanzando se consideró necesario ubicar las áreas “contaminadas” con la tristeza, por lo que desde el enfoque de soluciones se plantearon preguntas de escala respecto a la tristeza y se buscaron excepciones.

Con estas intervenciones se logró que ella ubicara tiempo y lugares donde ella vencía a la tristeza así como acciones y pensamientos que le ayudaban a ello.

En la cuarta sesión la consultante abrió un secreto que dejó muy clara su posición en su familia. Comentó que ella había tenido una hija siendo adolescente, su madre la obligó a renunciar a su maternidad y hasta la fecha esa hija cree que Marga es su hermana. Toda la familia guarda celosamente el secreto y, al mismo tiempo, reclama a Marga el hecho de haber “fracasado”. En su familia nuclear sólo su esposo sabe sobre su hija y Marga teme constantemente que sus hijos se puedan enterar ya que cree que la juzgarían muy duramente y quizá justificarían la violencia de la que ha sido víctima por parte de su esposo.

El secreto que guardaba la coloca en una posición de culpabilidad y desventaja que la había llevado a “buscar castigo” permitiendo que la maltraten. Tanto pagar sus culpas,

como intentar convencerse de que no debe hacerlo, han sido formas de interactuar con su familia que los mantienen definiéndola como incapaz al mismo tiempo que la culpabilizan de sus fallas. Desde el inicio de la terapia se le planteó a Marga que era importante que su familia acudiera, ella se los pidió en diversas ocasiones pero le respondieron que el trabajo se los impedía.

Retomando la postura de Milán respecto a las opciones para traer a los ausentes se le planteó a Marga que la terapeuta llamaría por teléfono a su esposo para escuchar si él tendría algo que comentar que pudiera ser útil en la terapia de ella. En realidad, el equipo estaba observando que la ausencia de la familia ayudaba a Marga a mirarse como la creadora y portadora del síntoma y no estaba permitiendo que los demás participaran en su cambio.

Se llamó a la casa de Marga como había sido acordado y se le planteó a su esposo que la llamada tenía la finalidad de preguntar sobre el estado de Marga y de la familia en general así como invitarlos a acudir a terapia. Inicialmente el señor relató que se encontraban bien y que ellos no tienen ningún problema. Ante la resistencia del señor se adoptó una postura “uno abajo” y se replanteó que se le llamaba para saber si él tendría algo que aportar al equipo para ayudar a Marga; que nos era muy importante la opinión que él tenía sobre lo que pasaba con su esposa y que el equipo estaba muy preocupado por ella. El señor modificó inmediatamente su actitud y relató que habían visto a Marga mucho mejor y que a veces sus hijos la agredían porque ella no estaba en la casa. El señor planteó que a él no le afectaba, que creía que ella tiene derecho a hacer lo que quisiera y que la apoyaba diciéndole que no debía preocuparse por lo que sus hijos dijeran ya que ellos son adultos y no necesitan su cuidado. El señor mencionó que le había estado ayudando en la casa y con eso sentía que contribuía a que Marga estuviera mejor. Él consideraba que tal

vez sus hijos modificarían su actitud si acudieran a alguna sesión y se comprometió a intentar convencerlos, él no podía porque su trabajo se lo impedía. Se acordó con él que si el equipo tuviera dudas nuevamente sobre qué camino seguir se le volvería a llamar y él estuvo de acuerdo. Se ilumina su actitud de apoyo y se refuerza la idea de que es muy bueno que Marga cuente con él.

Al inicio de la siguiente sesión Marga llegó sonriendo, planteando que su esposo fue un mentiroso en el teléfono pero que a partir de ese día había insistido en que ella hiciera lo que quisiera y había puesto límites a sus hijos cuando la agredían.

Guiados por la Terapia Breve enfocada a Problemas se dio un giro de 180° en sus intentos de solución ya que se detectó que Marga estaba girando en torno a una misma forma de intentar solucionar su situación y ésta la hundía más en el problema.

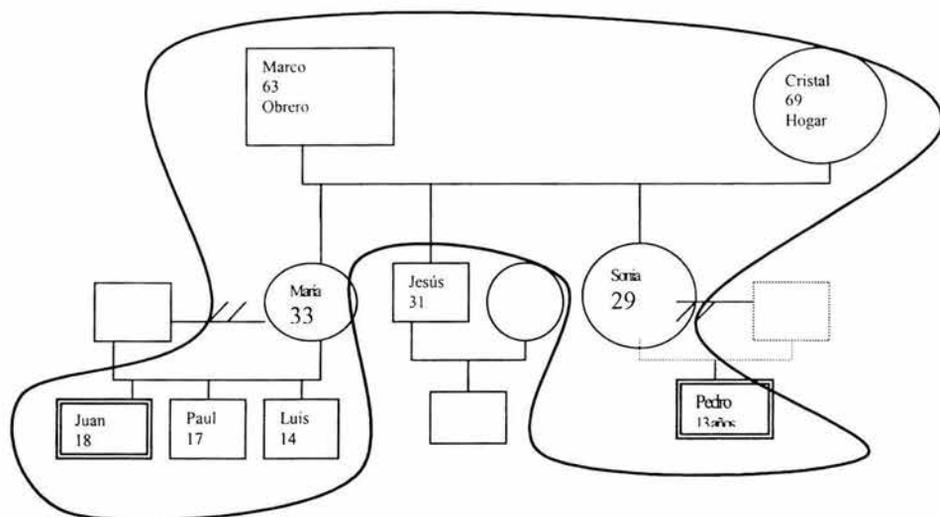
Se detectó que estaba haciendo lo que deseaba, pero quería que, además, los demás estuvieran de acuerdo. Su comportamiento no era el de una persona típicamente deprimida. Después de hacer un recuento de todas las cosas que ella hacía sin la aprobación de su familia, se le planteó que uno debe pagar un precio por estar haciendo cosas en contra de la voluntad de aquéllos que nos importan y se le pidió que durante las siguientes dos semanas, sin importar qué tan mal se sintiera, no lo comentara con su familia, ni les diera explicaciones respecto a lo que hacía y por qué lo hacía; sólo podía comentar eso en los espacios donde se sentía bien.

En la siguiente sesión llegó arreglada de otra manera y haciendo bromas, se exploraron los cambios y se ampliaron, el equipo y la terapeuta decidieron usar las voces del equipo para ampliar aún más el cambio al mismo tiempo que para prescribir la recaída con el fin de normalizar la ciclicidad de los periodos depresivos que ella ha referido, iluminando los recursos que había desarrollado para afrontarla. Marga dijo haber

descubierto que cuando no se quejaba, sus hijos se comportaban menos agresivos y que ella se sentía con mayor fuerza para defender lo que deseaba; pudo pasar diferentes momentos agradables con su familia y disfrutaba más lo que hacía fuera de su casa. Se le planteó la conclusión del proceso terapéutico y estuvo de acuerdo en que ya no requería más apoyo. Se realizó un seguimiento telefónico dos meses después y ella continuaba bien. Se trabajó un total de 7 sesiones.

Caso 3

Familia Santos.



La madre solicitó apoyo para su hijo Pedro quien intentó suicidarse. En el momento de solicitar el apoyo, el mayor problema era que lo habían expulsado de la escuela y tenía constantes problemas con la familia materna. Hace medio año ingirió pastillas (la madre no sabe de cuáles, ni cuántas) y estuvo hospitalizado cuatro días con un diagnóstico de embolia general, según refiere la madre. No lograba controlarlo ni hacer acuerdos con él, amenazaba con suicidarse desde hacía unos días a partir de que murió, en un accidente, un primo de su mamá.

Estuvo acudiendo a la Unidad de Evaluación Psicopedagógica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y de ahí lo canalizaron a terapia individual, pero la terapeuta decidió que era mejor canalizarlo a Terapia Familiar. En la evaluación se reportó inmadurez emocional.

Desde que Pedro era pequeño había tenido que recurrir a psicólogos porque tenía diversos problemas de conducta y socialización. Fue agredido sexualmente por un niño mayor que él cuando tenía 4 años. La madre lo llevó a terapia en ese entonces y había regresado en diversas ocasiones ya que el chico “no cambiaba”. Al entrar a la secundaria su comportamiento empeoró y lo expulsaron. La madre consideraba que esto había sido “la gotita que derramó el vaso” porque continuamente la citaban para hablarle de problemas de conducta de su hijo.

La madre y el padre de Pedro se separaron cuando él tenía 3 años. El niño siguió conviviendo con su padre y con dos medios hermanos hasta que éste se fue a trabajar a Estados Unidos. La madre y el chico vivían con la familia de ella desde que se separó de su esposo. Esta familia consideraba que Pedro era un niño problemático, chismoso y desobediente. La familia de su padre deseaba que él se fuera a vivir con ellos pero la madre no lo permitía ya que consideraba que ellos lo “consentían demasiado”. La madre había dejado de trabajar desde el primer intento de suicidio del chico con el fin de estar más pendiente de él.

Inicialmente, la terapeuta y equipo no lograron comprender la problemática con una visión amplia, pero se planteaba que probablemente Pedro y su madre se encontraban atrapados en un asunto de lealtades. La madre no podía ser desleal a su familia porque ellos la habían ayudado y por lo tanto no podía poner límites respecto al trato de estos hacia su hijo. El hijo mantenía ocupada a la madre vigilándolo a él, sin poder trabajar, lo cual ataba a esta mujer a su familia de origen.

En la familia de origen hay otros problemas (violencia, adicciones de los primos de Pedro). La familia se mantenía pendiente del “niño problema” evitando así mirar hacia sus conflictos y logrando que la madre de Pedro se mantuviera cerca, necesiéndolos.

Cuando se trabajaron estas ideas en la sesión la madre se mostró particularmente retadora, diciendo en diferentes momentos que los psicólogos no la habían ayudado.

Resulta curioso que esto haya ocurrido después de que el equipo evidenciara su atrapamiento respecto a su familia de origen y se explicaría a partir de que el cambio es muy costoso para ella. Especialmente si se considera que en una familia donde el padre es particularmente violento, dejar a la madre con él implicaría una falta de lealtad ya que ella se ha sacrificado quedándose con él para darles un padre.

Este discurso mantiene a Sonia y a su hijo en un constante dilema. Si se quedan, no hay posibilidad de crecer pero pagan su deuda, si se van traicionan a la familia y, aunque tengan mejores oportunidades, estarían condenados al fracaso lejos de ellos. En tanto se observaba resistencia al cambio, se manejó la connotación positiva del síntoma de Pedro como una muestra de amor y de ayuda a su madre; se envió un mensaje que ponía en claro la incapacidad de la madre para moverse y liberaba a Pedro de la responsabilidad de asumir lo que le toca a ésta.

Acudieron a 4 sesiones terapéuticas y dejaron de hacerlo porque la madre comenzó a buscar trabajo. Llamaba cada semana para informar que aún estaba en espera del trabajo pero no volvieron a asistir.

Este hecho fue interpretado como una movilización del sistema familiar en el que la madre estaba comenzando a poner límites con su familia de origen, pero se planteaba que sería difícil sostener el cambio ya que esta familia se manejaba de manera muy rígida y con ataduras muy fuertes a través de doble vínculo en sus interacciones.

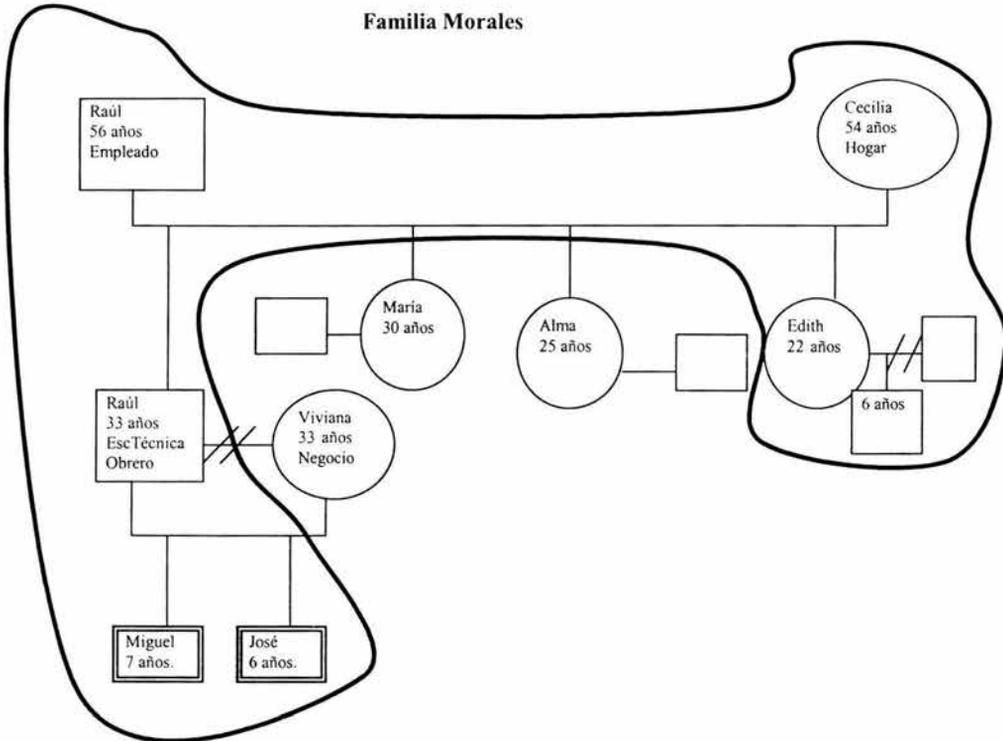
El modelo con el que se abordó a la familia fue básicamente el de Milán. Se observó a esta familia con resistencia al cambio y con interacciones comunicacionales de doble vínculo entre los subsistemas, incluyendo a la familia extensa. Se redefinió al síntoma a

partir de connotarlo como una forma de ayuda de parte del hijo hacia la madre. La noción del juego familiar guió las intervenciones en las que se intentaba hacer cambios cognitivos y conductuales a través de paradojas.

En la última sesión a la que acudió la familia se trabajó con prescripción universal en tanto quedaba claro, para el equipo y la terapeuta, la falta de límites entre subsistemas por lo que se consideró necesario comenzar a separarlos.

CASO 4

Familia Morales



La abuela solicitó apoyo para sus nietos, hijos del hermano mayor de esta familia. En la entrevista telefónica refirió que su hijo había regresado a vivir con ella y su esposo desde que se separó y en este momento él tenía la custodia de sus dos hijos; también vive con ellos su hija menor con su hijo de 6 años ya que también se había separado de su pareja. La señora Cecilia reporta que ella se hace cargo de cuidar a todos su nietos y que no cuenta con el apoyo de su esposo quien constantemente le reclama el hecho de haber aceptado que sus hijos vivieran con ellos.

La relación entre ella y su esposo es distante; éste faltaba a dormir con frecuencia y, desde la llegada de sus hijos, se había negado a aportar dinero para la casa.

La abuela planteó que sus nietos habían tenido problemas frecuentes en la escuela, su desempeño académico era bajo y ambos se comportaban agresivos con sus compañeros y con el profesor. José, además de ser agresivo, comenzaba a gritar, se tapaba la cabeza con las manos y se escondía cuando le llamaban la atención.

Los padres de los niños habían tenido conflictos desde que se casaron. La madre se había ido varias veces de la casa hasta que en Octubre del año pasado se fue definitivamente. Inicialmente se llevó con ella a los niños, pero después la pareja decidió que se quedarían con el padre. La señora Cecilia refiere que su nuera maltrataba a los niños desde que vivía con su hijo, lo cual supo por algunos vecinos. Cuando se peleaba la pareja ella lo golpeaba y él se defendía. Al salir de la casa, su nuera inició una demanda de divorcio necesario contra su hijo en la que manifestó que él bebía con frecuencia y la golpeaba; así mismo solicitó la pensión alimenticia.

