

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

PRESENTA:

ANGELICA GARCIA OLIVARES

DIRECTOR DEL REPORTE:
DRA. MARY BLANCA MOCTEZUMA YANO
JURADO DE EXAMEN:

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE
MTRA. MA. ELENA RIVERA HEREDIA



MEXICO, D. F. 2005

m344144



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres, por su apoyo, cariño y coraje, cada batalla que libran es mi inspiración.

A Ale, por ser una amiga y hermana formidable, GRACIAS por todo, gracias por tu cariño y compañía.

Para Angel, por estos 10 años en los que hemos caminado juntos, gracias por todo el amor, por los proyectos en común y por acompañarme en cada nuevo reto.

Para mi hermana Judith, por permanecer todo este tiempo a mi lado, por compartir las mismas ideas y la misma lucha.

Para mis amigas y amigos de tantos años, Leda, Joaquín, Paty, Alicia, Alejandro y Jesús, por todos los años que hemos compartido y en los que hemos tenido la oportunidad de crecer juntos.

Muy especialmente dedico este trabajo a Mariana, Angeles, Mario, Rocío, Gerardo y Alfredo, ustedes mejor que nadie saben lo que significa haber concluido esta etapa que tuve la fortuna de compartir con ustedes.

Para mis nuevos amigas y amigos de IMIFAP, gracias por el apoyo y por permitirme compartir con ustedes tantas y tantas experiencias.

Para el Partido Obrero Socialista y para los trabajadores de EUZKADI, por creer y demostrar que un mundo mejor es posible.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a la Dra. Mary Blanca Moctezuma Yano el tiempo y conocimiento compartidos ya que su experiencia me resulta invaluable.

Quiero agradecer la lectura y comentarios realizados por el Maestro Arturo Martínez Lara, la Dra. Ofelia Desatnik y la Dra. Carmen Merino.

A todas y todos los profesores de la Residencia en Terapia Familiar, por compartir sus conocimientos y sus experiencias.

Alfredo, gracias por las experiencias profesionales, terapéuticas y personales que me compartiste, fue un placer trabajar contigo.

Finalmente, quisiera dar un agradecimiento especial al equipo del área de Reintegración Familiar de Casa Alianza I.A.P. por abrir sus puertas para la realización de la investigación que en este reporte se presenta. Gracias a las niñas que compartieron un pedazo de su historia con nosotros.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Características del campo psicosocial

- 1.1. Principales problemas que presentan las familias
 - Jóvenes, VIH y Adicciones
 - Violencia y Abuso Sexual
 - Trastornos Mentales
 - Enfermedades crónicas
- 1.2. La terapia sistémica posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas

2. Caracterización de las sedes

- 2.1. Clínica de servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y Casa Alianza I.A.P.

II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

- La Teoría General de los Sistemas
- Cibernética de primer y segundo orden
- Teoría de la comunicación
- Constructivismo
- Construccionismo social

2. Análisis de los principios teóricos y metodológicos de los modelos de intervención en terapia familias sistémica y posmoderna

- 2.1. Antecedentes Históricos de la Terapia Familiar
 - 2.1.1 Precursores de la Terapia Familiar
- 2.2. Introducción a los modelos en Terapia Familiar
 - Modelo Estructural
 - Modelo de Terapia Estratégica
 - Modelo de Terapia Breve (MRI)
 - Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
 - Modelo del Grupo de Milán (Modelo Post Milán)
 - Breve Introducción a los Modelos Posmodernos
 - Terapia Narrativa

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas

1.1. Trabajo terapéutico realizado

Presentación de casos

Caso 1. MG

Caso 2. M

Caso 3. DM

Caso 4. R y Y

2. Habilidades de Investigación

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento. Atención y prevención comunitaria.

3.1 Elaboración de productos tecnológicos.

3.2 Habilidades de enseñanza y difusión

3.3. Programas de intervención comunitaria

3.4. Reporte de presentación del trabajo realizado en foros académicos.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen habilidades y competencias profesionales adquiridas

2. Incidencia en el campo psicosocial

3. Análisis del sistema terapéutico total.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo: reflexión personal

V. BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ANEXO 1. Investigación: Percepción de red social en menores en situación de calle institucionalizadas

ANEXO 2. Presentaciones en foros nacionales:

Rocco y sus hermanos

Los Olvidados

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

1.1 Características del campo psicosocial.

Con el propósito de contextualizar el desarrollo de la práctica de la Terapia Familiar en nuestro país, se hace necesario analizar las características de la población en general, las familias mexicanas y del contexto en que ellas se relacionan, con el objetivo de tener una visión amplia de la problemática que el terapeuta enfrenta en su práctica cotidiana.

Hogares y Familias

Según datos del INEGI (2000), el tamaño promedio de los hogares a nivel nacional es de 4.8 elementos; no obstante en ciudades con alta concentración de habitantes, como el Distrito Federal, el número de elementos es ligeramente menor al promedio nacional (4.2)

Tomando como punto de partida el dato anterior se revisaron las estadísticas referentes a los ingresos de las familias en el Distrito Federal, encontrando que en comparación con otras entidades federativas, el 40.6% de las familias perciben ingresos promedio superiores a los cinco salarios mínimos, un 34.6% percibe de dos a cinco salarios mínimos y el resto de la población obtiene hasta dos salarios mínimos mensuales.

A pesar de que en las grandes ciudades la concentración de riqueza es mayor, se observan mayores problemas sociales como el desempleo y la delincuencia. El desempleo ha sido un tema de preocupación en nuestro país a lo largo de los últimos años, en este rubro, según datos del INEGI, para el primer trimestre del 2004 (*Milenio Diario*, 15 de mayo del 2004) un total de un millón 241 mil personas se encontraba en situación de desempleo abierto. Entre quienes cuentan con una fuente de trabajo, el 27 % no tiene seguridad social, carece de registro ante las autoridades laborales y/o se dedica al trabajo informal.

Así mismo, se observa que en la Ciudad de México hay una mayor participación de las mujeres en actividades remuneradas (feminización del trabajo), ya que a nivel nacional sólo un 44% de las mujeres realiza alguna actividad económica, mientras que en nuestra ciudad un 51.8% de las mujeres trabaja.

El INEGI (1999) divide a los hogares en las siguientes categorías:

- Nuclear: aquel compuesto por una pareja y los hijos de ésta.
- Ampliado: compuesto por la misma estructura nuclear pero en el que habitan familiares.
- Compuesto: hogares en los que se pueden combinar las dos categorías anteriores, pero en los que se comparte el espacio físico con personas sin lazos sanguíneos.

De acuerdo con esta clasificación, los hogares nucleares concentraron el 74.6% mientras que los ampliados ascienden a un 24.5% y los compuestos representan el 0.9% de los hogares a nivel nacional.

Siguiendo con esta clasificación, en el 53.1% de los hogares nucleares la jefatura de la familia es encabezada por mujeres, mientras que en los ampliados y los compuestos las mujeres ejercen este papel en un 45.5% y 1.4% respectivamente.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

Siguiendo con los datos presentados por el INEGI (2000) encontramos que los principales problemas que atañen a la práctica terapéutica se relacionan con los distintos conflictos presentados entre los jóvenes, sector mayoritario en nuestro país, a la violencia familiar, al abuso sexual y a los trastornos mentales.

Jóvenes, VIH y Adicciones

En cuanto a la composición de la población, esta misma fuente reporta que los jóvenes (tomando como rango de edad de los 15 a los 29 años) representan un 26% aproximadamente de la población total del país, siendo las personas de 15 a 19 años la quinta parte de la población.

La escolaridad de los jóvenes en nuestro país se distribuye de la siguiente manera: un 62.4% alcanza un nivel de educación media superior, el 37.6% logra acceder a estudios universitarios. Las estadísticas demuestran que cada vez hay mayor acceso a la educación media superior y superior para las mujeres, ya que de estos porcentajes el 49.1% de los estudiantes son del sexo femenino.

Según los datos del reporte del INEGI *Los Jóvenes en México*(2000), uno de los principales problemas de esta población a nivel nacional es la incidencia de casos de VIH, infección que ha sido motivo de preocupación entre las principales instancias de salud a nivel nacional y entre las diferentes organizaciones civiles que trabajan con este tema. Tal vez ésta sea la razón por la que en nuestro país los programas de prevención se han enfocado principalmente a este sector de la población.

Este reporte, que recoge información de 1993 hasta 1999, señala que una tercera parte del total de los casos de VIH se presenta entre los 15 y los 29 años; aunque el 65.7% de los casos en nuestro país corresponde a personas mayores a los 30 años, la incidencia de esta infección en los jóvenes es alta, y aunque no es una causa principal de mortalidad (3.8%) el número de casos es preocupante.