Los niños viven con su padre y abuela desde hace tres meses y han tenido conflictos frecuentes con la madre de los niños porque seguía cobrando la pensión alimenticia a pesar de que ya no los tenía con ella.

En esos tres meses la madre ha visitado poco a sus hijos. La abuela planteó que ella creía que todo el problema se debía a que su nuera es una mujer ambiciosa. Señaló que los niños sufrían mucho por el comportamiento de su madre y ella creía que los problemas que tenían en la escuela se debían al maltrato que vivieron por parte de su madre. Ella creía que su hijo es un buen padre y consideraba que su nuera mentía respecto a lo que decía sobre él.

El equipo y la terapeuta plantearon que probablemente el síntoma presentado por los niños era la forma en que ellos ayudaban a su madre a tener un lugar en la familia ya que al no aceptar la autoridad de la abuela y del padre, la protegían demostrando que no era tan

mala madre, al mismo tiempo que se colocaban en una posición que valida lo que el padre y la abuela piensan sobre la madre y de ese modo eran leales a éstos.

Se ha planteado que cuando existe conflicto entre los padres los niños experimentan un conflicto de lealtades. En este caso se observó que del lado del padre existía rechazo hacia la madre y se le definía como alguien que no servía como tal. La madre, por su parte, parecía estar culpabilizando a la abuela paterna de sus conflictos de pareja, el padre estaba enojado con su esposa por haberse separado de él y todos lo hacían explícito frente a los niños. Esta situación los colocaba en una posición de triangulación y los inmovilizaba ya que si se atrevían a manifestar abiertamente sus afectos, cualquiera que sea, estarían traicionando a alguno de los miembros de la familia.

Durante la primera sesión el padre intentaba constantemente acusar a la madre; se tuvo cuidado de cuestionar su definición sin confrontarlo directamente, lo cual fue aceptado por él, descubriendo que sus reclamos provienen de lo que él ha construido como el deber de las mujeres como madres sin mirar cómo él ha afrontado su papel como padre soltero en contra del “deber ser” de los hombres.

Aunque durante todas las sesiones se usaron visiones de muchos modelos, la visión central estuvo dirigida por el modelo estructural ya que fue evidente para la terapeuta y el equipo que el síntoma de los niños era producto de la interacción conflictiva entre los padres y la falta de delimitación de subsistemas con relación a la abuela, que cumplía funciones parentales. Al mismo tiempo el síntoma permitía la homeostasis familiar que reforzaba sus creencias sobre como debe ser una familia y el papel que cada uno debía tener. En una familia con roles invertidos, esta construcción de la realidad, resulta poco benéfica.

Se trabajó con la familia en la modificación de las interacciones entre el padre y los hijos utilizando la técnica de intensidad durante las sesiones en las que se enfocó la conducta disruptiva de los niños repitiendo el mensaje de que ésta aparecía cada vez que se hablaba mal de su madre. Una vez identificado esto, se provocaban interacciones alternativas entre el padre y los hijos colocando a la abuela como observadora de la capacidad del padre para controlar a sus hijos.

Respecto a la construcción de la realidad; se observó que, aparentemente, la visión del padre y la abuela hacia los niños, así como de otras personas fuera del sistema familiar, les reforzaban su posición como víctimas y eso les estaba impidiendo enfrentar de manera adecuada sus relaciones y obligaciones. Se usó el equipo en vivo como una herramienta para cuestionar la realidad familiar realizando la discusión frente a la familia con la finalidad de introducir voces diferentes respecto a la situación de un padre a cargo de dos hijos, una abuela sobrecargada y una madre que no responde al estereotipo de la “buena madre” con todo lo que eso implica socialmente, resaltando la eficiencia que ha mostrado el padre en la crianza de sus hijos y su disposición para ayudarlos, así como para evidenciar la función del síntoma y cuestionar la idea de que son dos pobres niños en desamparo por no tener cerca a su madre.

En tanto el padre no había podido superar su enojo hacia la madre de los niños, les pedía que fueran leales con él y la rechazaran. Los niños tenían una doble imagen de su madre; por un lado, una que es afectuosa con ellos y por el otro a la mujer que daña a su padre y a ellos ya que los engaña y los abandona. Esta situación los mantenía atrapados sin poder manifestar frente a nadie lo que realmente sentían. La conducta disruptiva y los berrinches constantes eran una forma de expresar lo que deseaban y de desafiar al padre indirectamente ya que si lo enfrentaban de manera directa creían que podrían perderlo, lo

cual es peligroso para ellos en tanto es él quien se hace cargo. Mientras el padre y la madre no resuelvan su conflicto y sus dificultades para acordar lo que tiene que ver con sus hijos será difícil que los niños modifiquen su comportamiento.

La abuela vivía violencia y abandono económico por parte de su pareja por lo que la presencia de su hijo aliviaba sus presiones económicas al mismo tiempo que la distraía de su situación personal. Para ella era necesario asegurar que los niños se quedaran y por ello planteaba que no vieran a su madre. El padre de los niños aún se encontraba en proceso de aceptar la pérdida y la actitud de los niños reforzaba su idea de que lo mejor sería regresar con su pareja, pero estaba atrapado por su familia por lo que no podía decir abiertamente que deseaba regresar con una mujer que había descrito como abandonadora y desleal ante su familia ya que sería severamente juzgado.

Aparentemente los niños estaban actuando la fantasía del padre y, con su comportamiento, le daban el pretexto necesario para salir de la casa de su abuela e irse con la madre de éstos.

Para la terapeuta y el equipo fue importante invitar a la madre a la terapia, el padre lo planteaba constantemente pero la abuela interfería asegurando que no acudiría. A petición del padre se hizo contacto telefónico con la madre quien aceptó acudir a una sesión. Se planteó como objetivo de la sesión trabajar en la reinstauración de la jerarquía de los padres poniendo límites entre los roles y subsistemas, se decidió que la abuela no acudiera a esa sesión, apoyados en el planteamiento del modelo estructural de Minuchin y Fishman (1984) con relación a la fijación de fronteras.

La madre se mostró defensiva inicialmente pero bajó su defensa cuando identificó que la razón para citarla era ayudar a sus hijos y no juzgarla. Durante la sesión se observó que aún había cosas no resueltas en la relación de pareja que afectaban a la relación con los

hijos pero ambos se encontraban en la disposición para manejarlas. Se señalaron interacciones que pasaban en la sesión (como el hecho de que en esta sesión los niños no estuvieron pendientes de lo que decían los adultos, lo que se connotó como: “Ahora que ven a sus padres poniéndose de acuerdo, ya no tienen que estar escuchando qué dicen unos de otros”) para evidenciar el sacrificio que están haciendo los niños para cumplir la fantasía del padre y de ellos mismos respecto a estar juntos, con lo que se buscaba cuestionar a ambos padres respecto a su comportamiento de manera que aceptaran la necesidad de lograr acuerdos como padres.

La siguiente sesión no acudieron, se les llamó en cuatro ocasiones, durante el periodo vacacional, sin obtener respuesta. Al iniciar el siguiente ciclo escolar en la FESI solicitaron apoyo nuevamente, se les asignó una nueva terapeuta y continúan su proceso.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias

Hijos de padres violentos..... hijos de nadie. [□]

*"...En la violencia organizada y en la familiar encontramos tres grupos de personas:
El primero compuesto por los represores, torturadores, abusadores, maltratadores;
un segundo grupo conformado por las víctimas:
hombres, mujeres y niños perseguidos, encarcelados, torturados y exiliados;
y un tercer grupo, constituido por los terceros,
los otros, los instigadores, los ideólogos, los cómplices,
pero también los pasivos, los indiferentes, los que no quieren saber
o los que sabiendo no hacen nada para oponerse o crear condiciones para un cambio"
(Barudy, J., 1998, p.21)*

a) Construcción social de la violencia en la familia.

La violencia es un término complejo que ha sido difícil de definir y entender. Cuando comenzó a nombrarse, algunas personas cuestionaban si ahora habríamos de considerar violento cualquier acto que no le gustara al otro y, en ese sentido, todo podía ser considerado como tal. La realidad es que aún es difícil diferenciar un acto violento de uno que no lo es en tanto, en la mayoría de las prácticas sociales encontramos diversas formas de maltrato que son promovidas y validadas desde las tradiciones y la cultura. Para definir a la violencia es necesario ubicar el contexto en el que se requiere dicha definición.

Muchas prácticas relacionales de las familias están fundamentadas en la asunción sobre la naturalidad en la distribución in equitativa del poder entre los miembros de la familia. Lo deseable, desde la expectativa social tradicional, es que el poder recaiga en el hombre sobre la mujer y en ambos padres sobre los hijos. Asumir de este modo el poder implica aceptar la carga sobre el rumbo de la familia, como grupo, y sobre lo que será

[□] NOTA: Este análisis corresponde al tema que será presentado en el examen de competencias profesionales para obtener el grado de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

permitido o no para cada integrante. Esta organización contiene implícitamente relaciones de subordinación aceptadas por todos y por lo tanto legítimas.

Como en cualquier otra relación de subordinación uno manda y el otro obedece, sin que ninguno de los actores pierda su cualidad de ser persona; es decir, aceptar la subordinación no implica necesariamente sometimiento, ni sojuzgamiento si la relación es aceptada por ambas partes y el mandato de quien ostenta la mayor jerarquía no está sustentado en la intención de someter la voluntad y los actos del otro, simplemente se trata de asumir un poder otorgado y usarlo para organizar a un grupo.

El poder, dice Corsi (1999), "...es la capacidad de afectar a otras personas; influencia es el uso de esa capacidad; control es la forma exitosa del uso del poder" (p.28).

El problema surge, entonces, cuando la jerarquía, que otorga poder de unos sobre otros, se convierte en instrumento de sometimiento y éste se incorpora a las relaciones como algo "natural" (Serret, 2001).

Las familias desarrollan pautas de interacción que les son propias pero que están construidas a partir de otras que son marcadas desde fuera (Minuchin, 1974). Desde ahí, resulta ser normal que las mujeres pidan permiso a sus esposos para hacer algo que ellas desean (desde ponerse cierta ropa, hasta salir a tomar un café con una amiga) y que se resignen cuando éste no les permite hacerlo. También se encuentra dentro de lo normal que sean los padres quienes regulen las reglas de comportamiento hacia los hijos e hijas y utilicen castigos para hacerlas cumplir (desde una nalgada hasta el encierro por horas o días) y que el niño diga que su mamá le pegó porque "él es muy travieso".

En esta forma de construir la realidad se da por hecho que este esposo tiene el derecho de decidir sobre aspectos que van más allá de la organización familiar y que

trastocan los derechos y libertad individuales, que los padres pueden torturar a un niño siempre y cuando tengan el noble fin de educarlo e integrarlo a la sociedad.

Es justo aquí donde la relación de subordinación legítima se convierte en otra donde está presente el abuso de poder y el sometimiento del otro que, aún cuando es aceptado por todas las partes involucradas, provoca daño en la vida, el cuerpo y las emociones de las personas. A este abuso deliberado que comete una persona sobre otra se le ha llamado violencia.

Martha Torres (2001) la define diciendo que “..la violencia es una conducta humana (acto u omisión) con la que se pretende someter y controlar los actos de otra persona; como consecuencia de ellos se ocasiona un daño o lesión y se transgrede un derecho. Se produce siempre en un esquema de poderes desiguales, donde hay un arriba y un abajo que pueden ser reales o simbólicos.” (p.29)

La desigualdad en los poderes proviene de los estereotipos de género que delinean claramente cual deberá ser el papel de los hombres y de las mujeres en la familia colocando a éstas en la condición de subordinación frente al hombre y a los hijos en estado de absoluta dependencia respecto de ambos. Se ha documentado que, en la mayoría de los casos, la violencia se manifiesta de los hombres hacia las mujeres y de éstas hacia los hijos de diversas formas clasificadas en tres grandes grupos (Mercado, 1999):

- *Maltrato físico*: Todo acto u omisión intencional que afecte el estado físico de una persona (golpes, empujones, jalones, quemaduras, no dar alimento o medicamento, patadas, bofetadas, etc.)
- *Maltrato psicoemocional*: Todo acto u omisión intencional que afecte el estado emocional o la estructura de personalidad de quien lo recibe, tales como: insultos, humillaciones, chantaje, negar afecto y protección, prohibiciones, no dar dinero con el fin de controlar, etc.
- *Maltrato sexual*: Cualquier acto u omisión intencional que atente contra los derechos sexuales de las personas y les cause daño, incluyendo los actos sexuales tipificados como delitos en el Código Penal vigente (obligar a prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, celotipia, negar las relaciones sexuales como forma de control, abuso sexual, violación y corrupción de menores).

También se ha considerado que el maltrato no sólo tiene efecto en quienes lo reciben directamente, sino también en quienes lo están presenciando. Se ha visto que en niños y niñas que nunca recibieron maltrato por parte de su padre, pero han escuchado o visto cuando éste agrede a su madre, se desarrollan los mismos síntomas que en aquellos que lo sufren directamente.

Por ello, se ha clasificado a las víctimas de maltrato como directas o indirectas otorgándoles el mismo estatus (como víctimas) independientemente de si sólo lo presenciaron o lo vivieron directamente (Neuman, 1994).

Sufrir maltrato acarrea consecuencias de diversas magnitudes y dimensiones que no se abordarán en este trabajo. Baste señalar que la vivencia de la violencia en la familia afecta la esencia de las personas y su manera de estar en el mundo. La persona que es abusada se vive a sí misma como incapaz de modificar lo que le pasa, indefensa, débil, en estado de absoluta dependencia hacia el otro que es quien la maltrata.

A pesar de cualquier esfuerzo de conceptualización y definición, el maltrato en la familia es difícil de ver y explicar. Quizá hay muchos más acuerdos en lo que tiene que ver con el maltrato físico y el sexual que en lo relacionado con el psicológico.

Entre todas las formas de maltrato psicológico que se han ido identificando, interesa para los fines de este trabajo, una en particular, la negligencia de los padres hacia los hijos.

Diríamos, para comenzar, que la negligencia se ha entendido como omisiones en lo que corresponde a los padres dar a los hijos: por un lado se habla de negligencia como maltrato físico en lo que se refiere a falta de cuidados en la salud o la alimentación y, por otro, como falta de atención, cuidados y afecto en lo relacionado al desarrollo del niño (escuela, amigos, hábitos) que se identifica como una forma de maltrato psicológico.

Entendida así la negligencia podría ser más o menos identificable para cualquiera que la mire. Si una madre constantemente olvida comprar lo que le piden al niño en la escuela está siendo negligente, si los padres no se presentan a las juntas escolares o no se ocupan del tipo de amigos que tienen sus hijos o de la forma en que ocupan su tiempo libre, son negligentes. Con todo lo importante que puede ser identificar estas formas de negligencia, habría otras, casi invisibles, que pueden ser más peligrosas.

b) Alianzas, coaliciones y triangulaciones como una forma de maltrato infantil.

Haley (1973) y Minuchin (1974) ya advertían que las coaliciones intergeneracionales, las triangulaciones y las alianzas en las familias contribuían a crear pautas disfuncionales de interacción, por lo que muchas de sus intervenciones estaban dirigidas a romper esos lazos.

En las familias con problemas estas figuras aparecen, casi inevitablemente; pero donde existe violencia éstas se convierten en la única manera de sobrevivir y al mismo tiempo en la muerte simbólica de ambos padres en relación con los hijos.