Sin embargo, la epidemia no afecta sólo a los jóvenes; de acuerdo con datos proporcionados por el director del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), se muestra un incremento de esta enfermedad en el primer semestre del 2004 (*La Jornada, 1 de octubre del 2004*); en los primeros seis meses de este año se registraron 2 mil 452 nuevos casos, todos por transmisión sexual.

Dentro de las principales causas de fallecimiento en este segmento de la población, se observa que los homicidios encabezan la lista, con un 19.2%; de este universo se

puede observar que las víctimas de muertes por violencia son predominantemente varones.

El abuso y dependencia de drogas también afecta significativamente a los adolescentes, tal como lo revela una investigación realizada por miembros de Centros de Integración Juvenil y del Instituto Nacional de Psiquiatría (Arrellanes Hernández, Díaz Negrete, Wagner Echegaray y Pérez Islas, 2004) De acuerdo a los datos obtenidos por los autores, las principales sustancias utilizadas por adolescentes de más de 14 años son la marihuana, los solventes inhalables, la cocaína y los tranquilizantes. En esta investigación se registró una mayor exposición a factores de estrés conforme el uso de sustancias era más alto. Entre los grupos de factores de estrés que se reportaron con mayor frecuencia son: la comunicación familiar disfuncional y los problemas de ajuste escolar.

Violencia y abuso sexual

De acuerdo con Laura Martínez, directora de ADIVAC, (La Jornada, 2002) la violencia de género contra mujeres de 15 a 44 años, provoca más muertes e incapacidad física en nuestro país, que el cáncer, el paludismo y los accidentes de tráfico. Esta violencia es generada en el 90% de los casos por hombres.

La atención a la violencia familiar ha sido tema de discusión en nuestro país y se le considera un problema de salud pública. El impacto no es sólo emocional, tiene repercusiones económicas, como lo señala el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), organismo que ha declarado que la violencia doméstica le cuesta a México al año, el 2% del Producto Interno Bruto (PIB) que se traduce en días no trabajados, servicios de emergencia y hospitalización, albergue, etc.

INMUJERES (2003), a través de la encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reporta que 9.31 % de las mujeres encuestadas (un total de 19,500 mujeres) sufrieron por lo menos un incidente de violencia física en un periodo de un año, y el 7.84% sufrió por lo menos un incidente de violencia sexual en el mismo periodo.

La incidencia de la violencia en nuestro país es preocupante y resulta ser un motivo de consulta importante en psicoterapia, al grado de que se han creado organizaciones especializadas en brindar atención psicológica como es el caso de ADIVAC, quines reportaban en el 2002 (La Jornada, 2002) recibir cada semana 250 casos nuevos de violencia y abuso sexual, de los cuales la mitad eran niños desde los tres años.

Trastornos Mentales

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina Mora, Borges, Lara Muñoz, Benjet, y otros 2004) el 28.6% de la población ha presentado algún trastorno mental en su vida; de este porcentaje las mujeres muestran mayor incidencia en cuanto a enfermedades mentales en nuestro país; las mujeres muestran mayor prevalencia en trastornos afectivos y de ansiedad -específicamente depresión-, mientras que los hombres son más proclives a presentar adicción a sustancias.

La encuesta arrojó que las personas que presentan alguno de estos trastornos tienden a recurrir preferentemente a cualquier tipo de servicio médico y sólo un porcentaje pequeño acude como primera opción a servicios especializados (psicoterapia o servicios de psiquiatría)

Enfermedades Crónicas

De acuerdo a Rossman (1991) la aparición de una enfermedad crónica en la familia implica una reorganización en la estructura familiar que puede generar una ruptura en la misma.

Es por esta razón que se hace necesario conocer cuáles son las principales enfermedades crónicas que sufren los mexicanos. De acuerdo a datos de la Secretaría e Instituto de Salud del Estado de México (2002), en esa entidad la diabetes mellitus constituye la segunda causa de muerte entre la población, seguida por enfermedades del corazón y por enfermedades del hígado asociadas al alcoholismo. A nivel nacional, la diabetes mellitus constituye un problema de salud pública importante y las necesidades de quienes las padecen pueden resultar elementos estresores al interior de la familia.

En el lugar número 13 se encuentran las muertes por VIH seguidas por diferentes tipos de cáncer.

De hecho, en nuestro país se ha hecho gran énfasis en campañas de prevención de cáncer cervicouterino y de mama, los cuales constituyen un verdadero problema de salud pública; por ejemplo, en Hidalgo estos dos tipos de cáncer son la principal causa de muerte en mujeres (CIMAC, 2001). A nivel nacional, los fallecimientos de mujeres por estas dos causas ocupaban en el 2001 el lugar número diez, seguidas por tumores malignos de diversa índole (Salud Pública de México, 2002).

En los varones, el más común es el cáncer en traquea, bronquios y pulmón, seguido por el de próstata.

Es claro que el terapeuta familiar debe estar preparado para apoyar a las familias que tienen un miembro con un padecimiento de este tipo, para desarrollar estrategias de intervención adecuadas que permitan una reorganización a nivel de estructura, así como el adecuado manejo en los casos en los que la muerte es inminente. De esta manera se propiciará una mejor calidad de vida tanto para pacientes como para familiares.

Estos datos pretenden proporcionar una idea clara del contexto en el que se desarrollan las familias mexicanas y en el que se gestan los motivos de consulta con los que los terapeutas lidiamos día con día. Al entender el contexto social y cultural del país, se amplían de manera importante las alternativas que como profesionales de la salud podemos ofrecer y desarrollar en beneficio de los pacientes.

1.3 La terapia sistémica y posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas.

La terapia sistémica y posmoderna es una alternativa para dar salida a la problemática presentada actualmente por familias e individuos, algunas de las cuales han sido esbozadas en el apartado anterior. Tomando en cuenta que la situación económica de nuestro país es precaria, son pocas las personas que podrían acceder a tratamientos a largo plazo.

Los enfoques sistémico y posmoderno ofrecen alternativas a corto plazo para la resolución de conflictos, ya que al establecer objetivos de tratamiento, es posible reducir el número de sesiones, lo que se refleja favorablemente en los costos económicos para los usuarios del servicio; además, estos enfoques tienen la ventaja de tener efectos de intervención que se amplían hacia sistemas más grandes (por ejemplo, en la familia) por lo que podemos afirmar que cumplen la función de prevenir nuevos problemas, es decir, actúan también a nivel de prevención primaria. Actualmente, el enmarcar la práctica terapéutica en el pensamiento posmoderno abre nuevas posibilidades de tratamiento y de acercamiento para con los pacientes y su problemática. Así mismo, los nuevos planteamientos llaman la atención sobre la necesidad de enmarcar el tratamiento terapéutico en el contexto social y político de quienes solicitan el servicio y, dadas las condiciones de nuestro país, el tomar en cuenta problemas como el desempleo se hace aún más necesario.

La terapia familiar ha vivido una evolución constante, convirtiéndose, de acuerdo con Lynn Hoffman (1987) en uno de los pocos campos que se enriqueció con la revolución epistemológica marcada por los planteamientos sistémicos. El planteamiento sistémico, ciertamente genera grandes aportaciones a la práctica terapéutica, permitiendo la entrada a nuevas formas de pensamiento - como los planteamientos de Bateson y los aportes comunicacionales- y generando alternativas de solución eficaces. Juan Luis Linares (2002) menciona que la gran aportación del grupo de Palo Alto fue focalizarse en la comunicación humana considerándola inevitable y distinguir que existe una metacomunicación, con lo que se permite una gran variedad de interpretaciones, todas ellas legítimas.

El planteamiento sistémico, con la introducción del sistema bicameral, marcó un cambio radical en la forma en que se pensaba la terapia anteriormente. La objetividad queda cuestionada cuando se señala que el observador es parte de lo observado (Keeney, 1994), planteamiento subyacente en escuelas como la psicoanalítica y la conductista. Esto marcará una nueva forma de hacer terapia, cambiando radicalmente la concepción que anteriormente se tenía de la figura del terapeuta, esta vez integrándolo como parte de un sistema construido con el paciente; se considera que este planteamiento se refleja sobre la postura que toma el terapeuta frente al paciente, pasando de ser un experto a un protagonista del cambio.

Sin embargo, la terapia familiar no ha sido influenciada sólo por el pensamiento sistémico; a lo largo de su existencia ha ido incorporando los nuevos planteamientos epistemológicos que han ido surgiendo en el desarrollo del conocimiento, pasando por el constructivismo, el postestructuralismo hasta llegar al posmodernismo.

El posmodernismo, como parte de los nuevos desarrollos filosóficos, plantea la necesidad de abandonar la objetividad como punto de partida para la creación del conocimiento -planteamiento que podemos ubicar desde el pensamiento sistémico-, enarbolada por la modernidad, siempre optimista y centrada en las ideas de progreso y que tiene por fin último el hallazgo de la verdad; en contra parte, el posmodernismo no busca verdades absolutas, de hecho se opone a los metarelatos (o narrativas dominantes), y cuestiona la realidad establecida o única, buscando abrir paso a las pequeñas narrativas (Sánchez y Gutiérrez, 2000) que tradicionalmente han sido acalladas por los discursos dominantes.

De acuerdo a Linares (2002) la irrupción de la postura posmoderna obliga al terapeuta a reconocer las complejidades que subsisten en cada familia, haciendo imposible el tomar una postura dogmática y permitiendo de esta manera recurrir a diferentes abordajes terapéuticos.

Sin embargo, desde los primeros modelos de terapia basados en la Teoría General de los Sistemas, encontramos las bases que han permitido la entrada del posmodernismo en el quehacer terapéutico; el mismo autor reconoce que los planteamientos del MRI tienen un fondo subjetivo que subyace a cada una de sus intervenciones. Linares afirma que en la labor del grupo de Palo Alto encontramos que al focalizar la comunicación humana como base de sus planteamientos y plantear al lenguaje digital al servicio del lenguaje analógico abren la posibilidad de interpretaciones diversas y al mismo tiempo, legítimas.

Es decir, desde los planteamientos del MRI hasta los nuevos modelos basados en el construccionismo social, la terapia familiar ha dado un gran peso al lenguaje y a la comunicación como herramienta de construcción de la realidad.

Aunque el posmodernismo da un peso explícito al contexto cultural, político y social de cada una de las familias, ciertamente esta apertura ya se encontraba en los primeros modelos desarrollados en terapia familiar. Los modelos estratégicos y estructurales (de acuerdo a la clasificación de Cade y O'Hanlon, 1995) consideraban que cada familia era diferente y que por lo tanto, aunque había lineamientos en cuanto a las intervenciones, cada una debía adaptarse a las necesidades y contexto de quienes acuden a terapia. El enfoque sistémico es una aproximación a los procesos humanos en función del contexto.

La complejidad a la que hace mención Linares (2002) con la influencia posmoderna va más allá de las diferentes realidades o versiones que puede aportar cada miembro de la familia y se refiere también a la necesidad de retomar teorías de otras disciplinas; ejemplo de esto es la Terapia Narrativa - que en voz de sus autores se centraría en el terreno pos estructuralista - que toma como punto de partida la teoría de Michel Foucault sobre la estructuración de las relaciones de poder en la sociedad. Sin embargo, nuevamente al realizar una revisión histórica de la terapia familiar podemos encontrar que los primeros teóricos recurrieron a otras disciplinas para forjar los modelos que conocemos actualmente (ejemplo de esto es la metáfora cibernética retomada de planteamientos de la Física), y Gregory Bateson, pilar de la terapia familiar, procedía de la Antropología.

En conclusión, no es posible encontrar una diferencia tajante o marcar una línea temporal entre los modelos basados en el paradigma sistémico y el paradigma

posmoderno ya que en ambos hay puntos de intersección importantes, se trata más bien de una evolución constante de una perspectiva a la otra. Simplemente, nos encontramos ante una disciplina enriquecida por los cambios en la generación de conocimientos, cambios que se han ido gestando a lo largo del tiempo y que los nuevos teóricos de la terapia familiar han sabido incorporar en la creación de cada uno de los modelos que hoy conforman la terapia familiar.

Entre las similitudes que encontramos entre los enfoques sistémico y posmoderno en terapia retoman los contextos sociales, culturales y políticos en los que se desenvuelve la familia. Al contrario de los enfoques de terapia tradicional (como el psicoanálisis) que se remiten al síntoma; el integrar estos conceptos permite soluciones que se adecuan a cada familia, ya que se elimina el concepto de normalidad como tradicionalmente se aborda en la Psicología.

Más allá de estos conceptos tradicionales en el desarrollo de la psicología y específicamente de la clínica, Linares (2002) menciona que el reto actual de la terapia familiar será el de reconocer la importancia de la diversidad frente a la homogeneidad, por lo que los terapeutas deberemos adaptarnos cada vez más a las diferencias de género, cultura, generación, clase social.

Una de las aportaciones de la terapia familiar tanto sistémica como posmoderna ha sido la eliminación de constructos como normalidad y patología, lo que ha abierto nuevas posibilidades para el trabajo terapéutico, ya que dichos constructos han sido utilizados como etiquetas clasificatorias, lo que lejos de generar alternativas de solución deriva en la perpetuación de la problemática.

Este cambio en cuanto a la clasificación de síntomas ha derivado en una postura de respeto hacia los sistemas de creencia de cada familia e individuo que acude a terapia. Sin embargo, hay nuevas discusiones al respecto, ya que algunos autores comienzan a considerar como un nuevo reto el adecuar las entidades nosológicas al marco de trabajo posmoderno y reconocer así, el aporte que podrían tener para el abordaje clínico (Linares,2002).

Retomando el apartado anterior, se podría concluir que actualmente los y las terapeutas nos encontramos ante el reto de integrar el contexto social y la problemática que de este se deriva en el diseño y planeación de cada uno de los casos que se nos presentan.

Esto se traduce no sólo en el manejo adecuado de los diferentes modelos terapéuticos, sino en el conocimiento de la realidad social por la que atraviesa el país, para de esta manera generar soluciones y alternativas adecuadas a cada problemática. Personalmente considero, que este conocimiento y su posterior integración al abordaje terapéutico abren nuevas posibilidades de comprensión a los diferentes motivos de consulta presentados, enriqueciendo con ello la práctica de la terapia familiar.

Conocer el campo psicosocial en el que se desarrolla la práctica terapéutica permite delinear las estrategias más adecuadas de intervención así como ampliar el campo de acción del terapeuta familiar.

De acuerdo a lo señalado en el apartado 1.1 se puede afirmar que el terapeuta familiar encontrará que el desempleo constituye un factor de estrés importante en muchas familias; que se requiere trabajar con problemáticas específicas de los

jóvenes como la fármaco dependencia, y conductas sexuales de riesgo que pasan por un conocimiento de las nuevas culturas juveniles, el contexto laboral y educativo, entre otros; que la violencia familiar y el abuso sexual constituyen un problema de salud pública en nuestro país; que hay cambios importantes en la estructura familiar con la incorporación de la mujer al campo laboral, entre otras tantas situaciones que se enmarcan en el campo social, cultural, político y económico del país.

Este conocimiento no sólo puede ser un factor que permita adecuar las estrategias de intervención a estos problemas; también puede ampliar el campo de acción del terapeuta familiar al permitirle elaborar programas de intervención o generar investigación desde la práctica clínica.

Los principios que subyacen a la terapia familiar sistémica y posmoderna permiten la incorporación de todos estos elementos en la práctica y brindan herramientas de abordaje que la convierten en una alternativa de solución viable para todas estas problemáticas.

2. Caracterización de los escenarios clínicos

2.1 Clínica de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (Facultad de Psicología de la UNAM)

El escenario clínico principal en el que se realizaron las prácticas de la residencia en terapia familiar es la Clínica de la Facultad de Psicología Guillermo Dávila. Este escenario depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social; esta coordinación desarrolla acciones relacionadas a docencia, investigación y servicio.

De esta coordinación dependen los siguientes centros: centros comunitarios "Julián McGregor y Sánchez Navarro", Investigación y Servicios de educación especial (CISEE) y el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Así mismo esta coordinación impulsa los programas de Sexualidad Humana y el de Conductas Adictivas.

Características del escenario clínico Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Ávila

La clínica ofrece servicio en las siguientes áreas de atención psicológica: terapia grupal, terapia de pareja, terapia de familia, terapia individual, terapia infantil y atención a sobrevivientes de agresiones sexuales.

Físicamente la clínica se encuentra constituida por cuatro cubículos con cámara de Gesell y sistema de circuito cerrado y videograbación, seis cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica.

En cuanto a la atención a usuarios, la clínica sigue los siguientes pasos:

- Solicitud: debido a la gran demanda del servicio se da una fecha específica para que los posibles usuarios llenen una ficha de solicitud de servicio.
- Primera evaluación: las fichas son evaluadas para, de acuerdo al motivo de consulta, decidir a qué área de atención serán canalizadas.
- Asignación: se asigna cada ficha al área y terapeuta correspondientes, quien fija la fecha para el inicio del tratamiento.

Este escenario atiende a una gran cantidad de usuarios con las siguientes características:

- Externos : canalizados por otros centros de atención o que acuden por la gran difusión que existe del servicio, principalmente en medios de comunicación.
- Trabajadores, docentes y estudiantes de la UNAM.