Los niños que viven con padres que se maltratan (sin importar quién hace qué a quién) desarrollan problemas académicos, conductuales, de socialización, adicciones e, incluso, prefieren matar para siempre a estos padres viviendo en la calle, con todo lo que ello implica (Bottinelli, 2000). Esta información, afortunadamente cada vez más difundida, es conocida por muchos, pero no resulta tan obvio el porqué.

Desde luego es terrible pensar en un pequeñito presenciando una pelea entre sus padres que tiene que esconderse tras un sillón, pero eso no explica qué es exactamente lo que hace que estos espectadores desarrollen tantos y tan diversos conflictos en sus vidas.

Linares (2002) plantea que el problema surge a partir de que la triangulación implica falta de amor y por lo tanto, se convierte en una forma de negligencia y, por ende, de maltrato.

El amor parento-filial, dice este autor, implica reconocimiento, valoración, cariño, ternura, normatividad y protección. Cuando un conflicto que ocurre entre cónyuges trasciende esta frontera porque los esposos no pueden manejarlo con sus recursos- como ocurre en el caso de la violencia- el conflicto se extiende hacia sus deberes como padres.

“Los padres, inicialmente comprometidos en el ejercicio de la parentalidad, razonablemente preocupados por sus hijos y nutriéndolos relacionalmente con su amor cognitivo, emocional y pragmático, fracasan secundariamente cuando la disarmonía conyugal les hace “perder los papeles” en tanto que progenitores. Ello se traduce en un cambio de prioridades, que debilita la protección de los hijos exponiéndolos a las consecuencias del conflicto conyugal. De forma más o menos explícita, los hijos son invitados a participar en los juegos conflictivos de la pareja, como aliados y como antagonistas de sus miembros, que no son otros que sus padres” (Linares, 2002, p.36)

Linares hace una clasificación de los tipos de triangulación que son producto de esta confusión entre la parentalidad y la conyugalidad advirtiendo los problemas que cada triangulación provoca en los hijos, lo cual se muestra en el siguiente cuadro:

TIPO DE TRIANGULACION	PROBLEMA
Triangulación manipulatoria: Padres hasta cierto punto interesados en sus hijos, envían mensajes en los que solicitan una coalición con ellos ofreciendo alguna ganancia.	Fobias Ansiedad Obsesiones
Triangulación desconfimadora: Los hijos son invitados a participar en el conflicto y luego abandonados en éste.	Psicosis Suicidio
Triangulación equívoca: Padres muy distanciados creen que el otro está ocupándose del hijo, dejando a los hijos en “tierra de nadie”.	Desconfianza Dificultad para crecer
Triangulación complementaria: Padres con una relación demasiado simétrica en la que se solicita coalición de terceros en la escalada.	Abuso sexual hacia los hijos e hijas.

Cualquiera que sea la forma en que se triángule a los hijos como consecuencia de una relación conyugal violenta, se les priva del amor que les tocaba recibir, con todo lo que ello implica. La triangulación provoca conflicto de lealtades, una sensación de desprotección y les impide contar con sus padres, porque, en estos casos, son los padres los que están contando con el hijo para que le ayude a resolver su problema conyugal.

Pensando, por ejemplo, en los casos extremos de violencia de un hombre hacia una mujer, nos encontramos a adolescentes de doce o trece años liándose a golpes con su padre para defender a su madre. Este hijo nunca tendrá un padre, pues es el enemigo; pero tampoco una madre, ya que en el nivel simbólico es él quien asume la protección de ella y sus hermanos, que es el papel que le tocaba a ella desempeñar.

En casos menos extremos de violencia física, pensemos en estos padres que se separan odiándose mutuamente y se molestan cuando los hijos la pasan bien con el “contrario”. Los hijos desarrollan, como defensa, una actitud de indiferencia ante ambos para evitar que se sientan traicionados o declaren abiertamente su preferencia por alguno. En el primer caso, es claro que a lo que están renunciando es a recibir el amor de sus padres; en el segundo pierden al padre que no prefirieron y cuentan con el otro siempre y cuando mantengan su lealtad, es decir, reciben amor condicionado que, siendo estrictos, no es un amor que nutre, sino una relación de control.

A riesgo de estar generalizando demasiado, se puede afirmar que hay suficientes argumentos para considerar que los niños y niñas que viven con padres violentos son víctimas directas de maltrato infantil y no solamente víctimas indirectas de la violencia familiar, como se les ha conceptualizado hasta el momento.

c) Problemática observada en las familias atendidas a propósito de las alianzas, coaliciones y triángulos.

*La violencia apresa a las personas
entre culpas y deberes imposibles de cumplir,
que se convierten en ciclos interminables
y afectan tanto al que la recibe y como al que la ejerce.
A veces, incluso, resulta difícil saber quien es quien.*

En los casos atendidos, expuestos en el apartado anterior, es posible identificar la problemática arriba señalada.

La familia Escobar López tenía atrapados a los hijos en una triangulación manipuladora. Ambos padres se ocupaban de ellos en cuanto a sus necesidades primarias, pero la madre los invitaba a aliarse con ella ofreciendo lo que su esposo no podía dar (tiempo y afecto) a cambio de mantenerlos cerca de ella, de que le trajeran de vuelta a su esposo y no quedarse sola. En la exposición que ya se hizo quedan claros los costos que estaban pagando, el niño de 7 años dejó de querer vivir, como vive un niño sano de 7 años, y la hija de 13 se negaba a crecer y a explorar lo que le toca a una adolescente. El padre sabiéndose rechazado por su familia, usaba ese argumento para no cumplir su papel de proveedor de afecto.

Marga, el segundo caso, participaba con su esposo en una triangulación equívoca y fue la víctima de una manipuladora en su familia de origen. Ella ha vivido maltrato desde que era pequeña, su madre la obligó a cederle a su hija y hasta la fecha la chica cree que Marga es su hermana. Sólo la familia de origen y el esposo de Marga conocen el secreto. Para ella ha sido muy costoso. Su esposo la ha maltratado también y sus hijos la han agredido, incluso físicamente. Observábamos en ella una contradicción entre sus actos y sus pensamientos. Ella es una mujer muy activa, hace ejercicio, acude a talleres, vende

productos para tener algún ingreso y ha hecho buenas amigas. Todo esto para ella era invisible. El rechazo de sus hijos y su esposo eran suficiente razón para que ella quisiera matarse y se mantuviera “deprimida”, como ella decía.

Cuando revisábamos sus actividades cotidianas no podíamos encontrar el cuadro descrito por la literatura psiquiátrica como depresión. Lo que se encontró fueron actos voluntarios de Marga en los que pretendía pagarle a su familia lo que ella creía que les debía por haber tenido una hija fuera del matrimonio, cedérsela a su madre y guardar el secreto. Se encontró también que los intentos de suicidio de ella habían detenido la violencia del esposo quien, en este momento, está intentando recuperar su relación con ella ya que, después de varios años de desempleo y abandono de escuelas, sus hijos por fin comenzaron a trabajar y decidieron afrontar retos de adultos, por lo que pronto se irán. Probablemente el hecho de que Marga intentara suicidarse en el momento en que lo hizo está relacionado también con la posibilidad de quedarse sola con un esposo que la agrede cuando sus hijos no están porque si lo hace frente a ellos la defienden. La historia de Marga la obligaba a buscar pretextos para no hacer lo que no quería y de esa manera los hijos se quedaban sin posibilidades de reclamarle directamente hasta que “el enojo era tan grande que perdían el control” y la golpeaban.

Estos hijos viven sin madre, porque cuando no es una chiquita que requiere defensa, es una pobre mujer deprimida que les permite golpearla. Marga es, a su vez, una hija sin madre porque ésta le robó a su hija y la condenó a ser fracasada por haberla parido sin “licencia de Dios”, al mismo tiempo que le pide eterno agradecimiento por cuidar a su hija.

En el tercer caso, aplicando la clasificación que Linares (2002) aporta, la familia Santos, Sonia mantiene una triangulación desconfirmatoria hacia su hijo y ella es víctima

de la misma por parte de sus padres. De hecho, en este caso, se considera que se trata de una triangulación que inicia en la familia de origen y llega hasta Pedro y sus primos.

Sonia también ha vivido violencia de su padre desde que era pequeña. Eligió a un hombre que no estaba comprometido en la relación y tuvo que regresar a vivir con sus padres ya que no podía mantener a su hijo de otra manera. La madre de Sonia sigue viviendo violencia de su pareja. Los hijos se han ido a otro país a trabajar. Ambas hijas se separaron de sus parejas y regresaron ahí. Ambas tienen hijos con dificultades serias.

Los sobrinos de Sonia han comenzado a consumir drogas y su hijo, de 13 años, intentó suicidarse. La violencia de su padre ha llevado a Sonia y a su hermana a pedirles a sus hijos que obedezcan ciegamente lo que sus abuelos les pidan, como una forma de protegerlos y protegerse, que es la estrategia que ha elegido esta familia para lidiar con la violencia. Cuando el padre está poniéndose agresivo, todos guardan silencio y miran hacia otro lado esperando que esto lo desaliente en su agresión, lo cual no sucede. Aún así las hermanas han creído que una forma de proteger a su madre y valorar su sacrificio es quedándose con ella. Pero esta estrategia no ha funcionado con los chicos al llegar a la adolescencia porque cuando el abuelo se violenta golpea a todos por igual y estas madres no pueden enfrentarlo, ni defender a sus hijos.

La familia les impide la independencia y les exige un sacrificio de la libertad en aras del amor que se le debe a una madre. Al quedarse ahí las dos hermanas se están sacrificando y los hijos, desde su perspectiva, tendrían que hacer lo que ellas hicieron: quedarse al lado de sus madres para protegerlas y pagarles su sacrificio.

Los síntomas de los chicos pueden ser entendidos como gritos callados de rebeldía; en sus actos manifiestan el deseo de toda la familia de lograr cada uno su independencia y dejar de pagar. Hacerlo abiertamente implicaría una traición y seguramente el destierro. La

unión familiar como fuente de protección hacia el mundo, es un mito que los sostiene; si alguno se va, atenta en contra del mito y destruye a la familia. Los miembros que han salido, han tenido que irse a otro país a trabajar. Irse de este modo disfraza el deseo de independencia con una máscara de deseo de progresar, pero no sólo individualmente, sino de ayudar a todos a progresar.

Los problemas que ha manifestado el hijo de Sonia, la colocan en un lugar en el que la familia le pide que se vaya y se lleve “al monstruo que creó”. El chico, suele desobedecer a sus abuelos y enfrentarlos, aparentemente es la voz que la madre no tiene, pero es la voz que necesita para poder salir de la casa de la única manera en que puede irse con el permiso de todos. Ella ha manifestado su deseo de irse a otro país pero cree que llevarse a su hijo entorpecería su posibilidad de ganar dinero. Quiere dejarlo ahí con sus abuelos.

Nuevamente salta a la vista el atrapamiento. Parece que no hay manera de hacer lo que ella y su hijo necesitan sin que esto les implique un alto costo. Si su hijo mejora, ya no podrá tener pretexto para irse sin ser juzgada como desertora; para que ella considere que él ha mejorado tendría que acatar las reglas de la casa y obedecer ciegamente, pero si lo hace ya no podrá ser la voz de la madre, ni la estaría protegiendo. Cualquiera de las dos opciones dejan a Pedro en la posición de niño pequeño que no debe crecer, que no cuenta con su madre, ni con nadie y a ella sin opciones para hacer lo que realmente quiere.

En el cuarto caso, la familia Morales está haciendo una triangulación manipulatoria con los niños. En esta familia tenemos a un padre con sus dos hijos, separado de la madre de ellos, viviendo con su familia de origen (madre, padre, hermana y sobrino). La madre de los niños había decidido ceder la custodia al padre. Desde el inicio de la terapia se observaba enojo del padre hacia la madre por las cosas que ocurrieron entre ellos pero también enojo porque ella no acepta su rol materno de la manera en que es esperado

socialmente. El padre y los niños manejan la fantasía de que una familia sólo puede estar bien si ambos progenitores están presentes. La familia del padre vive la situación de los niños como una tragedia y manifiesta resentimiento hacia la madre, constantemente les hacen ver a los niños que su madre no los quiere y ellos sí, por eso los cuidan y protegen.

Las alteraciones de los niños se relacionan con esta vivencia de sí mismos como desamparados sin su madre y con la lucha que realizan todos los días para poder querer a ambos padres sin sentir que traicionan a quienes los cuidan. Querer a la madre es, en esa familia, una traición. No quererla es incumplir también con los valores familiares que les piden pensar a las mujeres/ madres casi como santas dignas de veneración. Querer al padre es quedarse con “el perdedor” abandonado por la mujer que ama, pero de quien necesitan protección.

Aunque el padre lucha por aceptar su situación sin victimizarse, todo su medio le hace saber que él no puede más que ser “un pobrecito hombre abandonado”, lo que disminuye su virilidad frente a los demás y lo obliga a seguir enojado con su pareja, juzgándola por lo que no cumple y descalificando los esfuerzos de ella.

Cuando la madre siente el rechazo de la familia de su exesposo, se aleja y mientras más lo hace más confirma la visión de ellos respecto a su incapacidad para ser una buena madre; el conflicto no resuelto con su esposo es más importante que la relación con sus hijos.

La abuela es una mujer que ha sufrido maltrato físico y económico por parte de su esposo desde que se casaron. Sus hijos, incluyendo a nuestro consultante, han intentado protegerla desde que eran niños, pero han sido incapaces de oponerse al padre abiertamente. Mantienen una secreta coalición con la madre, le proporcionan ayuda económica y compañía. Mientras más cerca están los hijos más se aleja el padre y entre más

lejos está él, más apoyo necesita la madre. Un hijo y una hija se han separado de sus parejas y ambos regresaron con ella. La abuela se encarga de cuidar a sus nietos (todos terribles e incontrolables, según lo reporta). Abnegadamente ella se hace cargo de “lidiar” con sus nietos “descompuestos” por las malas mujeres. Desde su visión, la responsabilidad de la separación de su hija fue de ésta; plantea que su hija es una chica difícil.

Los nietos ayudan a la abuela a justificar la estancia de sus hijos con ella. Si los nietos súbitamente mejoraran su conducta ella tendría que enfrentar su soledad, sus carencias económicas y una relación de pareja prácticamente inexistente. En esta familia, nadie tiene padres considerando lo que Linares (2002) plantea respecto a la parentalidad que está definida como una relación complementaria en la que no se puede recibir lo que se da y está basada en la decisión/ obligación de proveer a sus miembros de los elementos necesarios para integrarse a la sociedad, respetar sus normas y aprender a protegerse. Esto último se trastoca cuando la violencia está presente al mismo tiempo que los padres están cobrando lo que dan.

d) Papel del terapeuta frente al maltrato infantil.

“En las acciones de abuso existen fenómenos de tipo hipnótico que anestesian la conciencia sobre los efectos de los abusos”
(Perrone, citado en: Ravazzola,1997. p.163)

Cuando se escuchan historias como las que se relataron, parece difícil evitar la indignación, lo cual hablaría de nuestra calidad humana. Pero, como terapeutas, tendríamos la obligación de trascender esa emoción y plantear, desde la ética y la necesidad de cambiar, lo que toca hacer.