Puesto que se trata de un centro de atención a la comunidad, las cuotas son relativamente bajas, ya que la mayoría de quienes solicitan el servicio cuentan con recursos económicos limitados.

Cabe señalar que hay una gran demanda del servicio, lo que representa una dificultad ya que la atención se retrasa hasta por varios meses; en los casos en los que la atención es solicitada por una crisis, al momento de llamar a la familia para la

primera sesión es común que no acudan por haber solucionado la situación o simplemente por haber perdido interés en el tratamiento.

En el Centro trabajan estudiantes de las diferentes residencias del Programa de Maestría en Psicología así como profesorado de la Facultad. Los casos son asignados de acuerdo a la demanda, es decir se asignan los expedientes a través de la coordinación del Centro, tratando de satisfacer lo más pronto posible la demanda.

En este escenario se trabajó en cámara de Gesell, bajo la guía de un (a) supervisor(a) y el apoyo de un equipo terapéutico conformado por los mismos compañeros de generación.

Tomando como referente la experiencia de la Residencia en Terapia Familiar se pudo observar una gran gama de problemas presentados por los usuarios de este servicio.

Las problemáticas que se presentan en cada familia se pueden relacionar con cada una de las etapas del ciclo vital de la familia:

Familias sin niños

Cuando una pareja ha sido recientemente creada encontramos principalmente que la pareja acude a terapia por problemas de relación con la familia extensa; también se observa que acuden por problemas de adaptación a la nueva situación que enfrentan al formar un nuevo sistema. Esto podría deberse a que no hay una negociación previa en cuanto a lo que cada uno espera del matrimonio y a que cada quien acude con expectativas diferentes respecto a la formación del nuevo sistema; otro factor de crisis lo encontramos en los sistemas de creencias que cada individuo trae de su propia familia y que llegan a contraponerse.

Familias con niños pequeños

Uno de los principales motivos de consulta se refiere a problemas de rendimiento escolar o de conducta en alguno de los menores. Son comunes, también los problemas relacionados con el establecimiento de límites y los que se relacionan con jerarquías. En cuanto al tema de los límites es común encontrar que en estas familias hay un niño involucrado en el sistema conyugal, lo que puede generar el síntoma.

Familias con hijos adolescentes

Problemáticas de tipo relacional en adolescentes (principalmente bajo rendimiento escolar, deserción, problemas de socialización y conductas predelinuenciales) en los que encontramos que no hay límites claros o bien éstos no son adecuados a la etapa que corresponde al sistema; encontramos que hay una relación estrecha entre estos síntomas y una problemática a nivel conyugal.

Independientemente de la etapa del ciclo vital se solicita el servicio por ***problemas con la pareja***, comúnmente relacionados con infidelidad, con la dificultad de decidirse por una separación y con problemas de violencia familiar.

Finalmente encontramos a quienes acuden al servicio solicitando *atención individual*, en este rubro hemos atendido a jóvenes con problemas escolares de nivel universitario, quienes acuden por diagnósticos como depresión, problemas para definir la orientación sexual. También se atendieron casos de jóvenes universitarios que se encuentran en el papel de ser padre o madre solteros, lo que genera conflictos con la familia extensa o con la pareja.

Un común denominador en las familias atendidas a lo largo de la residencia es el bajo nivel socioeconómico que se asocia a la dificultad para la solución de algunas situaciones y que incluso las amplifica. La pérdida del empleo de alguno de los progenitores es un centro de tensión para la familia; la situación económica también provoca conflictos con la familia extensa ya que en un número importante de casos atendidos encontramos que la familia debe compartir el espacio físico con los progenitores o con los hermanos, lo que crea conflictos al interior del núcleo familiar.

Casa Alianza IAP

Como parte del trabajo de la maestría, se estableció un convenio interinstitucional con Casa Alianza para realizar una investigación con la población que dicha institución atiende. La población a la que se dirige es la de menores en situación de calle y cuenta con diferentes etapas de atención:

Etapas de calle: atendiendo a población que vive en diferentes puntos de la ciudad de México, brindando actividades para sensibilizar a los menores sobre la importancia de ingresar a la institución como opción a la vida callejera.

Refugio: en esta etapa se atiende a menores que solicitan el servicio directamente desde calle, por lo que es una etapa de observación en la que se inicia el proceso de los menores con el objetivo de que se institucionalicen permanentemente. En esta etapa se brindan servicios básicos como atención médica, atención psicológica en crisis, alimentación y aseo personal.

Transición: en esta etapa se encuentran los menores que han avanzado sustancialmente en su proceso pero que sin embargo todavía se encuentran en riesgo de volver a calle, por lo que el trabajo consiste en reforzar la importancia de iniciar una vida lejos de las calles y la droga.

Hogares: a esta etapa acceden los menores que han seguido un proceso exitoso o que por llevar muy poco tiempo en calle no presentan la mayoría de la problemática de esta población. En esta etapa los menores pasan a vivir en una comunidad y realizan las mismas actividades que cualquier menor que se desarrolla en el seno familiar. La institución cuenta con hogar de niñas y hogar de niños.

Como parte del convenio de investigación, la institución solicitó el apoyo de nosotros como terapeutas y se nos asignó al área de *Reintegración Familiar*,

encargada de contactar a los familiares de los menores y evaluar las posibilidades de reintegración.

Como parte del trabajo acordado en dicho convenio realizamos las siguientes actividades:

Contacto familiar

En este rubro la tarea consiste en rastrear a las familias de los menores que por su situación han perdido contacto (algunos por periodos de años). En este punto se hace necesario realizar llamadas telefónicas o acompañar a los menores a localizar el domicilio de los familiares e investigar con los vecinos los domicilios de la familia, en aquellos casos en los que ha habido un cambio.

Cuando se ha localizado a la familia se acompaña al menor con el objetivo de mediar entre los familiares y el interesado, para de esta forma evitar que se genere un nuevo conflicto que afecte el proceso del menor; se le explica a la familia el proceso en el que se encuentra el niño, el trabajo que realiza la institución y se les sensibiliza para que acudan a visitar al menor a Casa Alianza. De esta forma también se obtiene información que permite evaluar si hay posibilidades reales para que el menor se reintegre a su familia o si resulta más adecuado que permanezca definitivamente en la institución.

Proceso terapéutico

Aunque el servicio de terapia familiar no se ha instituido de manera formal en esta institución, se nos solicitó que apoyáramos brindando esta atención en casos en los que se hacía necesario reforzar el proceso de reintegración de los menores. En terapia atendimos a cinco familias en el transcurso de los 6 meses que duró nuestro voluntariado, se incluyó en las sesiones a los menores, las familias y a personal de Casa Alianza que resultara clave en el proceso del menor, principalmente a los consejeros (que son los encargados de acompañar al niño en sus actividades cotidianas y que representan fuertes figuras paternas para esta población).

Las familias atendidas comparten características similares:

- todas pertenecen a estratos económicos bajos,
- la fuente de trabajo es el empleo informal,
- habitan en los llamados cinturones de pobreza de la ciudad o en colonias populares
- en la mayoría de los casos se trata de familias muy grandes que habitan en espacios reducidos que no cuentan con todos los servicios (principalmente agua),
- se trata de familias con un solo progenitor o de familias reconstituidas, en las que confluyen hijos de diferentes matrimonios o uniones,
- en los casos en los que están juntos los padres del menor, es común encontrar que el padre no trabaje y/o tenga problemas de alcoholismo,
- la violencia doméstica es otra característica de estas familias.

En total se atendió a cinco familias en los 6 meses que duró la investigación, trabajando en co terapia con Alfredo Ferrat, compañero de la Residencia en Terapia Familiar. Sólo se concluyó un proceso terapéutico ya que por las características de las familias, éstas tendían a faltar a las citas y los niños abandonaban el proceso en la institución (saliendo nuevamente a calle) o bien fueron transferidos a otras etapas de la misma institución o a otras instituciones en las que se consideraba podrían recibir una mejor atención de acuerdo a su perfil.

En el caso en el que la terapia fue exitosa se contó con la participación de toda la familia y se trató de un caso excepcional por las características del menor.

Durante el proceso de contacto con la institución, investigación y colaboración se contó con la supervisión de la Dra. Moctezuma Yano.

II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

La Terapia Familiar, como se conoce a la fecha, se sustenta en una serie de desarrollos epistemológicos que es importante conocer con el fin de comprender cada uno de los modelos que la conforman más allá de la aplicación mecánica de las intervenciones que marca cada uno de éstos. Podemos afirmar que el conocimiento y dominio del cuerpo epistemológico que ha marcado el desarrollo de los modelos terapéuticos que conforman a la terapia familiar permite una mejor aplicación clínica.