Algunos autores han aportado ideas que podrían ser de utilidad, las cuales se mencionan a continuación:

- Linares (2002) plantea que el primer paso es no culpabilizar. Las personas inmersas en situaciones de violencia están atravesadas por la ideología dominante y se mueven entre márgenes ideológicos y relacionales que dejan poco espacio para maniobrar. No es útil nombrarlos como víctimas y agresores porque al nombrarlos se instalan en sus papeles, lo que no significa que el terapeuta considere que todos están en el mismo nivel de responsabilidad respecto a la violencia ya que no es así.
- Es necesario identificar de dónde viene el sistema de creencias que sustentan la violencia como estilo relacional predominante (Gil, 1997).
- En las parejas que abusan hay supuestos desiguales de género y confusiones por el conflicto de poder que están encubiertas pero que están presentes en formas de interacción que validan la violencia, los cuales deben ser identificados claramente para ser abordadas cada vez que ocurren (Ravazzola, 1997).
- Es necesario evidenciar, ante la familia, el patrón de violencia y ubicarlo en el contexto de las creencias que lo sustentan. Hacer notar a cada uno quién hace qué, cómo lastima y ubicar el origen de esta violencia en la ideología, no en las personas (White, 1994).
- Ante cualquier clase de maltrato hacia los niños, incluyendo el sexual, se debe evidenciar éste y hablar de él, permitir que los niños pidan lo que necesitan para repararse (Durrant y White, 2002).
- Es necesario que el terapeuta detenga cualquier clase de justificación que los padres ofrezcan ya que ésta es una forma de validar la violencia. Las intervenciones deben focalizarse hacia la modificación de las historias en las que el agresor encuentra razones para agredir y también de las interacciones que las perpetúan (Cirillo y Di Blasio, 1991).

Se dice que el trabajo con asuntos de violencia, es un trabajo en un rincón incómodo. De repente pareciera que cualquier lugar para donde se mueva el profesional que lo atiende, estará obviando las otras partes. Conuerdo con esta idea.

1.3. Análisis del sistema terapéutico total.

“En terapia, el instrumento de cambio es el terapeuta y ese instrumento puede ser inseguro o defectuoso. Al supervisor le incumbe no sólo enseñar qué se hace, Si no también ayudar a los terapeutas en formación cuando enfrentan reacciones personales que les impiden funcionar como debieran”.
(Haley, 1997, p.20)

El sistema terapéutico y el sistema de supervisión forman lo que se conoce como el sistema terapéutico total donde están incluidos la familia con el terapeuta (sistema terapéutico) y, a su vez, el terapeuta, con el equipo de terapeutas y el supervisor (sistema de supervisión) (Desatnik, Franklin, y Rubli, 2002).

Si partimos de que la realidad se construye en /con los ojos de quienes la miran, el sistema terapéutico total es una oportunidad de ver el proceso terapéutico desde muchos y distintos ángulos.

La supervisión juega un papel fundamental en el funcionamiento del sistema. El supervisor puede ser un apoyo y guía o el peor de los perseguidores, el que limita el crecimiento del terapeuta o el que le ayuda a encontrar recursos que no conocía en sí mismo. Hablando de la co-construcción de la realidad, un error del terapeuta puede ser vivido como un reto a superar o como la muestra de su incapacidad.

El equipo y el supervisor forman el sistema observante del que se habla en la Cibernética de Segundo Orden, el cual no puede considerarse fuera de lo observado. Al enviar un mensaje a la familia, el equipo espera una reacción, se establecen alianzas con algún miembro de la familia, se juegan emociones relacionadas con la visión de la realidad de cada uno de los miembros del equipo.

Ahí es donde se encuentra la mayor riqueza. Al entrar al lugar donde se encuentra el equipo, el terapeuta se encuentra con la posibilidad de ver un número infinito de

alternativas y, a veces, pareciera que cada uno está viendo sesiones distintas. Pensándolo un poco, supongo que así es. Uno estará viendo hacia la relación entre los padres, otro hacia alguno de los hijos, otro más hacia el ciclo vital, otros hacia las maniobras del terapeuta. Desde la mirada de cada uno se construye una visión global que se une a la del terapeuta y a la que brinda la familia y eso forma una historia sobre lo que está sucediendo y sobre el camino a seguir.

Cuando el terapeuta está solo con la familia quizá sea capaz de cuestionarse si lo que está viendo es todo lo que hay o es la única posible historia, pero aún esas historias alternativas que construye son producto de su modo de recortar los sucesos y de su propia forma de ver la realidad. Los sesgos de cada uno de los miembros del equipo y los del terapeuta, cuando se juntan, dejan de ser un peligro para el proceso terapéutico y se convierten en una visión ampliada de la realidad.

Para las familias, puede ser inicialmente amenazante pensarse observadas por muchas personas, sin embargo, dependiendo del manejo que el terapeuta haga sobre la función del equipo, la relación se convierte en una especie de juego entre la familia, el equipo y el terapeuta. Las familias aprenden a ver sus historias con ojos distintos cuando incorporan al equipo. Aún los pacientes más resistentes tienen presente al equipo cuando hablan y eso hace que introduzcan otro posible discurso en su pensamiento, es decir que se permitan pensar en una construcción de la realidad distinta a la de ellos.

En las familias donde se introduce el equipo como coro griego (Papp, 1988), lo anterior es muy notorio. Al sentirse “atrapadas”, las personas buscan opciones no exploradas antes y esto, por sí mismo, ya constituye un cambio.

El propio terapeuta, y aquí hablo de mi experiencia, hace lo mismo. Saberse observado lo coloca en una posición en la que está pendiente de lo que podría estar viendo

el equipo y eso le da alternativas distintas de intervención. Cuando el equipo está formado por las mismas personas, se aprende a ubicar la visión que cada uno maneja y, al intervenir, se tienen presentes los discursos que se han escuchado antes en el equipo, se retoman experiencias vividas como parte del equipo y se recuperan preocupaciones que se han planteado. Se tiene presente cada visión de la realidad y eso, por supuesto, amplía la propia visión.

Salvador Minuchin (2002), en una de sus visitas a México dijo “el que es martillo puros clavos ve” y estoy de acuerdo con él. Cuando el terapeuta comienza a escuchar al paciente lo hace selectivamente. Elige las partes del discurso del otro que habrá de abordar en las intervenciones de ese momento, otras partes las escucha y decide guardarlas para formar pequeños rompecabezas con diferentes temas que se quedan en espera hasta que están completos y se les puede mostrar al consultante. Otras partes, simplemente las ignora.

La selección de lo que se habrá de usar o no, se hace a partir de la visión de la persona que en ese momento está siendo un terapeuta, pero que sigue siendo la persona con su propia historia de vida, sus personajes importantes, sus dolores y deseos, de tal manera que estará interviniendo poniendo en juego su propia historia y su manera de mirar al mundo cuando escucha y cuando habla.

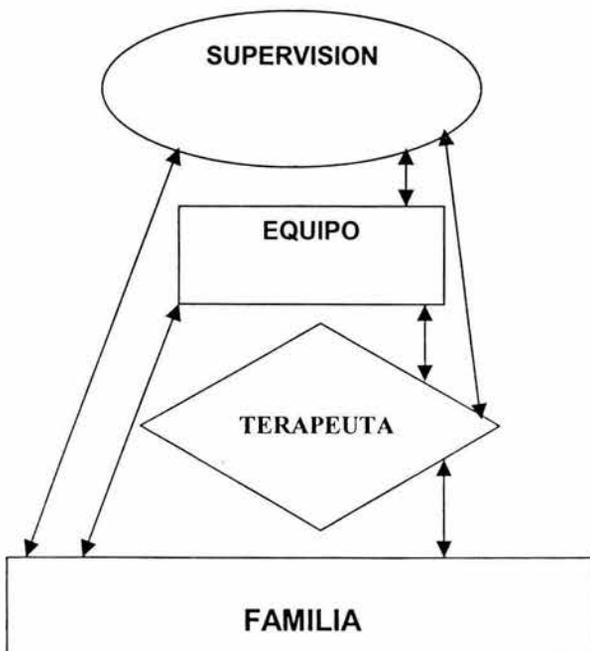
Pareciera entonces que el aprendizaje, tanto teórico como la experiencia de vida, nos ayuda a ver ciertas partes y nos impide ver otras. El equipo de supervisión funciona como recogedor de muchas visiones y proporciona al terapeuta canales de percepción que no tenía abiertos o que estaban bloqueados. Cuando estas miradas se conjuntan el terapeuta / martillo comienza a ver los clavos que ya veía, pero nota diferencias entre los tamaños y formas, distingue los clavos chatos de los puntiagudos y puede comenzar a pensar en la utilidad de

cada uno; con suerte hasta comienza a sentirse serrucho y mira maderas simples o muebles complicados.

El equipo genera la diferencia que hace la diferencia, de la que hablaba Bateson (citado en: Ceberio y Watzlawick,1998) en la mirada del terapeuta y por lo tanto en sus intervenciones proporciona varios pares de ojos y oídos extra, cada uno con sus historias preferidas. Pero la importancia del equipo no termina ahí; también funge como espejo de doble vista del papel que está jugando el terapeuta en el sistema familiar.

El equipo mira cómo el terapeuta está viendo a la familia, mira a la familia en su dinámica de interacción entre sí y con el terapeuta, al mismo tiempo está mirando hacia sí mismo en cuanto al papel que tendría que jugar (como equipo) para ayudar al terapeuta a introducir las nuevas visiones que harán el cambio de segundo orden.

La supervisión, en vivo o video, agrega más elementos al sistema terapéutico. Tal vez su inserción se describiría como sigue:



El sistema terapéutico total se convierte en un intercambio de reflejos de lo que veo de ti cuando me ves a mí, lo que ven los otros cuando nos vemos tú y yo, lo que ves tú cuando nos miras a nosotros. La riqueza de esto es interminable, al introducir todas estas visiones está implícita la compilación e integra diversas formas de aceptar la cultura y, por ende, de infinitas alternativas.

Seguramente el terapeuta va a seguir siendo martillo, pero al **aceptar** que está inserto en un sistema terapéutico es muy probable que sepa que los clavos que ve, no son necesariamente todos los que hay. Uso la palabra **aceptar** porque así creo que ocurre. Puede haber un equipo de supervisión con diversos niveles (por ejemplo: equipo/ supervisión/ supervisión de la supervisión) y el terapeuta puede simplemente decidir no mirarlos, ni reconocer que lo están mirando. En cambio algún otro puede trabajar solo frente a una familia y mantener integrada la visión del sistema terapéutico parándose en los distintos lugares para tener una visión más amplia de lo que está ocurriendo. De esta manera, el sistema terapéutico está presente siempre, sólo hace falta voltear a verlo y escucharse mutuamente.

Una de las experiencias más enriquecedoras fue el trabajo en la modalidad de equipo reflexivo. Cuando las familias escuchaban las diferentes opiniones, de viva voz, se observaba un mayor impacto de los mensajes.

En particular, una de las familias con quien se trabajó en equipo reflexivo decía que había sido muy interesante haber escuchado al equipo discutir porque ahora les había quedado más claro que hay muchas formas de entender lo que a ellos les pasaba. Esto implica incorporar muchas visiones de la realidad, todas ellas igual de válidas ante los ojos de los consultantes y del terapeuta que al escuchar al equipo mira más caminos (Tarragona, 1999).

2. Habilidades de investigación.

2.1. Reporte de la investigación realizada.

Durante los dos primeros semestres, en la materia de Metodología de la Investigación Aplicada I y II, perteneciente al tronco común de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, se realizó una investigación en equipo con Juana Bengoa González y Martín González Ortega, la cual se dividió en dos partes. La primera de ellas es una investigación cuantitativa en la que se aplicaron instrumentos y análisis acordes con esa metodología y la segunda parte se planteó como una investigación cualitativa que consistió en la realización de una entrevista de profundidad utilizando, para su análisis, las herramientas de esta metodología.

El tema de ambas investigaciones fue la infidelidad el cual fue planteado a partir de la curiosidad del equipo en torno al significado construido socialmente acerca de la infidelidad y el maltrato, los cuales parecen ser eventos devastadores en la vida de las personas a pesar de ser comunes en las relaciones de pareja; pero la infidelidad suele ser significada como falta de amor mientras que el maltrato se interpreta como un acto que no cuestiona éste.

Zumaya (1994) plantea que la infidelidad ha sido un secreto social, pero uno de esos que todos conocemos, sin que se hable abiertamente de él y, en general, existe escasa investigación al respecto. El sentido de fidelidad se percibe cuando se establece compromiso de reciprocidad y se acentúa en tanto se alcanza la exclusividad y se institucionaliza el compromiso. La infidelidad se define como tal cuando existe contacto físico sexual de la pareja con otra persona. Aunque ésta no es la única forma, sí es la más

sancionada socialmente. 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 (Sahagún, 1993).

Independientemente de las causas, muchos autores coinciden en que la infidelidad provoca diversos sentimientos que resultan ser devastadores en la persona que descubre la infidelidad de su pareja. Se habla incluso del homicidio como algo que llega a ocurrir cuando una persona descubre a su pareja en un acto de infidelidad. La infidelidad es una defraudación, una traición a una relación, la violación de un convenio que casi siempre se refiere a la exclusividad sexual. Puede no ser lo peor que un miembro de la pareja le haga al otro pero sí lo más desconcertante y desorientador.

Fidelidad en la pareja puede significar diferentes formas de lealtad: lealtad a una idea o empresa común, el compromiso de cuidar y proteger a la exclusividad sexual. Como dice Manrique (citado en Kreuz, 2000): “La exclusividad sexual es la metáfora más perfecta del placer de ser único para el otro”.

La pérdida de la pareja por una situación de infidelidad es algo que a las personas les cuesta mucho afrontar. Nos hemos encontrado con mujeres que dicen preferir ver muerto a su esposo antes que con otra ó que prefieren matarse antes que dejarlo ir con otra. Cualquiera de las dos opciones no puede sino sorprendernos y llevarnos a cuestionar diversos asuntos relacionados con estas creencias.

Las expectativas puestas en el matrimonio incluyen la fidelidad, la exclusividad, el apoyo, y la felicidad. El problema, señala Sakruka (1998), es que cuanto mayor es la idealización mayor es el desencanto y peor la ruptura.

Culturalmente se nos ha enseñado a ingresar a una relación idealizando lo que ella implica, colocar en el otro el desarrollo personal y la satisfacción en la vida. En términos

generales dos personas se unen porque en el momento en que toman tal decisión creen que la presencia del otro les complementa situando en el otro su completud. Esa buscada completud es fácil de romper cuando comienzan su vida en pareja y las fallas de cada uno se interpretan como una amenaza a ésta pero ambos se aferran a continuar quedándose con la idea de que el otro es con quien se casaron y no al que tienen enfrente. Es como si quisieran ponerse un traje que ya no les queda (Doring, 1995).

El amor, dice Von Wobeser (1994) es una construcción social elaborada a partir de nuestras premisas y axiomas acerca del ser humano, sus interacciones y su vida en general. La manera de definir el amor va a determinar nuestras expectativas y experiencias particulares acerca del mismo.

La infidelidad lleva a las personas a una sensación de vacío personal en tanto se pierde, por decirlo de algún modo, el objeto de la idealización y con ello nuestra propia autovaloración. Lo mismo ocurre con la violencia; innumerables estudios en la actualidad hablan de las consecuencias emocionales, físicas y sociales que tiene la violencia en la pareja que, aparentemente, son tan devastadoras como puede serlo la infidelidad.

Pomereau, Penovil y Delite (citados en: Bonilla, 1993), realizaron una investigación con 800 mujeres adolescentes y adultas francesas entre los 15 y los 64 años que fueron atendidas en un hospital de urgencias por intento de suicidio, diagnosticadas con depresión mayor; en este estudio encontró como principales causas del intento de suicidio, el poco afecto que recibían de sus cónyuges y haber sufrido infidelidad por parte de ellos.

Por otra parte, Corsi (1992) encontró que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar, presentan un debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, estados de ansiedad, fobias, agotamiento,

adinamia, abulia, enfermedades gastrointestinales y cardíacas). Estas personas también registran una marcada disminución en su rendimiento intelectual, que afecta sus actividades laborales y educativas (ausentismo, dificultades de concentración) y coincide con otros autores señalando que un alto porcentaje de los asesinatos y las lesiones graves ocurridos entre miembros de una familia son el desenlace de situaciones crónicas de violencia doméstica.

Pese a tales consecuencias, en la experiencia hemos observado que las mujeres se quedan en esas relaciones de violencia, la justifican y la perdonan. La violencia tendría que ser vivida como un no-cumplimiento de las expectativas, y es tan o más importante que la infidelidad, debido a que atenta contra los más elementales derechos humanos. El hecho es que muchas mujeres buscan ayuda de una institución cuando sus parejas son infieles y no cuando las maltratan.

Hemos escuchado a mujeres que acuden a terapia diciendo que cuando su esposo le es infiel es porque ya las dejó de amar, pero consideran que las aman aunque se vivan episodios de violencia, lo cual nos habla de que probablemente las mujeres tienen formas distintas de concebir la violencia y la infidelidad y, de algún modo, han creído que la infidelidad es algo que afecta más la relación de pareja que el maltrato.

A partir de esta observación se planteó investigar cuáles son los sentimientos y creencias de la mujer ante la infidelidad y el maltrato y qué acciones toma ante ellos.

En la primera parte de la investigación "*Depresión y actitud hacia la infidelidad en mujeres que viven infidelidad y maltrato*" se partió de lo reportado en la literatura acerca de que la infidelidad provoca depresión en mujeres (Zumaya, 1994; Kreuz, 2000), mientras que el maltrato es soportado (Corsi, 1992; Ravazzola, 1997).

Se trabajó con una muestra de 34 mujeres, con pareja, entre 22 y 59 años de edad, de todos niveles socioeconómicos. Se aplicó un Cuestionario de Opinión elaborado por el equipo, un Inventario de Actitudes Hacia la Infidelidad creado por Eisenberg, G. (1993) y el Inventario de Depresión de Beck (Jurado, et.al., 1998) a mujeres que acudieron a las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) del Distrito Federal, reportando maltrato e infidelidad .

El objetivo fue encontrar la relación entre la depresión de las mujeres que viven esto y su actitud hacia la infidelidad, describiendo su opinión al respecto y planteando como hipótesis que si las mujeres tienen una actitud de aceptación hacia la infidelidad será menor su nivel de depresión.

Se utilizó un diseño transeccional correlacional que permite describir la relación entre dos variables y los datos fueron analizados con rho de Spearman sin encontrar correlación significativa a nivel estadístico entre depresión e infidelidad. Sin embargo, en el cuestionario de opinión se obtuvieron respuestas en las que las mujeres describen a la infidelidad como “no amor” y al maltrato como problema de relación o aprendizaje de un patrón en la familia de origen.

Al analizar las respuestas que las mujeres dieron en el cuestionario aparece que muchas atribuyen la infidelidad a la pérdida del amor de su pareja hacia ellas: 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; valdría la pena investigar con mayor profundidad acerca de esta forma de conceptualizar a la violencia y a

la infidelidad que lleva a las mujeres a tolerar años de maltrato creyendo que su pareja las ama y a creer que la infidelidad es lo más grave que les puede ocurrir.

Pareciera que en algunos casos está presente la idea de que “me pega, pero me quiere”, en otros prevalece la noción de la mujer como “costilla del hombre” que lo necesita y depende de él, nos preguntamos si este aprendizaje de las mujeres para depender del otro es el sustento de su manera de afrontar el maltrato.

Se plantea que es necesario conocer la forma en que las personas construyen su realidad en torno a la relación de pareja y el modo en que tales construcciones afectan sus posibilidades personales de crecimiento y de afrontamiento ante lo que les ocurre.

A partir de este planteamiento surgido como conclusión de la investigación cuantitativa se realizó una entrevista de profundidad. Se eligió a la entrevistada a partir de que presentaba una característica que contradecía las hipótesis planteadas en la primera investigación, es decir ella tenía una actitud de desaprobación hacia la infidelidad y su nivel de depresión era leve.

Ha vivido infidelidad y maltrato, ha estado casada 10 años, se encuentra en la etapa del ciclo de la pareja en que se observaron problemas muy específicas tales como: depresión, maltrato y en general, se ha visto como una etapa de crisis de adaptación (Rage, 1997).

La guía de entrevista se construyó a partir de la determinación de las dimensiones a investigar que fueron el maltrato y la infidelidad quedando como sigue:

DIMENSIONES DE INFIDELIDAD Y MALTRATO	CULTURA	FAMILIA	INDIVIDUO
CREENCIAS	Roles de género Construcción de familia ideal Lugar de la mujer en la constelación familiar Discurso dominante sobre la infidelidad Discurso dominante sobre el maltrato Formas permitidas a la mujer para establecer vínculos Formas permitidas al hombre para establecer vínculos	Modelo de pareja brindado por sus padres. Valores que le inculcaron relacionados con el hombre y la mujer. Función de cada uno en la pareja Experiencia del trato de sus padres hacia hombres y mujeres. Concepción de la infidelidad y del maltrato. Concepto de separación de la pareja Noción de respeto en la relación de pareja. Manejo de poder	Aceptación de las construcciones culturales y familiares Rechazo de dichas construcciones. Aquello que ha retomado de esas construcciones. Que creencias ha tomado a partir de las experiencias que ha vivido. Cuales creencias le han estorbado. Como cree ella que podría modificarlas. Explicación que da a la infidelidad y al maltrato.
SENTIMIENTOS	Sentimientos que se promueven/ permiten ante la infidelidad y el maltrato. Sentimientos orientados hacia la fortaleza o la indefensión. Sentimientos permitidos para hombres y mujeres en cuanto a la infidelidad y la violencia	Sentimientos relacionados con la forma de ser mujer que aprendió. Manera en que esos sentimientos influyen en su vida	Sentimientos hacia la infidelidad. Sentimientos ante el maltrato. Como influyen esos sentimientos en su manera de enfrentar el maltrato y la infidelidad. Influencia de sus sentimientos para construirse sus propias creencias Sentimientos que contribuyen al cambio y al atrapamiento Construcción del sentimiento a partir de los demás.
ACCIONES	Acciones que la llevan al atrapamiento Acciones permitidas por la cultura ante la situación de infidelidad y maltrato	Relaciones y formas de acercarse a los hombres y mujeres. Descripción de la relación con la pareja Disposición para dar y recibir respeto a su pareja.	Que hace o ha hecho que la mueve hacia la solución. Que hace o ha hecho que contribuye al atrapamiento. Que hace para construir redes de apoyo que le sirvan para enfrentar el maltrato.

Se encontró una coincidencia importante en los resultados obtenidos en la investigación cualitativa y la cuantitativa en lo referente a la manera en que las mujeres 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 ser debidas a la construcción social de género y a la construcción sobre el amor y la idealización de la pareja.

Por otro lado, en ambas investigaciones se observa que sí hay una tendencia a la depresión en estas mujeres, de moderada a severa, que las hace replegarse, aislarse, carecer de redes de apoyo, estar tristes, llorosas, con poca capacidad para decidir qué hacer sobre la relación, si continuarla o terminarla y a esperar a que su pareja lo decida; al mismo tiempo que a involucrar a los hijos en el conflicto, usándolos como argumento para evitar la separación. La mujer entrevistada refirió que le preocupa separarse porque su hijo va a sufrir y plantea que ella no le cuenta a nadie lo que le pasa; estos dos aspectos la llevan al aislamiento y a quedarse atrapada en la relación pensando que podría dañar a su hijo si se separara.

Aún cuando la entrevistada ha sufrido maltrato físico, psicológico y sexual, manifiesta dudas respecto a separarse de su pareja, pero en el momento en que supo de su infidelidad planteó la separación de manera irremediable dándole mayor peso a la infidelidad: “este sufrimiento que estoy viviendo, esto de no saber si anda con otra, me pesa más que cuando me forzaba a estar con él íntimamente, porque no sé si dejarlo o seguir con él”. Esto es corroborado por las mujeres de la muestra en la investigación cuantitativa, las cuales aparentemente no conciben el maltrato como algo que afecta integralmente sus vidas, ni lo ven como una razón para separarse, sin embargo la infidelidad, sí pone en peligro la relación de pareja.

De lo anterior podemos observar que las mujeres no tienen conciencia de que están siendo lastimadas, de que les están faltando al respeto, ni 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”.

Llama la atención cómo la mujer entrevistada aceptó una pareja violenta; habría que preguntarse si está repitiendo en la relación con su pareja, las vivencias infantiles de maltrato y abuso sufridas con su padre. Esto puede indicarnos una incapacidad para cuidarse a ella misma, y es una evidencia de los estereotipos culturales aprendidos en la familia: que el hombre es la autoridad de la casa, la mujer es la encargada de la infraestructura doméstica y de la crianza y socialización de los hijos, que la sexualidad femenina es sólo reproductiva mientras que el varón debe mostrarse supersexuado; el hombre, siendo el guardián puede llegar a cualquier extremo para sostener esos valores, incluso a los actos violentos.

Tales creencias son tan poderosas que las mujeres desestiman o asignan poca importancia a las primeras manifestaciones de violencia o se someten, se avergüenzan, no facilitan y hasta dificultan las acciones en su defensa, reaccionan tardíamente cuando ya están en situación de alto riesgo o vuelven con su castigador declarando amarlo.

En la literatura sobre el tema de maltrato, se dan explicaciones a estos fenómenos; por ejemplo Ravazzola (1997), dice que la organización de la experiencia abusiva infantil tiene serias consecuencias en la vida adulta, en la que aparecen fenómenos sin explicación congruente, con las experiencias actuales de los sujetos. Se refiere a que algunos niños desarrollan un proceso de identificación con el agresor que los hace proclives a tener conductas agresivas. Aprendieron a no tomar en consideración ni a cuidar a quien es más débil, ni a ellos mismos y no puede defenderse ni tener piedad por él, tal como a ellos les sucede en el contexto familiar, en el que es víctima de otro que abusa. Estos fenómenos se observan con frecuencia en personas que han crecido sufriendo la convivencia con adultos que se descontrolaban.

Cuando la entrevistada nos dice que “fue obligada por su marido a tener relaciones sexuales, porque ella no sentía nada, no quería”, justifica este acto, diciendo que tal vez ella no le estaba cumpliendo como mujer. La justificación del maltrato es una manera de sobrevivir al dilema de lealtad hacia la persona que la violenta, del cual no puede defenderse ni aún a auto considerarse o autoevaluarse, ni pedir ayuda, ni hablar con otras personas sobre el problema y así rescatarse de esas interacciones nocivas; entonces construye una explicación que de sentido a esa acción de la que es víctima, en donde la acción del maltratador, a quien la cultura le enseña que debe amar y respetar (padre, marido), es defendida, disculpada o minimizada, asumiendo como propia la responsabilidad de la violencia

Leonore E. Walker (1989) correlaciona en sus estudios sobre la situación de las mujeres maltratadas, la socialización estereotipada de las mujeres en general, con su disposición a lo que ella llama, “el síndrome de indefensión aprendida”, que les impide concretar actos a su favor. Estas mujeres están siempre dispuestas a escuchar argumentos que las descalifiquen, a reconocer errores no cometidos y faltas inexistentes, a asumir culpas frente a acusaciones. De estas mujeres será muy fácil abusar ya que su capacidad empática parece muy grande, porque resuenan de forma automática con lo que les sucede a otros; el otro es automáticamente uno mismo y tan importante como uno mismo y merece cuidado y buen trato como ser humano igual. Habría que preguntarse si estas mujeres hacen “consciente su condición de maltrato” hasta que llega a sus vidas la variable “infidelidad” porque pareciera que si esto último no sucede, lo viven como algo “normal”.

De lo expuesto se puede decir que la mujer que vive infidelidad despliega sentimientos que son devastadores para la relación, viviendo esto como una defraudación, Kreuz (2000) expone que en muchos casos, lo cual coincide con lo que la entrevistada

refiere, las personas plantean que “todo se vale menos que haya otra persona más en la relación”. El planteamiento es que para modificar sus construcciones sociales sobre su papel de mujer, sobre la relación de pareja, habría que pasar por un proceso donde se perciba afectada y agredida por esas ideas culturales que la someten; primero tendría que visualizarse como alguien, que si ya vivió tantas situaciones difíciles, puede oponerse con la misma fuerza a las ideas que la lastiman y después darse un valor, *ser para ella*. Reconocer lo que ha hecho, el trabajo que tiene, el esfuerzo que hace por educar a sus hijos, lo que ha aprendido en la vida y que la ha ayudado a salir adelante.

No podemos dejar de lado al hombre, que comparte la vida de esta mujer, porque también, aún cuando no justifiquemos sus acciones, está sometido y alienado por las mismas ideas culturales. El machismo no es sólo un rasgo de carácter, sino una forma de relacionarse, que se exhibe en contacto con otras personas, por supuesto en un contexto interpersonal. No engloba sólo una serie de valores, creencias y costumbres, tampoco es meramente un atributo personal de los individuos. Expresa una relación basada en cierto manejo del poder, que refleja desigualdades reales en los ámbitos social, económico y político. Asimismo en una sociedad machista todos resultamos víctimas del machismo, incluyendo a los hombres, lo perciban o no.

El trabajo principal de los profesionales que atienden violencia y de cualquier terapeuta, será lograr que la mujer pueda decidir qué hacer con su vida, que se dé cuenta cuándo empieza a vivir una situación de maltrato, que pueda decidir qué hacer ante una situación de infidelidad, que trabaje un proyecto de vida para ella ya que todo esto permite deconstruir las creencias de género y las relativas a la relación de pareja.

Con los hombres será necesario trabajar los aspectos relativos a las áreas donde están más limitados por las construcciones sociales, una de ellas son las emociones, porque en la

medida en la que se les prohíba tener miedo, en lugar de temor sentirán enojo. Marina 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.

La mujer entrevistada expresa un desacuerdo respecto a seguir los mandatos de género cuando dice: “...yo no lo voy a aguantar, así se lo dije a mi tía, y dice mi tía pues tú te quisiste casar ahora te aguantas...o sea ¿qué me tengo que aguantar a fuerza? no, yo no”, sin embargo sigue en la relación y además espera que su pareja sea quien decida qué va a suceder con ella. Si bien en la acción todavía no ocurre una ruptura con lo que aprendió, cuando menos en la construcción racional pareciera estarse gestando una transformación. Este universo de significaciones que legitima la desigualdad entre los sexos ha comenzado a entrar en crisis; como todo cambio, hace pensar que se abren nuevas formas de relación entre hombres y mujeres desde una perspectiva más igualitaria, es decir, orientadas hacia una visión distinta de lo que se dice que debe ser.

Aún así, se puede decir que la infidelidad es un asunto todavía secreto socialmente aunque esté a la vista de todos y que mueve a las mujeres a tomar acciones de afrontamiento aunque las situaciones que tiene que enfrentar muchas veces van en contra de las directrices familiares y sociales.

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

3.1. Productos tecnológicos

A lo largo de la Maestría se elaboraron diversos materiales relacionados con la práctica terapéutica y la difusión de información que pudieran ser de utilidad como material didáctico o de apoyo en actividades de prevención. Es necesario desarrollar productos permanentes que puedan contribuir a la difusión del conocimiento ya sea hacia otros profesionales del área o hacia quienes se están formando. A continuación se describen dichos materiales:

a) Video de técnicas de Terapia Familiar del Modelo Estructural.