La Terapia Familiar resulta ser un campo de conocimiento que surge de la aplicación de principios provenientes de otras disciplinas, cada una de ellas sustentada en una base filosófica (Molina Avilés, 2001).

Lynn Hoffman (1987) agrega que la Terapia Familiar ha sido influenciada por una revolución epistemológica en la que los esquemas de pensamiento lineal tradicionales han sido abandonados.

Los desarrollos epistemológicos que han dado cuerpo a lo que ahora conocemos como modelos de terapia familiar son: La Teoría General de los Sistemas (TGS), la cibernética de primer y segundo orden, la Teoría de la Comunicación, el Cosntructivismo y el Construccionismo Social.

La Teoría General de los Sistemas (TGS)

Molina Avilés (2001) señala que existen diversos antecedentes para lo que ahora conocemos como Teoría General de los Sistemas; sin embargo, el primero en integrar y proponer esta teoría fue el biólogo alemán Ludwin Von Bertalanffy quien en 1933 plantea las primeras formulaciones de la TGS en un artículo denominado *Teorías modernas del desarrollo*, aunque en este primer trabajo todavía no introducía el término sistema para referirse al concepto de totalidad. Para 1937, Bertalanffy presenta por primera vez lo que denominó Teoría General de los Sistemas en un seminario para la Universidad de Chicago Ch. Morris, aunque de acuerdo a Molina Avilés(2001), no existen copias de aquella ponencia.

Bertalanffy, al hablar de sistemas, se refiere no sólo a todos los fenómenos sino a todos los aspectos los componen y a sus interrelaciones. Esto se opone al reduccionismo que caracteriza a otras teorías que parte de la fragmentación de la realidad para su estudio; en contraparte la TGS propone el abordaje de la realidad en su totalidad. El modelo reduccionista o mecanicista parte de la premisa de dividir la totalidad para estudiar los elementos de manera aislada; la propuesta de la TGS consiste en abordar los acontecimientos, hechos o fenómenos a estudiar tomando el contexto en el que se desarrollan y las interacciones que los constituyen, de esta manera estamos ante una propuesta integral. De esto podemos aseverar que el objetivo de la TGS era el de construir un lenguaje común que permitiera la comunicación entre diferentes ciencias especializadas.

De acuerdo a Molina Avilés (2001) " la TGS debe ser considerada como una forma de pensar, una manera de mirar el mundo, una metodología, cuya finalidad es en esencia, lograr una unidad en la diversidad y la creación de un vocabulario común a todas las disciplinas" (pag.23)

Sin embargo, Molina Avilés (2001) señala que la TGS no fue la primera en postular el concepto de totalidad ni tampoco Bertalanffy quien planteó por primera vez la necesidad de resaltar la importancia de las interconexiones; señala que el primer trabajo que habla de la idea de totalidad se remite a los escritos de Aristóteles, siguiendo con Pascal, Montesquieu, Marx hasta Durkheim y el biólogo Cannon.

Volviendo al concepto de sistema, Bertalanffy postula la existencia de sistemas abiertos y cerrados, entendiendo por sistemas abiertos aquéllos que intercambian información con el exterior (sistemas biológicos) y por cerrados aquéllos que describen la física y la química y que no tienen interacción con el contexto. Finalmente, Molina Avilés puntualiza que "la gran aportación de Bertalanffy fue el concebir y proponer que una gran cantidad y variedad de fenómenos (...) pueden ser vistos como sistemas y que en tanto tales tienen cosas en común que podemos encontrar leyes que aplican a todos ellos, independientemente de sus diferencias específicas" (2001, pag. 22)

En cuanto a la relación de la TGS y la terapia familiar, Sánchez y Gutiérrez (2000) afirma que al tomar a la TGS como marco conceptual, el terapeuta obtiene una nueva visión sobre la patología y la funcionalidad, dejando de lado las explicaciones lineales y pudiendo obtener una visión contextual.

De la TGS la terapia familiar incorpora el concepto de sistema abierto, utilizando esta metáfora para describir el comportamiento de las familias. De acuerdo a lo anterior queda claro que la TGS aporta algunos de los conceptos fundamentales de la terapia familiar (sistemas y recursividad, entre otros) que permitieron los primeros desarrollos de esta rama a partir de nuevos planteamientos epistemológicos alternativos a aquellas teorías que postulaban el estudio de los fenómenos intrapsíquicos. Así, la TGS permite a la terapia estudiar los fenómenos psicológicos desde una óptica contextual e interaccional.

Cibernética de primer y segundo orden

Bradford P. Keeney(1994) en su libro, *La estética del cambio*, refiere que la cibernética parte de la idea primordial de que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales; idea que venía gestándose desde mucho tiempo atrás - el autor encuentra referencias a esta idea en los escritos del poeta William Blake y de Lewis Carroll - pero que a mediados del siglo XX se establece como una ciencia formal. En 1943 aparecen dos artículos que pueden ser considerados como el nacimiento explícito de la cibernética: uno escrito por Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow en el que se identifican "...los principios generales de los mecanismos capaces de corporeizar el concepto de *finalidad* o *intencionalidad*" (Keeney, 1994, pag. 81) El segundo artículo al que hace referencia Keeney fue escrito por Warren McCulloch y Walter Pitts intitulado *Cálculo lógico infinitesimal de las ideas inmanentes en la actividad nerviosa*. El primero buscaba discernir las pautas de organización subyacentes en la conducta intencional,

mientras que el segundo intenta establecer lo mismo pero con respecto a la percepción.

Keeney señala que la cibernética "...pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. En la cibernética, cualquier cosa, o más bien cualquier idea es real" (1994, pag.77).

Este mismo autor afirma que la cibernética hace la diferencia entre dos mundos de explicación, la explicación lineal a partir de lo material y la descripción desde la pauta; desde la segunda perspectiva es posible explicar relaciones materiales e inmateriales, por lo que la física quedaría contenida dentro de la cibernética, epistemología más amplia que es capaz de explicar fenómenos sociales y que por lo tanto aporta un lenguaje interdisciplinario (Keeney,1994).

Molina (2001) menciona que Wiener, el mexicano Arturo Rosenbluth y Bigelow encontraron una red conceptual común reflejada en su artículo, en el que señalan la importancia del retorno de la información, es decir, postulan uno de los conceptos básicos de la cibernética: la retroalimentación.

La teoría cibernética aporta un elemento sumamente importante, el concepto de retroalimentación que Wiener define como "...un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados simplemente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la regulación simple de técnicos de control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje" (Keeney, 1994, pag. 83).

Molina Avilés (2001) agrega que entonces tenemos un sistema auto correctivo que vigila su propio desempeño. La información que regresa al sistema permite corregir las desviaciones en caso de haberlas (retroalimentación negativa) o en su defecto amplificar la desviación (retroalimentación positiva).

Estos primeros conceptos constituyen lo que actualmente se conoce como primera cibernética, en la que el sistema observado se considera fuera del observador (Sánchez y Gutiérrez, 2000) y en el que lo más importante es la retroalimentación de información que permite la auto corrección de la desviación.

Tanto Sánchez y Gutiérrez como Molina, coinciden en que los primeros planteamientos de la terapia familiar coincidían con esta visión en la que el terapeuta y la familia constituirían sistemas interactuando.

De este planteamiento podemos partir para señalar la diferencia sustancial entre la primera y la segunda cibernética. Esta última parte del planteamiento de que el terapeuta y la familia conforman un solo sistema en el que el terapeuta es incapaz de ejercer un control unilateral (Molina Avilés, 2001) pero en el que se añade el sistema de los observadores, con lo que se amplía de manera importante el campo de investigación.

Keeney (1994) señala que al incluir al observador en el sistema toda observación se vuelve autorreferencial y en consecuencia se modifica la pretensión de la objetividad en la observación, ya que ésta lleva implícita la pretensión de separar al observador del fenómeno observado.

La cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética, permite explicar procesos interaccionales ya que al ampliar el campo de observación se agrega un nuevo concepto: los procesos de reacción mutua, procesos en los que el movimiento de una parte modifica a una segunda parte, modificación que a su vez producirá un movimiento compensatorio en la segunda y así sucesivamente (Molina Avilés, 2001) Keeney (1994) puntualiza que la cibernética de la cibernética tiene consecuencias epistemológicas, ya que sus planteamientos cuestionan el concepto de objetividad, concepto que presupone una separación entre observador y lo observado Molina Avilés (2001) explica que la terapia se considera un proceso de reacción mutua; si se sigue el proceso terapéutico sólo considerando al paciente o al terapeuta se pierde información, si se incorpora un sistema de observación entonces es posible explicar el proceso de terapia desde la interacción entre terapeuta y familia; de este principio se deriva la inclusión de un sistema de observación (equipo terapéutico) que sigue el proceso del sistema terapéutico (constituido por la familia y el terapeuta) a través de un espejo y que constituye el principal impacto de la cibernética de la cibernética (como también la denomina Von Foerster) en la práctica de la terapia familiar.