Una de las actividades complementarias de la Residencia en el primer semestre fue el curso sobre el Modelo Estructural de Terapia Familiar y se participó en la elaboración de un video sobre las técnicas que propone Salvador Minuchin (1974) para el abordaje terapéutico de las familias, con una finalidad didáctica dirigido a terapeutas familiares en formación

.La comprensión de una técnica no resulta sencilla en ningún campo profesional. Un estudiante de Medicina podría haber leído muchas veces cómo hacer una incisión, podría saberlo de memoria sin que esto garantice que lo hará adecuadamente cuando se presente la necesidad de hacerlo. Lo mismo ocurre con la psicoterapia. Quizá la parte menos compleja sea aprender la teoría y, con ello, tener herramientas que facilitan la comprensión de lo que está sucediendo con las personas que llegan a solicitar ayuda, pero llevar al terreno de la práctica aquello que sólo se ha visto en teoría es una tarea difícil.

Las técnicas psicoterapéuticas se aplican de manera particular en cada caso y pueden usarse en casos totalmente distintos entre sí. De hecho, Minuchin plantea que hay que conocerlas, aprenderlas y luego olvidarse de ellas. Olvidarse, en este caso, no significa desecharlas; más bien implica tener claridad sobre su utilidad y luego usarlas creativamente de acuerdo a las características específicas de la familia.

En el video se pretende exhibir cada una de las técnicas de manera práctica, mostrando en un caso ficticio, la forma en que podrían aplicarse. Al mismo tiempo se proporciona un resumen de los pasos a seguir y los objetivos que plantea su autor.

b) Manual de técnicas en Terapia Familiar.

En este manual se presentan las técnicas de terapia derivada de los Modelos Estructural y de Terapia Breve Enfocada a Problemas, explicados de manera didáctica y ejemplificando la aplicación de cada técnica.

c) Línea de tiempo de la Terapia Familiar.

Como parte de las actividades complementarias del semestre tomé un curso con el Profesor Pedro Vargas de la FES Zaragoza sobre aspectos epistemológicos de la Terapia Familiar. A partir del curso se elaboró un cuadro que contiene fechas y personajes principales en la historia de la Terapia Familiar que resulta particularmente útil cuando se inicia la formación ya que facilita la ubicación histórica respecto a la evolución del pensamiento y las personas que han sido determinantes en ésta.

d) Cuadernillo sobre ciclo vital

En la materia de Modelos de Intervención II, se elaboró, a lo largo del semestre, el contenido de un cuadernillo dirigido a la comunidad sobre el ciclo vital de la familia.

El manual fue construido a partir de entrevistas con familias específicamente para conocer sus vivencias en cuanto a cada etapa del ciclo vital. Se anotaron las características de cada etapa, los retos que se plantean en la literatura y los problemas que enfrentan las familias en nuestro contexto dadas las condiciones económicas y la ideología particular de los diferentes medios socioeconómicos.

Aunque ya existe información sobre el ciclo vital, en este manual se intentó abordar la problemática que nos es propia como cultura y como ciudad. Se considera de mucha utilidad en el trabajo con grupos de diversas edades una visión evolutiva ya que proporciona elementos que propician la reflexión y la comprensión de los problemas de una familia a partir del momento que viven.

e) Video sobre técnicas de intervención del enfoque estratégico.

Se elaboró un video representando dos formas de aplicar intervenciones paradójicas. En el video se presenta la intervención y un resumen de los planteamientos básicos del Modelo Estratégico. Este material se planteó como un recurso que será usado en la formación de otros terapeutas familiares.

f) Manual de técnicas del Modelo de Terapia Breve enfocado a Soluciones.

En este manual didáctico se presentan las diversas formas de intervención que propone el modelo planteando prácticamente la posible aplicación de cada una en casos ficticios o usando algunos de los casos que se atendieron.

g) *Cuadernillo didáctico sobre Violencia Familiar.*

Se diseñó un cuadernillo en el que se presenta una historia sobre violencia familiar intentando ejemplificar las diferentes formas en que se da la violencia en la pareja, ofreciendo alternativas al lector para afrontar esta problemática. Este material fue construido para ser usado como apoyo en la formación de promotores contra la violencia familiar. Este curso se realizó a través de la asociación civil Tech Palewi de la cual formo parte.

En los cursos sobre violencia familiar es común proporcionar información teórica a quienes participan, sin embargo para que el conocimiento sea significativo es necesario que se relacione con sus vivencias, por lo que se pensó que los materiales en los que se hable de violencia familiar deben ejemplificar claramente lo que se sabe a nivel teórico y propiciar una reflexión que parta de la identificación personal.

3.2. Programas de intervención comunitaria

A continuación se describen brevemente los talleres realizados para y con la comunidad. El primero de ellos se planteó como proyecto y aún no se aplica, los siguientes fueron realizados con diferentes poblaciones:

Proyecto para Taller de Sexualidad

El presente trabajo tiene como objetivo presentar una propuesta de trabajo en el marco del modelo de salud mental comunitaria (Gómez del Campo, 1999) pretendiendo realizar una labor de prevención primaria en relación con la educación sexual de los niños y las niñas.

Una de las preocupaciones de algunos profesionales de la salud ha sido la educación de la sexualidad. Giraldo (1986) reporta que un gran número de disfunciones sexuales y problemas sexuales en la pareja podrían evitarse si las personas hubieran crecido con una actitud de aceptación hacia su sexualidad y hacia la de los demás. La sexualidad es un tema que atraviesa todos los comportamientos humanos, individuales y sociales.

Bataille (1992) plantea que el erotismo es un movimiento interior que nos provee de la fuerza necesaria para ponernos en contacto con el mundo, nos da la posibilidad de estar con nosotros mismos, de conocernos, a fin de cuentas, para este autor, el erotismo nos pone en contacto con nuestra humanidad y la de los otros. La sexualidad, vista desde la perspectiva arriba planteada, adquiere una importancia vital. Si las personas no crecemos con una sexualidad sana, entonces nos quedamos sin la posibilidad de disfrutar una parte de lo que nos hace humanos y nos impide relacionarnos con el mundo de manera armoniosa.

En este trabajo entenderemos como sexualidad al conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que integran al ser humano. Es decir, que la sexualidad es un asunto permeado por la construcción social de ideas, las vivencias personales del sujeto y los substratos orgánicos, es una parte del ser humano que tiene que ver con la personalidad global de las personas, en interacción con un ambiente sociocultural determinado (Alvarez Gayou, 1979)

Para la realización del taller se realizará un diagnóstico en una escuela primaria, a través de un cuestionario. A partir de la información recavada, se planeará la intervención, haciendo las modificaciones que sean necesarias. Se plantea un taller en cuatro sesiones de trabajo y una de seguimiento-evaluación. Cada sesión con una duración de dos horas con veinte padres de familia y se realizarán semanalmente. La sesión de seguimiento se hará dos semanas después de concluido el taller, el cual arrojará un producto final (tríptico informativo elaborado por los padres) que se pretende distribuir en la comunidad a la que pertenecen los miembros del grupo.

Taller de prevención del Maltrato y Abuso Sexual Infantil

Realicé un taller de prevención con un grupo de educadoras y trabajadoras sociales de Centros de Desarrollo Infantil (CENDI-DIF) en la Delegación Venustiano Carranza.

A partir de la década de los 70's el maltrato infantil ha sido motivo de preocupación para muchos profesionales de la salud e instituciones en tanto se trata de un fenómeno creciente, multicausal y con consecuencias que afectan a las personas en el nivel individual, familiar y social. En general, uno de los mayores problemas que enfrentamos al abordar la problemática del maltrato infantil es la escasa denuncia que existe al respecto. En muchos países, sobre todo en Latinoamérica, se sigue considerando que lo que ocurre al interior de

una familia es asunto que sólo a les incumbe a sus miembros. Todavía se sigue validando culturalmente al maltrato como método para educar y, por lo tanto, se ve como algo adecuado que los padres golpeen a sus hijos con diversos objetos o que los encierren como castigo ante algo que los niños hicieron o dejaron de hacer.

En la consulta clínica es común escuchar historias terribles de maltrato y abuso sexual durante la infancia que continúan dañando a las personas independientemente de cuantos años hayan pasado desde entonces. Por ello, se plantea la necesidad de realizar una amplia labor de sensibilización y capacitación a todos los niveles, que permita a las personas visualizar la gravedad del fenómeno y les proporcione alternativas de acción ante la detección de un caso. Con este fin se diseñó el taller que a continuación se describe.

El taller se llevó a cabo con 25 trabajadoras (educadoras y trabajadoras sociales) de los Centros de Desarrollo Infantil de la Delegación Venustiano Carranza, contactadas a través del área de capacitación de esa Delegación con una duración de 20 horas distribuidas en cuatro sesiones de cinco horas cada una, los días 4, 11, 18 y 25 de octubre de 2002.

Resultados y Conclusiones. Durante el taller se logró buena integración del grupo. Algunas participantes hablaron de vivencias personales de maltrato y abuso sexual durante la infancia lo cual favoreció la sensibilización. Al concluir el taller las integrantes dijeron haber obtenido:

- Suficiente información para poder entender las causas y consecuencias del maltrato infantil.
- Claridad respecto a la forma en que el maltrato se valida culturalmente.
- Información respecto a las vías adecuadas para realizar denuncias.
- Información que les permitirá realizar la oportuna detección de casos de maltrato en sus lugares de trabajo.
- Información para el adecuado manejo de los casos detectados frente a las autoridades y las familias de los menores.
- Elementos que les permiten reflexionar y modificar la violencia que ejercen en su lugar de trabajo y en su casa.

Respecto al maltrato sexual las integrantes del grupo manifestaron que les había sido particularmente útil hablar del modo en que las familias se coluden guardando el secreto de lo sucedido y la forma en que eso afecta a la persona agredida, al mismo tiempo que permite que la agresión siga ocurriendo.

Se considera que los objetivos del taller fueron cumplidos e incluso rebasados ya que la dinámica grupal permitió que formaran una red de apoyo entre ellas. Algunas participantes manifestaron durante el taller que la manera en que se manejan las jerarquías en sus instituciones impide, a veces, realizar un manejo adecuado de los casos de maltrato que han sido detectados. Relataban algunas experiencias en que la institución no les brindó ningún apoyo dejándolas solas para afrontar la situación legal al realizar una denuncia o las obligaba a enfrentar a las familias sin el apoyo de sus directoras.

La red que lograron conformar durante el taller les permitió intervenir en tres casos (dos de abuso sexual y uno de maltrato) de manera exitosa, los cuales fueron denunciados en el mes de noviembre. Refirieron haberse sentido apoyadas por sus compañeras lo que las alienta para continuar interviniendo.

Sensibilización y Capacitación sobre Violencia Familiar

En el mes de diciembre y enero de 2002 se participó en un programa de sensibilización y capacitación sobre violencia familiar. El programa fue aplicado a través de la Asociación Civil (Tech Palewi A.C.) en la Colonia Lázaro Cárdenas en el Municipio de Tlanepantla, Estado de México.

El trabajo se realizó en varios niveles. El primer nivel es una conferencia de dos horas sobre violencia familiar dirigida a población general, la cual fue convocada a través de

carteles e invitación directa en juntas de padres de familia en diversas escuelas secundarias y primarias.

El segundo nivel fue un curso de sensibilización de 12 horas dirigido a estudiantes de nivel secundaria y preparatoria, en el que se trabajan las causas, las consecuencias y algunas alternativas frente a la violencia.

El tercer nivel consistió en un curso de formación de promotores contra la violencia familiar de 44 horas. En este curso se capacitó a profesores de escuelas de todos los niveles (pre-escolar, primaria, secundaria, preparatoria y CONALEP).

Se participó en todos los niveles como facilitadora y ponente de las conferencias y cursos, en la elaboración de los materiales de trabajo, así como en el procesamiento y presentación de resultados. Las personas atendidas en el programa fueron:

Actividad	Personas Atendidas
15 conferencias	678
10 Cursos Básicos de 12 hrs.	300
5 Cursos de Formación de 44 horas	75

Durante la aplicación del programa se tenía el compromiso de elaborar materiales de difusión, de lo cual me hice cargo. Trabajé con tres materiales: un poster, un tríptico y un cuadernillo didáctico que se utilizaron para trabajar con los grupos de formación de promotores.

La capacitación en la Colonia Lázaro Cárdenas implicó una amplia labor de sensibilización, inicialmente con las autoridades municipales y después con las escolares. Para muchas personas la violencia familiar es un fenómeno prácticamente inexistente y para otras es un asunto que compete sólo a las familias. Resulta complicado abordar ambas posturas. Fue necesario presentar reportes, estadísticas y convencer a estas autoridades de la necesidad de abordar a la violencia familiar como un problema social y de salud pública. La

comunidad, por su parte representaba también un reto. Esta colonia está considerada como la más grande (en cuanto a población y territorio) del municipio de Tlanepantla. Se encuentra ubicada sobre un cerro y la mayoría de los predios son irregulares. Su población proviene mayoritariamente de la zona de San Juanico y fueron ubicados en esa zona después de la explosión ocurrida ahí. Aún no tienen resueltas las necesidades de servicios básicos (luz, agua, drenaje) y la mayoría de la población está subempleada o realiza algún oficio (trabajadoras domésticas, plomeros, boleros, albañiles). En las secundarias fue frecuente encontrar estudiantes que trabajan para sostener a su familia y sus estudios. Muchas de las estudiantes de ese nivel están embarazadas o ya tienen hijos.

Los cursos se dieron en aulas de escuelas, principalmente laboratorios, y los horarios tuvieron que acoplarse a los de la escuela. A pesar de ello se concretaron las metas y la evaluación del programa fue positiva.

Dicha evaluación fue realizada desde dos ámbitos. Una consistía en la evaluación de los cursos y ponentes por parte de quienes recibieron el curso. La otra fue realizada por la Secretaría de Desarrollo Social a través de una encuesta abierta aleatoria en la que le preguntaron a dos mil personas si sabían que se estaban dando cursos sobre violencia, si habían asistido y su opinión al respecto.

Según los datos que reportó esa instancia el 74% de las personas encuestadas había oído del programa y el 37% había recibido información directa o indirecta sobre los contenidos, ya sea porque asistieron a alguno de los eventos o porque algún familiar suyo lo había hecho y les había comentado. A partir de esto, Desarrollo Social calificó el resultado del programa como de alto impacto social.

Taller: "Comunicación No Violenta"

El taller "Comunicación no violenta" parte de una propuesta que hace Marshall Rosenberg (2000) en su libro que lleva el mismo título. El autor plantea que la forma en que nos comunicamos las personas puede ser la fuente de diversos conflictos, algunos de los cuales implican violentar al otro, dejar de escuchar sus necesidades y perder la capacidad para expresar las nuestras. Aprender a comunicarnos de una manera no violenta en todos los ámbitos donde nos desarrollamos nos permite movernos en el mundo respetando a los demás y encontrando respeto para nosotros mismos.

El taller fue realizado con un grupo de ocho mujeres adultas de la comunidad en el Municipio de Coacalco, Edo. Mex. en noviembre de 2002, con una duración de ocho horas repartidas en dos sesiones de cuatro horas cada una.

Resultados y observaciones: Las participantes plantearon conflictos relacionados con algún miembro de su familia y en la segunda sesión, cinco de ellas habían intentado poner en práctica lo aprendido, obteniendo respuesta positiva de la persona con quien tenían el conflicto, lo cual las motivó para continuar en el taller.

Algunas de las dificultades que plantearon para modificar la forma de comunicarse fueron:

- "Tenemos vicios que son difíciles de quitar"
- "Los demás te miran como si estuvieras loca cuando cambias tu manera de comunicarte"
- "A veces te gana el enojo y lo que quisieras es acabar con el otro, aunque sea con palabras"

Las ventajas que señalaron fueron:

- "Me evitaría muchos problemas"
- "Me ayuda a ver que a veces me hago la víctima cuando en realidad soy yo la que debo cambiar"

Intervención en Red

Como parte del trabajo terapéutico con familias que ya se venía realizando en el Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco se formaron grupos terapéuticos con los que se trabajó aplicando el modelo de Intervención e n Red¹.

La intervención grupal con familias permite enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática y así ofrecerle otras posibilidades. Mony Elkaïm (1989) dice que “la eficacia de estas prácticas se debe al extraordinario impacto que puede tener la dinámica de un grupo a través de una nueva captación compartida de la crisis y el respaldo del otro... la red puede aportar transformaciones aunque solo sea por el increíble número de soluciones que posibilita... la transformación o curación puede resultar de una simple redefinición de los mensajes con lo que surge un contexto vital diferente” (Elkaim, 1989, p.36).

Los objetivos de este tipo de intervención son formar una red con los alumnos participantes y sus adultos significativos, en la cual:

- Los miembros de la red, con la ayuda del equipo terapéutico, construyan una nueva historia que dé cuenta de la conducta de los sintomáticos, lo cual permita a los adultos romper con las etiquetas sobre los adolescentes y a estos comprender la razón del comportamiento de los adultos.
- Los participantes, a partir de la toma de conciencia del problema compartido y de las nuevas historias, se unan para descubrir nuevas alternativas de solución.
- Las nuevas soluciones posibiliten a los adultos significativos brindar un apoyo efectivo que permita a los adolescentes hacer uso de sus potencialidades.
- Los adolescentes logren avanzar académicamente.

Procedimiento.

- A través del área de psicopedagogía se recolectaron solicitudes de los alumnos para recibir apoyo terapéutico.
- Se hicieron los grupos a partir del motivo de consulta planteado en las solicitudes.
- Se estableció un horario y fecha para realizar una reunión informativa.

¹ Modelo construido por la supervisora, Carolina Rodríguez, (2000) a partir de las ideas de Elkaim (1989) y Elina Dabas (1984)

- Se llamó a cada uno de los alumnos para hacerles la invitación a esta modalidad de apoyo terapéutico explicándoles brevemente en qué consistía y la necesidad de que acudieran con un adulto significativo, dándoles la cita para la reunión informativa.
- En dicha reunión se les presentó al equipo de terapeutas y se les informó con detalle sobre la intervención.

El trabajo consta de cinco sesiones quincenales a la que debe asistir el alumno y, por lo menos, un adulto significativo que viva con él. Cada sesión tiene un formato específico y el objetivo primordial es crear un puente intergeneracional de comunicación a partir de incidir en las visiones y modos de comunicar que cada generación tiene, la cual es producto de su cultura, del ambiente que le toca vivir y de las demás personas que conforman sus ambientes (op.cit.).

El trabajo de grupo en una institución, por sí mismo, representa un reto. Las personas suelen tener temor de que su problemática sea conocida por otros y resulta complicado exponerse, en situaciones muy íntimas, frente a otros. Los grupos quedaron mucho más pequeños de lo que se esperaba. Inicialmente se habían planteado 5 grupos de siete alumnos con sus familiares cada uno pero solo se pudieron conformar 4 grupos y el máximo de alumnos en ellos fue de cuatro familias. Hubo un grupo al que acudió una alumna con su familia y dejaron de asistir.

A pesar de esto, las familias que sí asistieron nos hablaban de que la intervención había sido útil y que el resultado de los cambios en ellos se había extendido hacia otros miembros de la familia que no habían estado presentes.

El hecho de trabajar con otro terapeuta frente al grupo no es tampoco una tarea fácil. Implicó aprender a comunicarnos con el otro sin palabras, escuchar la línea de sus intervenciones y planear las propias de manera que pudieran complementarse, buscar una manera de acomodar los dos estilos a las necesidades terapéuticas e, incluso, crear otros nuevos donde cupieran ambas terapeutas.

3.3. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.

Una parte importante de las habilidades y compromisos que se espera adquieran los alumnos de Maestría en la UNAM son aquellos relacionados con la reproducción y difusión del conocimiento entre los demás profesionales y la comunidad en general.

Durante la Maestría se realizaron diversas actividades en ese sentido, algunas de las cuales se describen a continuación:

Conferencia: “EL Abuso Sexual a Menores y la Complicidad Familiar”

Participé impartiendo una conferencia magistral, con duración de una hora en el marco del Primer Congreso de Trabajo Social del Hospital General de México: “Las trincheras del profesional de la salud en la lucha contra la violencia” al que asistieron 300 personas de diversas profesiones, la mayoría trabajadoras sociales y enfermeras.

Resumen: El abuso sexual a menores es un problema complejo, sobre todo cuando ocurre al interior de la familia. Se sabe que es en este ámbito donde ocurre con mayor frecuencia, que los abusadores casi siempre, por no decir siempre, son personas conocidas por los menores y hasta queridas por ellos. Padres, padrastros, tíos, abuelos, primos o hermanos forman parte de la estadística principal en lo que a abusadores sexuales se refiere. También sabemos que un gran porcentaje de estos abusos cometidos al interior de la familia, no se denuncian. Conociendo la estadística, habría un sin número de preguntas por responder:

¿Qué pasa en el interior de una familia que lleva a uno de sus miembros o a varios a desear agredir sexualmente a un menor? ¿Cómo se relacionan las prácticas de crianza con la posibilidad de que ocurra una agresión sexual en la familia? ¿Cómo es que la familia decide “guardar el secreto”?

Seguramente si hiciéramos estas preguntas a las personas que encontramos en la calle, nos encontraríamos respuestas como: “Los abusadores sexuales son personas enfermas, son monstruos, seguramente es una familia promiscua”. Sin duda estas respuestas nos hacen sentir mucha calma, si el asunto es que los abusadores son enfermos, lo único que habrá que hacer será encontrar la “cura” o identificar a las familias “promiscuas” y alejamos de ellas.

Sin embargo, el asunto no es tan simple. Los abusadores sexuales son personas comunes, con vidas comunes, con debilidades y fortalezas. Más aún, las familias donde ocurren los abusos, son familias que a simple vista no son muy distintas de las familias a las cuales pertenecemos muchos de nosotros.

La agresión sexual hacia los niños y las niñas, casi nunca es un asunto originado en los deseos sexuales, sino en el poder. Una persona agrede a otra sexualmente por su necesidad de sentirse poderoso y encuentra en los actos sexuales una buena forma de someter y controlar a la otra persona y mediante este control, logra sentirse de ese modo.

Las familias donde ocurren agresiones sexuales, son familias generalmente rígidas en cuanto al manejo de sus reglas, con jerarquías muy marcadas, donde unos detentan la autoridad y otros se someten a ella. Por lo general encontraremos que son los hombres (padre, abuelo o hermano) en quienes se deposita tal autoridad. La autoridad absoluta de los hombres en la familia es el principal facilitador de las agresiones sexuales.

Si en las familias se maneja la idea de que alguien debe ser obedecido a toda costa sólo por ser adulto, o por ser hombre, es muy difícil cuestionar esa orden aún cuando obedecer ponga en peligro la integridad física, emocional o sexual.

Diríamos, entonces que la violencia sexual hacia los menores es el resultado de la creencia de que los niños y niñas deben obedecer a los adultos sin cuestionar ni poner objeciones.

Una vez que la agresión ocurre, los menores enfrentan diversos problemas. El primero es el temor hacia el agresor, es la sensación de la pérdida de seguridad en su ámbito familiar que es donde, se supone, debería sentirse menos en riesgo, más protegido.

Después enfrenta un serio dilema al intentar decidir si debe o no pedir ayuda; si habla de lo ocurrido traiciona al agresor quien es una persona querida por él al mismo tiempo que temida. Si habla cabe la posibilidad de que no le crean y eso lo coloca en un mayor riesgo frente al agresor. Si no habla, se siente culpable, pues el quedarse callado lo coloca en el papel de encubridor.

Lo más frecuente es que los niños y niñas hablen de la agresión vivida hasta muchos meses o años después, sobretodo en los casos donde la agresión sexual era frecuente. De hecho se vuelve frecuente porque no lo hablan y no cuentan con alguien que los proteja. Los agresores sexuales se escudan tras el temor de sus víctimas. Cuando finalmente el menor decide hablar de lo ocurrido deberá enfrentar otra serie dilemas. A menudo los niños eligen como confidente a la madre o alguna otra mujer de la familia. Al saberlo, las madres sobre todo, reaccionan con culpa ante su incapacidad para proteger a su hijo o hija. Vale la pena recordar aquí que la cultura da por hecho que la función de las mujeres en la familia, sobre todo de la madre, es precisamente el cuidado y protección.

La agresión sexual hacia un hijo o hija es tomada como una muestra de su incapacidad para cumplir su función como madre. Por otro lado, al ser mujer, no tiene la misma jerarquía que el agresor al interior de la familia, por lo que muchas veces es difícil

que tome alguna acción abierta dadas las relaciones de poder bajo las cuáles ella también puede estar sometida.

Una vez conocida la agresión ocurrida ¿cuál es la prioridad? Socialmente estamos acostumbrados a pensar en el castigo como la mejor alternativa ante algo que se hace mal. En estos casos no es distinto. La primera idea es denunciar al agresor, que sea castigado. Esta alternativa supone serios problemas, tales como la desconfianza hacia el sistema legal y su ineficacia, el desgaste que implica iniciar una denuncia penal y el desarrollo de sentimientos de culpa por haber enviado a prisión a un miembro de la familia.

Es muy probable que la familia, al saber de la agresión se divida en bandos. Unos que creen al menor y que están dispuestas a protegerlo a costa de lo que sea; otros que no pueden creer que su papá, abuelo o hermano, sea capaz de algo así y prefieren pensar que “alguien aconsejó” al menor o que éste es fantasioso. Quien sea el depositario de la confianza será también el depositario de la responsabilidad sobre qué hacer para enfrentar la situación. Si decide iniciar una acción legal, tendrá que enfrentarse a la familia y al proceso legal prácticamente solo.

Con cierta frecuencia los menores, al hablar de lo sucedido, piden que se guarde el secreto y también frecuentemente se les promete guardarlo pensando que al hacer esa promesa el menor se sentirá con la confianza de hablarle de lo que le está pasando y se cree que de ese modo lo está protegiendo. Si decide hablar está violando la confianza depositada. Muchas personas se ven atrapadas por esto y deciden guardar el secreto y creen que tomando otras medidas (ocultas casi siempre) pueden evitar que la agresión vuelva a ocurrir. Algunas veces permanecen prácticamente pegadas al menor, otras le dan indicaciones de mantenerse siempre acompañado y a la vista de todos, otras más piden a los menores que cierren sus puertas con llave y permanezcan así cuando estén solos con el

agresor. Evidentemente, esta situación coloca al menor en una posición de desventaja. Se ve atrapado por el miedo constante, el suyo y el de su confidente y al mismo tiempo se encuentra siendo cómplice de la agresión que sufrió.

La complicidad familiar en los casos de abuso sexual de menores, casi nunca se da como producto de la mala voluntad. Más bien se trata de que los miembros de la familia se van enredando entre los secretos, los miedos y la enseñanza cultural respecto a la idea de que la familia es el único grupo al que se debe lealtad y amor incondicionales. ¿Cuál sería, entonces, el papel del profesional de la salud ante estos casos?

Considero que lo más importante es entender que la prioridad es la protección del menor, pero sabiendo que cuando un abuso sexual ocurre en una familia se convierte en un problema complejo. Me permito, entonces, sugerir algunos aspectos a considerar al enfrentar estos casos:

- La protección del menor es la prioridad. Cuando se conoce un abuso sexual hacia un menor, es obligación del profesional de la salud informar a la autoridad competente.
- Ante el dilema que viven los confidentes respecto a “guardar el secreto”, se debe tener claro que cuando la integridad de un menor está en riesgo, los adultos que lo rodean deben saber que “guardar el secreto” no ayuda. Es frecuente que personas adultas manifiesten su resentimiento hacia quien les “guardó el secreto” planteando que “ellos eran pequeños y que el adulto debió haber hecho algo al respecto”. Entre más se abra lo sucedido, al interior de la familia, menores probabilidades existen de que ocurra nuevamente.
- Los sentimientos de culpa que con frecuencia tienen los niños y niñas que han sufrido abuso sexual están relacionados con la forma en que reacciona la familia al saberlo.
- Si se inicia una denuncia penal, el profesional de la salud está en la obligación de advertir a la familia claramente lo que ocurrirá, ya que es un proceso desgastante para el menor que sufrió el abuso.
- Es indispensable que se haga lo necesario para que la familia adquiera conciencia sobre las consecuencias del abuso y, por lo tanto, es prioritario que el menor y la familia reciban apoyo psicoterapéutico.
- Recordar que la agresión sexual es una experiencia devastadora a nivel personal que tiene diversas implicaciones a lo largo de la vida, pero que es posible afrontarlas y superar lo sucedido si se recibe ayuda adecuada.

Presentación del Trabajo de Investigación: "Depresión y Actitud Hacia la Infidelidad en Mujeres que viven Infidelidad y Maltrato"

Se presentó en el XXI Coloquio de Investigación en la FES Iztacala el trabajo realizado como parte de la materia de Metodología de la Investigación Aplicada I y II, perteneciente al tronco común de la Maestría cursada y que fue descrito en un apartado anterior.

Ponencia: "Algunas consideraciones éticas en el tratamiento y la evaluación de hombres que ejercen violencia familiar."

Asistí como ponente al V Congreso Mexicano de Psicología Criminológica realizado en Tlaxcala en Octubre de 2001.

Resumen: En el campo de la psicología criminal muchos esfuerzos se han dirigido hacia las receptoras de violencia. Se tienen claras las alteraciones que hay que buscar en una mujer que ha vivido violencia y más aún cuando los receptores son niños o niñas.

Sin embargo cuando se trata de realizar un dictamen sobre las personas que ejercen la violencia, las cosas suelen no ser tan claras. Durante mi práctica profesional me he encontrado con abogados y psicólogos que ven al hombre que ejerce violencia como una persona con "problemas" casi como cualquier otra que puede seguir conviviendo con su familia aunque a veces "pierda el control".

Seguramente esto es el producto de la validación cultural de la violencia familiar. Sin embargo, actualmente se sabe que muchas mujeres terminan siendo asesinadas por sus esposos o estos se llevan a sus hijos lejos de la madre, sin permitirles acercarse. Además, se ha incluido a este tipo de violencia en el Código Penal y se le ha clasificado como un delito. Vale la pena, entonces comenzar a reconocer que una pericial relacionada con este delito debe considerar, a quien la ejerce, como un delincuente y debe proporcionar

elementos al sistema judicial para valorar su peligrosidad, su probabilidad de reincidencia y su adaptabilidad social, tal como lo haría al evaluar a un presunto responsable de un homicidio o de un robo.

Un hombre violento hacia su familia no es menos peligroso que uno que agrede a extraños. Al realizar una intervención terapéutica tendría que considerarse el riesgo de las personas que lo rodean y, necesariamente, modificar cualquier intervención que pudiera contribuir a validar su violencia.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

“Cuando una persona busca una psicoterapia, tiene una historia que contar. Casi siempre es una historia difícil, desconcertante, dolorosa o iracunda de una vida o de una relación ya arruinadas” (McNamee y Gergen, 1992, p.199)

Comenzaríamos diciendo que no hay una sola forma de ser ético como terapeuta. Por más que pudiéramos escribir las reglas de la ética, cada situación planteada en terapia requiere, del terapeuta, el desarrollo de diversas posturas éticas. Algunas veces se requiere una visión lineal relacionada con actos con alguna implicación legal, otras es necesario priorizar, éticamente, abordar una problemática aún cuando no sea la queja principal de la familia.