Teoría de la Comunicación

La moderna teoría de la comunicación surge con la publicación del libro *La teoría matemática de la información* en 1949 por C.E. Shannon y W. Weaver quienes hablan acerca de los alcances y limitaciones de la transmisión de mensajes e indican que no se refieren al significado de los mismos sino a problemas como codificación de mensajes. Su definición de la comunicación es amplia ya que incluye los procedimientos y medios por los cuales un mensaje puede afectar a otro (Molina Avilés, 2001, pag. 34).

Molina Avilés (2001) señala que para que la teoría de la comunicación pudiera ser utilizada en Psicología se hace necesario dejar de estudiar los procesos intrapsíquicos para comenzar a atender a los procesos interaccionales. Quien da este salto en la Terapia Familiar, complementando la TGS con la propuesta de los tipos lógicos de Russell es Gregory Bateson, quien en 1956 publica su famoso artículo sobre la teoría del doble vínculo en la que plantea que la comunicación humana implica múltiples niveles diferenciados y que los mensajes preverbales influyen en la emisión verbal subrayando que el metamensaje es un elemento esencial de la definición del sentido (Molina Avilés, 2001).

Bateson demostró que en las familias con un paciente esquizofrénico se encontraban dos comunicaciones contradictorias, una a un nivel verbal y otra a un nivel no verbal que eran constantes y difíciles de romper. (Molina Avilés, 2001).

Otra característica de esta teoría de la comunicación es que se centra en el aspecto pragmático de la misma.

La comunicación se conforma en tres niveles: sintaxis (estructura de los signos), semántica (significado) y pragmática (efectos del mensaje); al centrarse en este último aspecto encontramos que esta teoría tiene su centro de interés en lo interaccional y de esta forma se incorpora a la terapia familiar sistémica (Molina, 2001).

Witzezaelle y García (1994) en su libro sobre la escuela de Palo Alto apuntan que las investigaciones sobre la comunicación unen a Bateson y al MRI, ya que el primero sentó las bases del modelo interaccional y los segundos lo sistematizaron y enriquecieron en las décadas siguientes, siendo la obra *Teoría de la Comunicación Humana* (Watzlawick, Beavin y Jacks, 1997), la que permitió la difusión de las ideas de Bateson.

Los mismos autores señalan que los antecedentes de la teoría de la comunicación humana se encuentran en los estudios que Bateson desarrolló en compañía del psiquiatra Jurgen Ruesch plasmados en el libro *La comunicación: matriz social de la psiquiatría* (1951) en la que Bateson intenta una primera aplicación al mundo de la comunicación de las ideas sobre la cibernética desarrolladas durante las conferencias de Macy.

En sus investigaciones Bateson plantea algunas líneas generales de investigación siendo una de ellas la que se refiere a las bases para una teoría interaccional de la comunicación. Los autores hacen una recapitulación de los esfuerzos de Bateson: "Él, desde *Naven* y la cismogénesis, ya ha enfocado el proceso evolutivo de las interacciones humanas en una perspectiva sistémica sincrónica, ha construido una teoría del aprendizaje en relación con los nuevos conceptos epistemológicos, y ahora va a concentrar su enfoque sobre la relación interpersonal propiamente dicha, sobre el intercambio de informaciones entre los individuos. Tomará como punto de partida uno de los fenómenos fundamentales de la teoría de la comunicación de Sahnnon: la codificación." (Witzezaelle y García, 1994, pag. 100).

En 1964 Bateson abandona Palo Alto para continuar proyectos de investigación con cetáceos en las Islas Vírgenes, pero Paul Watzlawick y otros miembros del equipo MRI continuarán con las investigaciones sobre comunicación ((Witzezaelle y García, 1994).

Los antecedentes de libro *Teoría de la Comunicación Humana* quedarán plasmados en una antología que publicará Watzlawick en 1964 en la que perfila la pragmática de la comunicación (efectos de la comunicación en el comportamiento); seguirá trabajando sobre este tema en compañía de Janet Beavin y Don Jackson con el objetivo de aterrizar los planteamientos teóricos de Bateson en planteamientos prácticos (Witzezaelle y García, 1994); esto queda plasmado en la obra final en la que se plantean una serie de cinco axiomas de la comunicación:

- *No es posible no comunicar*
- *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero, y es, por ende, una metacomunicación*
- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes*
- *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.*
- *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.*

(Watzlawick, Beavin y Jackson, págs. 49-71, 1997).

La formulación de estos axiomas sientan las bases para analizar cómo cada uno de éstos implica patologías inherentes (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997), es decir la aplicación práctica a la que hacen referencia Wittezaelle y García, en donde se parte de la teoría del doble vínculo para describir "la utilización terapéutica de las paradojas pragmáticas de la comunicación" (1994, pag. 253).

Constructivismo

A principios de los ochenta, con la publicación del libro *la realidad inventada* de Paul Watzlawick, sale a la luz un nuevo movimiento denominado constructivismo; de acuerdo a Elkaïm (1996) este enfoque se basa en los escritos de Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela.

Los aportes de estos cuatro teóricos tuvieron un impacto importante en los planteamientos de la terapia familiar. Heinz von Foerster, por ejemplo, marca la importancia de la relación existente entre observador y observado y demostró que ambos sistemas son inseparables, mientras que Maturana y Varela subrayan que la percepción visual "...nace de la intersección de aquello que se ofrece a nosotros y de nuestro propio sistema nervioso: demostraron que lo que nosotros vemos no existe como tal, fuera de nuestro campo de experiencias, sino que es resultado de la actividad interna que el mundo externo desencadena en nosotros" (Elkaïm, 1996, pag. 4).

Maturana cuestionó el criterio de objetividad como punto de partida o condicionante de la investigación argumentando que el investigador requiere de una comunidad observante que emita declaraciones que conformen un sistema coherente (Elkaïm, 1996).

Estas aportaciones, de acuerdo a Elkaïm (1996), permitieron que los terapeutas familiares se centraran en la importancia de la realidad que se construye de manera conjunta entre paciente y terapeuta, más que en encontrar la verdad o la realidad. Siguiendo al mismo autor, encontramos entonces que estos descubrimientos tuvieron cuatro implicaciones en la práctica terapéutica:

- el éxito de la psicoterapia no depende de que el terapeuta tenga razón, sino de la construcción que este edifica en el sistema terapéutico,
- la intervención del terapeuta deberá centrarse en ampliar el campo de posibilidades de la familia más que en encontrar la verdad,
- "el concepto de 'acoplamiento estructural' tal y como lo han elaborado Maturana y Varela para describir lo que se manifiesta en la intersección de un sistema determinado por su estructura y el medio en el que el sistema está inserto, mantiene la importancia de la autonomía individual y, por lo tanto, de la responsabilidad personal" (Elkaïm, 1996, pag. 5),
- al distanciar al observador del observado nos enfrentamos al dilema de si es posible separar nuestras observaciones de las propiedades personales,

Estos supuestos conformarían la columna vertebral de los nuevos enfoques en terapia familiar sistémica en los que se parte de la aceptación de la participación

del observador en la construcción de lo observado, afirmación que repercute en las nuevas formas de entender el trabajo terapéutico. De esta forma, Neimeyer define a la terapia desde una postura constructivista como "... un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados (inter) personales" (1998, pag. 18). Este autor concluye que desde la visión constructivista, entonces el objetivo de la terapia sería articular, elaborar y revisar las construcciones con las que el cliente organiza su experiencia y sus acciones.

Construccionismo Social

El construccionismo social comienza a tomar fuerza a finales de los años 80 en Estados Unidos siendo uno de sus principales representantes en la Psicología Kenneth Gergen, profesor del Swarthmore College en Pensilvania (Elkaïm, 1996).

Este teórico plantea que tanto el yo como las emociones corresponden a un contexto relacional, es decir que se manifiestan en el terreno de las relaciones humanas y que la identidad es resultado de los intercambios entre las personas, por lo que las emociones estarían supeditadas a las relaciones sociales más que a las elecciones personales (Elkaïm, 1996)

Gergen, en su libro *Realidades y Relaciones* (1996) afirma que el conocimiento y su generación se encuentran dentro de un contexto social y cuestiona que el lenguaje pueda representar, reflejar, transmitir y almacenar el conocimiento objetivo, con lo que se hace una fuerte crítica al supuesto del conocimiento individual.

En este mismo texto Gergen plantea los supuestos que sustentan al construccionismo social:

- los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones,
- los términos y las formas por medio de las cuales conseguimos comprender el mundo y a nosotros mismos son artefactos sociales, producto de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas,
- el grado en que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social,
- la significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como este funciona dentro de pautas de relación,
- estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural, tal evaluación se hace eco en otros enclaves culturales; (Gergen, 1996).

En cuanto al impacto de estas ideas en el trabajo terapéutico, encontramos que la propuesta socioconstruccionista consiste en reemplazar las metáforas mecanicistas de la cibernética por metáforas que provienen de la teoría literaria o de la antropología posmoderna; para Gergen, el construccionismo social estaría ubicado en el posmodernismo, que se caracteriza por cuestionar conceptos como racionalidad, objetividad y progreso (Elkaïm, 1996).

Desde una postura construccionista es posible abandonar la competencia entre corrientes terapéuticas ya que éstas estarían vistas como comunidades semánticas en la que cada una posee potencial para el cambio (Gergen, 1999).

Las implicaciones del construccionismo para la práctica terapéutica van más allá de un planteamiento ecléctico; impactan directamente sobre aquellas corrientes psicológicas (que el autor denomina fundamentalistas) que manifiestan la superioridad del diagnóstico proporcionado por el profesional de la salud mental, sobre el de la cultura común. Desde una postura construccionista no existe tal visión objetiva y real o acertada ya que todo conocimiento es una construcción inmersa en una cultura. Siguiendo este orden de ideas encontramos entonces que una terapia eficaz requiere de discursos múltiples que incluyan al mismo discurso cultural (Gergen, 1999).

2. Análisis de los principios teóricos y metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica y posmoderna

2.1. Antecedentes Históricos de la Terapia Familiar

Antes de hablar de los modelos en terapia familiar como los conocemos a la fecha, se hace necesario revisar brevemente las investigaciones y los primeros trabajos que antecedieron al movimiento de terapia familiar.

De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez (2000) los primeros trabajos que se relacionaban con la práctica familiar surgen como apoyo a disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología, teniendo sus inicios en Alemania entre 1929 y 1932 con Hirschfeld y sus estudios sobre familia. Mientras tanto, en Estados Unidos en 1930, Popenoe inauguraba el *Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares* en California; Popenoe era un biólogo y genetista que inicia su incursión en la terapia familiar con el estudio social de la familia. Emily Mud fue otra de las pioneras de este movimiento al desarrollar un programa de evaluación sobre terapia familiar y al ser una de las fundadoras de la *Asociación Americana de Consejeros Matrimoniales*. Estos son algunos de los primeros profesionales de la salud mental que comenzaron a interesarse en el trabajo con familias, sin embargo, quienes tienden los cimientos de lo que hoy se conoce como terapia familiar comienzan a desarrollar su trabajo entre 1950 y 1959.

2.1.1 Precursores de la terapia familiar

John Bell: doctor en Psicología de la Universidad de Massachusetts quien trabajó con familias completas y que recopiló su experiencia en el libro *Family Group Therapy*, publicado en 1961 (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Murray Bowen: fue uno de los primeros psiquiatras que hospitalizó a familias enteras para su observación y tratamiento (Hoffman, 1987). A partir de este

trabajo desarrolla la hipótesis de que la esquizofrenia se desarrolla en tres generaciones. De acuerdo a Hoffman, las ideas más importantes de Bowen respecto a la terapia familiar son las que se refieren a la transmisión multigeneracional de las enfermedades mentales, la importancia de trabajar con la familia de origen y el concepto de "diferenciación". La principal aportación de Bowen a la terapia familiar es la referida a los triángulos en las interacciones familiares. Hoffman señala que "...una clave para el pensamiento boweiano es la idea de que si alguien puede lograr una posición más flexible en un triángulo familiar, así sea distante, esto puede tener repercusiones positivas sobre otros más cercanos, y hasta puede anular las órdenes del pasado que constriñen las relaciones en el presente" (1987, pags 39 y 40).

Bowen también desarrolló el concepto de la indiferenciada masa del ego familiar que él mismo explica como la necesidad de los miembros de la familia a permanecer juntos.

La importancia del trabajo de Bowen respecto a las interacciones triádicas se reflejó en el interés de otros terapeutas por continuar estudiando este tipo de relaciones en la familia.

Lyman Wynne: investigador psiquiátrico que estudió la esquizofrenia y la influencia de la comunicación familiar sobre este desorden. Wynne estudió las alineaciones y escisiones que ocurren al interior de la familia del paciente esquizofrénico y llegó a la conclusión de que las alineaciones no eran una verdadera intimidad sino *seudomutualidad* y las escisiones no parecían verdadera distancia sino *seudohostilidad*, Wynne concluyó que estos procesos se relacionaban con el mantenimiento de la homeostasis al interior del grupo familiar, aunque no llegó a explicar de qué manera funcionaba ésto (Hoffman, 1987).

En los escritos de Wynne también se aborda el tema de los límites en torno a la familia, describiéndolos como una barrera que a simple vista pareciera flexible pero que en realidad es rígida; a ésto lo llamó la "cerca de caucho" que resulta ser una frontera que protege a la familia de nueva información que pueda resultar en un cambio potencial (Hoffman, 1987).

Theodore Lidz: psiquiatra con formación psicoanalítica que se especializó en el tratamiento de familias de pacientes esquizofrénicos. A través del trabajo que realizó con estas familias descubrió que estas tendían a ser inestables; exploró el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia y las relaciones destructivas que éstos mantienen con sus hijos. Presentó sus trabajos en Washington en 1955, en donde encontró que había una gran similitud entre sus hallazgos y los de Jackson, Bowen, Wynne y Ackerman. En 1962 se le otorgó el cargo de miembro consultante de la revista *Family Process* fundada en ese mismo año (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Nathan Ackerman: psicoanalista que desarrolló trabajo con niños en Nueva York; los pacientes de Ackerman solían presentar serios trastornos psicológicos. Al incluir paulatinamente a la familia en el tratamiento, este analista dejó de buscar

la *verdad real de la naturaleza humana* para centrar su atención en los aspectos interpersonales de la vida familiar y a los modos en los que la conducta individual se relaciona con la unidad familiar (Minuchin, 1994).

Lynn Hoffman (1987) reconoce en Ackerman a la figura más importante del medio psiquiátrico en el noreste de los Estados Unidos; este psiquiatra utilizaba formulaciones psicodinámicas para describir su trabajo pero en la práctica sus planteamientos chocaban con toda tradición conocida. En los años treinta presentó un artículo en el que analizaba a la familia como unidad biosocial - emocional y durante los cincuenta fue de los pioneros en el análisis de familias en la clínica. De acuerdo a la autora el trabajo clínico de Ackerman evidenciaba su instinto para detectar *lo que está oculto en la maleza*, es decir aquello que el terapeuta debe cambiar. Así mismo, aprovechaba su propia persona en beneficio del cambio. El trabajo de Ackerman sentó las bases para el desarrollo del modelo estructural ya que comenzaba a ligar los síntomas con la estructura de la familia disfuncional.

De acuerdo a Hoffman (1987) Salvador Minuchin tuvo sus primeros acercamientos a la terapia familiar trabajando con Ackerman a principios de los sesenta. Salvador Minuchin, en su libro *La recuperación de la familia* (1994), describe a Ackerman como el Sancho Panza de Gregory Bateson, identificando dos maneras diferentes de ver a las familias, mientras para el primero la familia era un objeto de curiosidad científica, para el segundo "...era un conjunto de relaciones vivas con capacidad para ahogar o realzar la gama total de la experiencia humana" (Minuchin, 1994, pag.50).

Virginia Satir: en 1963 Satir aún no ingresaba al movimiento por la Educación Humana, en cambio, dirigía un proyecto de demostración de terapia familiar en el MRI. En el trabajo clínico se centraba en exponer las diferencias en la comunicación familiar, en su insistencia en que las personas aceptaran las diferencias entre ellas y su capacidad para bloquear secuencias repetitivas derivadas de roles rígidos - mártir, víctima, chivo expiatorio (Hoffman, 1987).

Carl Whitaker: es considerado como un terapeuta provocativo que se define a sí mismo como un terapeuta del absurdo. Whitaker centra su trabajo en la toma de control, basa la efectividad de sus intervenciones en lo que denomina la reacción del encuentro, estableciendo las reglas del juego que se jugará en la terapia. De acuerdo a Hoffman (1987) implícito en el trabajo clínico de Whitaker se encuentra una teoría del cambio en la que se busca romper viejas pautas de pensamiento y comportamiento.

Sánchez y Gutiérrez (2000) refiere que Whitaker tiene el crédito de haber convocado a la primera reunión del movimiento de terapia familiar; así mismo fue uno de los primeros editores de la revista *Family Process* y uno de los primeros clínicos en incorporar a la terapia la figura de los abuelos.