La ética se relaciona con el respeto y éste con la neutralidad. Pero la neutralidad había sido definida, desde la visión positivista, como imparcialidad, objetividad y como no tomar partido. Si aceptamos la idea de que la objetividad no es posible porque el observador tiene su mirada pautada por su propia construcción de la realidad y desde ahí significa los actos y palabras del otro, entonces la neutralidad no podría darse y los actos terapéuticos tendrían que ser considerados anti-éticos.

La posibilidad de ser éticos entonces se encuentra en otra manera de concebir a la neutralidad. Chechin (1989) dice que la curiosidad, la circularidad y la estética permiten al terapeuta ser neutral. Ser curioso implica buscar todas las opciones posibles en un hecho, sin dar por sentado que, en algún momento, ya tenemos la respuesta correcta, porque es en ese momento cuando dejamos de respetar al otro.

Las respuestas determinantes, así como las interpretaciones infalibles reflejan solamente la construcción de quien está mirando. Por lo tanto el terapeuta debe ser curioso

respecto a la forma en los patrones interactúan creando una imagen estética sobre los patrones, no sobre las personas. Para identificar patrones, la circularidad es la herramienta más valiosa. El interrogatorio circular permite explorar los patrones de relación entre las personas así como su sistema de creencias. Para ser ético como terapeuta, entonces, es necesario:

- Estar dispuesto a moverse en sistemas de creencias distintos al propio.
- Mantenerse eternamente curioso respecto a como ocurren las cosas en una familia, no en el porqué.
- Identificar y aceptar los sesgos personales que se relacionan con el propio sistema de creencias.
- Renunciar al encuentro con “la verdad” científica.
- Reconocer el poder y capacidad de control que se tienen por el simple hecho de ser “el terapeuta” y no usarlos intencionalmente para introducir al otro a nuestra forma de ver el mundo.
- Estar dispuesto también a curiosear entre las miradas de otros terapeutas, teóricos; entre más miradas se incorporen al trabajo con una familia, mayores las posibilidades para ampliar los significados de sus realidades.

Pero la responsabilidad del terapeuta abarca aspectos aún más amplios. Hablar de la aceptación de distintas formas de significar la realidad implica que, entre ellas, habrá algunas que no nos gusten o que, incluso, se opongan a nuestra visión.

Desde el nivel de Licenciatura en Psicología se habla de respetar los valores de los otros, lo que significa reconocer el derecho de cada uno a ser, pensar y actuar como quiera. Desde ahí, se esperaría que el terapeuta ético pudiera trabajar con asuntos que le resultan desagradables, que van en contra de sus creencias o de sus convicciones.

En este sentido hablaríamos de los constantes dilemas que afronta el terapeuta cuando atiende a una persona o una familia que tiene o hace algo que le genera conflicto. Pensemos, por ejemplo, en asuntos que siempre resultan complejos como lo es la decisión de una mujer o pareja respecto a interrumpir un embarazo, la violencia sexual hacia niñas y

niños, la violencia entre cónyuges y la confesión sobre un homicidio o cualquier acto que pone en riesgo a otros.

Aunque seguramente hay muchas cosas que a cada terapeuta le conflictúan/ afectan/ lastiman/ desagradan/ impactan, las que se mencionaron son particularmente difíciles porque en ellas hay un aspecto legal implicado ante el que el terapeuta debe tomar una postura.

Como ya se decía, no es posible ser imparcial, cualquier acto del terapeuta implica una postura y es ahí donde se inserta el dilema. Puede ser que la decisión sea plantearle al consultante que no lo atenderá porque no puede o no quiere; tal vez decida abordar la situación y llenarlo de información para que el consultante sepa lo que afronta o podría decidir enfocarse en “propia mente” terapéutico y obviar la cuestión legal.

Cualquiera de las posturas que decida asumir, validan las formas de actuar ante los problemas por parte del consultante. Si el terapeuta lo rechaza está confirmando que su conducta es inaceptable y deberá buscar otro cómplice de su fechoría; si lo informa le estará “dando permiso” para actuar, si hace a un lado el aspecto legal estará enfocando lo relacional como prioritario por encima de la normatividad que rige a la sociedad en que vivimos.

No hay manera de actuar “sin postura” cuando se está en una relación terapéutica, pero ésta dependerá siempre de lo que cada terapeuta es, cree, siente, piensa y quiere dentro de un marco ético. Considero que no hay un modo correcto para actuar, aunque personalmente, me siento comprometida para nombrar a los actos que lastiman como tales al mismo tiempo que a defender los derechos que tenemos sobre nuestros cuerpos y el rumbo de nuestras vidas.

Consideraciones Finales

Resulta complejo resumir lo que implica formarse como terapeuta familiar. La primera complejidad consiste en incorporar el pensamiento sistémico y posmoderno al propio pensamiento y a los actos. Pasar de una construcción epistemológica positivista al constructivismo y luego al construccionismo social implica el cuestionamiento de creencias que habían sustentado la vida profesional y la personal.

El equipo de supervisión resulta fundamental para hacer el cambio; las distintas visiones me permitieron cuestionar a cada momento si lo que estaba viendo era lo único que podía verse o si el abordaje que se me ocurría era el único o habría otros. Una de las cuestiones más difíciles como terapeuta es aceptar la posibilidad de que la propia visión no es de utilidad y entonces eso lleva a conducirse en un estado de ceguera temporal, dejándose guiar por los ojos de otros con la sensación de riesgo que eso trae.

Si retomo esta metáfora, pensaría que lo valioso en estos casos, sería justamente hacer lo que las personas ciegas, asumir la ceguera y comenzar a explorar otros sentidos/ opciones que compensen la falta de visión o la pérdida temporal de ella.

La supervisión, por otra parte, implica un dilema constante tanto para las supervisoras como para el terapeuta en formación.

¿Qué se debe priorizar? El manejo de las familias o el aprendizaje del alumno. Resulta que ambos se encuentran en el mismo nivel de prioridad porque son codependientes. La labor del supervisor es encontrar el balance perfecto en el que, sin permitirle al alumno “echar a perder unas cuantas vidas”, pueda encontrar su propio ritmo y habilidades. No es tarea fácil.

Sin embargo, en mi experiencia, una forma en que el alumno puede ayudar en el proceso es identificando lo que necesita del equipo de supervisión y de la supervisora asumiendo que a veces puede ser confrontador o avergonzante o, simplemente molesto.

En lo personal, encontré en el equipo un espacio de contención y de reflejo de mis sesgos, marcados por mi historia personal y profesional, que me dio la certeza de saberme contenida y guiada en este proceso de aprender a acompañar a las familias en sus deseos de cambio.

De cualquier manera, con equipo o sin él, el proceso terapéutico coloca al terapeuta, permanentemente, frente a sí mismo y lo obliga a mirarse. El trabajo con, lo que se ha llamado, “la persona del terapeuta” fue un aspecto fundamental en mi formación.

Tradicionalmente se ha manejado que todo psicólogo clínico debe asistir a un proceso de terapia para trabajar sus problemas y poderlos separar de los del otro. Entendiendo que en mi manera de mirar está mi forma de comprender lo que veo, considero poco probable poder separar lo que soy, de lo que es el otro, en tanto que lo que veo del otro refleja quién soy yo.

La idea de trabajar con la persona del terapeuta, entonces, no es “separarse del otro”; por el contrario, se trata de encontrarse con él .

El trabajo personal nos obliga a aprender a convivir y lidiar con nuestros fantasmas, con el papel que jugamos en nuestras familias, con lo que duele, con lo que hacemos bien y lo que vamos aprendiendo.

De tal manera que, cuando se está frente a una familia, se sabe que todo eso está presente de ambos lados y que eso no es ni bueno, ni malo; en todo caso es utilizable o no, siempre en busca de aportarle al consultante la parte que le sirva para sentirse mejor o resolver o, simplemente para preguntarse si en su realidad hay historias que no había visto.

Desde otras posturas teóricas es deseable que el terapeuta identifique su “patología” o sus “sombras” o “introyectos”, desde la visión construccionista lo importante es dejar de creer que puede conocerlo todo.

En ese sentido, el trabajo con la persona del terapeuta no es un proceso momentáneo, sino que implica introducirse en el proceso de aprender a mantenerse curioso respecto a lo que el otro dice que pasa y al significado que nosotros atribuimos a eso que escuchamos y vemos en las personas que acuden a terapia.

Paradójicamente, el trabajo personal consiste en aprender a preguntar y a mantener la curiosidad resistiendo la tentación de creer que hemos encontrado “la respuesta”.

Referencias

- Alvarez Gayou, J.L. (1979) *Elementos de sexología*. Ed. Interamericana: México.
- Andersen, T. (1996) *Reflection processes: Acts of informing and forming*. En: Friedman, S. The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy. New York: Guilford Press.
- Anderson, H y Gollishan, H. (1988) Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la Terapia Familiar. En: *Revista de Psicoterapia*. Vol. II. (6-7).
- ARCOP. (2003) Encuesta a población abierta del Municipio de Naucalpan realizada para el Ayuntamiento. Agosto-Noviembre.
- Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós.
- Bataille, G. (1992) *El erotismo*. España: Tusquets.
- Bertalanffy, L. Von (1986) *Teoría General de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonilla, G. (1993). *La infidelidad en la pareja: Concepto e implicaciones en hombres y mujeres mexicanos*. Tesis de doctorado. Facultad de psicología. México, UNAM.
- Boscolo, L., Checchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987) *Terapia Familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bottinelli, M.C. (2000) *Herederos y protagonistas de relaciones violentas*. Argentina: Lumen.
- Bruner, J (2002) *Actos del significado*. México: Alianza.
- Cade, B. Y Hudson, W. (1995) *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998) *La construcción del universo*. España: Herder.
- Cirillo, S. Y Di Blasio, P. (1991) *Niños Maltratados. Diagnóstico y Terapia Familiar*. España: Gedisa.
- Corsi, J. (1992). El abuso y victimación de la mujer en el contexto conyugal. En A. M. Fernández, *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Buenos Aires: Paidós.

- Corsi, J.(1999) *Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós.
- Corsi, J.(et. al.), (1995) *Violencia Masculina en la pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Argentina: Paidós.
- Chechin, G: (1989) *Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad*. En. Revista Sistemas Familiares. 9. Abril.
- De Shazer, S. (1999) *En un origen las palabras eran magia*. España. Gedisa.
- Desatnik,O., Franklin,A., Rubli, D.(2002) Visiones, revisiones y supervisión del proceso de supervisión. *Revista Psicoterapia y Familia*.1.47-56.
- Diario Oficial, 21 de Agosto de 1987. *Norma técnica número 195 para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la salud*.
- Doring, M. T. (1995). *La pareja o hasta que la muerte nos separe. ¿Un sueño imposible?*. México: Fontamara.
- Durrant, M. Y White, Ch. (comps.)(2002) *Terapia del abuso sexual*. España:Gedisa.
- Eguiluz R., L. (2001) *La teoría sistémica*. México: UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eisenberg, G.F. (1993) *Actitud hacia la infidelidad a lo largo del ciclo vital de la pareja*. Tesis de Doctorado. México: Universidad Iberoamericana.
- Elkaïm, M. (1989) *Las prácticas de terapia en red*. Gedisa: España.
- Fish, R., Weakland, J & Segal, L. (1982) *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona. Herder.
- Gergen, K. (1989) *La psicología posmoderna y la retórica de la realidad*. En Ibáñez, T. *El conocimiento de la realidad*. Barcelona, Sendai.
- (2002) *La Terapia Como Una Construcción Social. Dimensiones, Deliberaciones y Divergencias*. E.U.A. Swarthmore College.
- Gil, E. (1997) *Tratamiento sistémico de la familia que abusa*. Argentina: Granica.
- Giraldo N.,O. (1986) *Explorando las sexualidades humanas*. Trillas, México.
- Gómez del Campo E. J.F. (1999) *Psicología de la Comunidad*. México: Plaza y Valdez .
- Haley, J. (1973) *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1976) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una Terapia Familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981) *Fundamentos de Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1990) Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*. 29 (1), 12.
- Hoffman, L. & Anderson, H. (2003) Taller "Pasado, presente y futuro de la Terapia Familiar: Conversaciones íntimas". México: Alinde.
- INEGI, 1997. *Hombres y Mujeres en México*. México.
- Jurado, S. (et.al). (1998) La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3), 26-31.
- Keeney, B.P. (1994) *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kreuz, A. (2000). La infidelidad en la pareja. En G. J. Navarro, M. J. Pereira (Comp.), *Parejas en situaciones especiales*. Argentina: Paidós.
- Licea, G., Paquetín, I. & Selicoff, H. (Comps). (2002) *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Linares, J.L (2002) *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. España: Paidós.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mc. Namee, S. y Gergen, K. (1992) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mercado, G.(comp.). (1999). *Violencia Familiar: Una cuestión de género*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- Minuchin, S, & Fischman, H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. México. Paidós.
- Minuchin, S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S. (Febrero, 2002) Taller Homenaje: *El arte de la Terapia Familiar durante 50 años*. México: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia.
- Newman, E. (1994) *Victimología*. Buenos Aires: Universidad.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990) *En busca de soluciones*. México: Paidós.
- Oblitas, L. & Becoña, E. (2000) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdez .

- Ochoa de Alda, I. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar sistémica*. España: Herder.
- Papp, P. (1998) *El proceso de cambio*. México: Paidós.
- Parry, T. (2001) Sin red: preparativos para la vida posmoderna. En: Friedman, S. (comp.) *El nuevo lenguaje del cambio*. España: Gedisa.
- Rage, E. J. (1997) *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valdéz.
- Ravazzola, M.C. (1997) *Historias Infames: los maltratos en las relaciones*. Argentina: Paidós.
- Rosenberg, M. (2000) *Comunicación no violenta*. Barcelona: Urano.
- Sahagún, A. (1993) *Integración sexual humana*. México: Trillas.
- Sakruka, C. M. (1998). El mito: Hasta que la muerte nos separe. *Revista Psicología*. 38. 6-9.
- Selvini P., M. (et.al) (1990). *El mago sin magia*. España: Paidós
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1988) *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós.
- Serret, E. (2001) *El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina*. México: UAM.
- Sluzki, C. (1987) Cibernética y Terapia Familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*.
- (1992) Transformaciones: Un esquema para los cambios narrativos en la terapia. *Family Process*. 31. p.217-230.
- Tarragona, M. (1999) La supervisión desde una perspectiva posmoderna. *Psicología Iberoamericana*. 7, 62-72.
- Torres F, M (2001) *La violencia en casa*. México: Paidós
- Umbarguer, C. (1983) *Terapia Familiar estructural*. Argentina: Amorrortu.
- Von Wobeser, H. I. (1994). Psicología del amor. En *Antología de la sexualidad humana*. II. CONAPO. México: Miguel Angel Porrúa.
- Walker, L. E. (1989). *Terrifying love. Why battered women kill and how society responds* (Amor que aterroriza. Porqué matan las mujeres golpeadas y cómo responde la Sociedad). New York: Harper Perennial.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1999) *Cambio*. Barcelona: Herder.

White, M. (1994) *Guías para una Terapia Familiar sistémica*. España: Gedisa.

White, M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Paidós.

White, M. y Epston, D.(1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. España. Paidós.

Zumaya, M. (1994). La infidelidad. En *Antología de la sexualidad humana. III*. CONAPO. México: Porrúa. 357 – 376.