Milton Erikson: en 1929 completó sus estudios en Psiquiatría y Psicología interesándose en la hipnosis después de haber asistido a una demostración del psicólogo conductual Clark Hull. A partir de ese momento experimento con la

hipnosis clínica y experimental. A lo largo de su trabajo con individuos que padecían perturbaciones mentales severas, Erikson desarrolló numerosos enfoques para el manejo de esos pacientes. O'Hanlon (1993) refiere que aunque la hipnosis fue una de sus herramientas principales, de ninguna manera fue la única, ya que a partir de su trabajo con esta técnica desarrolló generalizaciones que llevaron a una concepción hipnótica de la terapia.

Hoffman (1987) afirma que el rasgo que es, tal vez, el más notable del trabajo de Erikson es el de fomentar la resistencia, técnica hipnótica que sentó las bases del desarrollo de la directiva paradójica; así mismo en su obra llama la atención el hecho de que no se centra en el pasado ni en el marco de las relaciones del problema.

Don Jackson: psiquiatra de profesión, estudió la esquizofrenia y practicó hipnosis bajo la supervisión de Sullivan; también estudió con la psicoanalista Frida Fromm-Reichman (Sánchez Gutiérrez, 2000). En su trabajo en el MRI se interesó en las secuencias comportamentales en familias que recurrentemente cambiaban y que sin embargo se encontraban entrelazadas con un síntoma. Jackson propuso que al alterar un elemento de la pauta se alterarían otros y por lo tanto también podría modificarse el síntoma. (Hoffman, 1987).

La misma autora describe el trabajo de Jackson como brillante y fundamental en cuanto al estudio de la esquizofrenia; en este sentido, en su trabajo con pacientes con este padecimiento, él buscó conformar lo que llamaría doble atadura terapéutica como principal estrategia para el cambio. Hoffman (1987) explica que en la doble atadura terapéutica el terapeuta le pide al paciente que no cambie en un contexto en el que ha acudido para cambiar; en este sentido el cambio se hace inevitable con lo que se rompe el comportamiento sintomático. Siguiendo con el trabajo de Jackson y el MRI, este plantea por primera vez junto con Yalom (Hoffman, 1987) el cuestionamiento sobre las consecuencias negativas del cambio en dos sentidos: como intervención terapéutica en la que se desafía a la familia a que pruebe al terapeuta que pueden vivir sin la queja y como consecuencias negativas en cuanto al trastorno de la familia cuando la queja se desvanece, es decir, los problemas se reemplazan con otros.

Jackson falleció en 1968, pero sus colegas del MRI siguieron desarrollando estas y otras ideas, mismas que se reflejan tanto en el modelo terapéutico (desarrollado en el siguiente apartado) como en planteamientos teóricos invaluable para el desarrollo de la terapia familiar.

2.2. Introducción a los Modelos en Terapia Familiar

Los modelos de terapia familiar como los conocemos actualmente se han desarrollado a partir de un rico marco epistemológico, incluyendo a aquellos que se sitúan dentro de los planteamientos del posmodernismo.

Carlos E. Sluzki (1982) plantea que las escuelas de terapia familiar proponen una serie de intervenciones que bien podrían parecer excluyentes, pero un análisis minucioso revela que todas ellas giran en torno a este paradigma, sin embargo varían en cuanto al foco que dan a sus intervenciones. Sluzki plantea que cada uno de los modelos que conforman el cuerpo de la terapia familiar sistémica son modelos intermedios que giran alrededor del síntoma; siguiendo este orden de ideas encontraríamos entonces que se organizarían de acuerdo al proceso, estructura, y visión o mapas del mundo. Por lo tanto, la diferencia sustancial entre cada uno de estos modelos intermedios radicaría en la postura desde la que se aborda el síntoma.

Los modelos que enfatizan el proceso afirman que los síntomas, problemas o conflictos se sostienen por patrones recursivos de conducta, es decir, son parte de secuencias interpersonales que tienden a perpetuarse por sí mismos.

Los terapeutas que se guían por la estructura exploran los indicadores de manejo de límites para de esta manera inferir las características de las reglas que guían ese manejo en términos de información y control. Desde este modelo intermedio el comportamiento sintomático contribuye a mantener reglas interaccionales que se expresan en términos de manejo de límites y, dialécticamente los estereotipos acerca de los límites contribuyen a mantener el comportamiento sintomático.

El tercer modelo intermedio se centra en mapas o visiones del mundo. Desde esta perspectiva se considera que cada uno de nosotros posee mapas del mundo que organizan la realidad y guían nuestro comportamiento. La terapia que retoma este tercer foco, considera que la conducta sintomática se incorpora rápidamente a la realidad familiar e incide en la definición de roles.

Sluzki (1982) señala que la intervención desde cualquiera de estas perspectivas impacta a las demás, es decir, al modificar las interacciones se modifican necesariamente las jerarquías y estructuras familiares y la visión del mundo. De esta manera, cada cambio sistémico puede discutirse en términos de interacciones, estructura y visión del mundo.

Sin embargo, el paradigma cibernético ha sido cuestionado por los nuevos representantes de la terapia familiar. De esta manera encontramos que Gergen señala que los modelos basados en dicho paradigma resultan mecanicistas y propone abordar la construcción del mundo desde el lenguaje, un mundo en el que cabe una infinidad de realidades, cada una de ellas válidas, ubicando a los nuevos desarrollos terapéuticos dentro del posmodernismo.

De manera intermedia encontramos a la terapia narrativa, que se desarrolla desde el planteamiento pos estructuralista que plantea el cuestionamiento de las verdades absolutas. La terapia narrativa propone la analogía del texto como forma de entender el proceso terapéutico, y desde esta analogía es que plantea sus

intervenciones. A diferencia de los modelos intermedios ya abordados, el modelo narrativo no explica la conducta o el síntoma, más bien habla de historias saturadas del problema en las que las personas se vuelven vulnerables a nuevas dificultades determinadas por una historia dominante; desde esta perspectiva se trabaja con las historias, no con los problemas.

Paradigma o Supuesto Epistemológico	Foco	Elementos significativos	Abordaje del síntoma	Modelo
Paradigma Cibernético	Proceso	Secuencias interaccionales	Las conductas sintomáticas se explican a partir de patrones de conducta recursivos	MRI, TBCS
Paradigma Cibernético	Estructura	Límites y jerarquías	El comportamiento sintomático contribuye a mantener reglas interaccionales que se expresan en términos de manejo de límites	Modelo Estructural, Modelo de Terapia Estratégica
Paradigma Cibernético	Mapas o visión del mundo	Símbolos, historias, ideologías, mitos	La conducta sintomática se incorpora rápidamente a la realidad familiar e incide en la definición de roles.	Modelo del Grupo de Milán
Pos-estructuralismo	Analogía del texto	Texto, historia, contexto	No se habla del síntoma sino de historias saturadas del problema en las que las personas se vuelven vulnerables a nuevas dificultades determinadas por una historia dominante	Terapia Narrativa

Modelo Estructural

Autores representativos: Salvador Minuchin, Braulio Montalvo y H, Charles Fishman

Este modelo es el cuerpo de teoría y técnica que estudian al individuo en su contexto social.

Antecedentes

- El trabajo de Murray Bowen con familias completas de pacientes esquizofrénicos para estudiar a la familia como factor etiológico (Minuchin, 1995)
- El trabajo de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en una correccional para menores en Nueva York, en donde observaron que los menores rehabilitados (procedentes de familias de escasos recursos) recaían al entrar nuevamente en contacto con la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000)
- El trabajo de la *Philadelphia Child Guidance Clinic* dirigida por Minuchin y en la que participaron Jay Haley y Braulio Montalvo en donde se desarrollaron nuevos modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicossomáticos en el niño (Minuchin, 1995)

Principios

- El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste en secuencias repetidas de interacción; el individuo puede ser considerado como un subsistema o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.
- Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros.
- Se centra en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. (Minuchin, 1995)
- Se plantea que la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales (operaciones repetidas); estas pautas regulan las conductas de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción:
 - a) Genérico: implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar
 - b) Idiosincrático: implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas; los individuos son subsistemas al interior de la familia, las diadas también pueden ser subsistemas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Uno de los parámetros de organización son los límites, que en un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema y/o subsistema.

Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea funciones específicas a sus miembros. El desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Estos límites pueden ser claros, difusos o rígidos (Minuchin, 1995).

Dentro del sistema familiar existen tres subsistemas (u holones) que poseen significación particular (Minuchin y Fishman, 1998):

- Subsistema conyugal: se forma cuando dos adultos de diferente sexo se unen con la intención de formar una familia; las principales cualidades que se requieren para implementar tareas en este subsistema son la complementariedad y la acomodación mutua. Este sistema debe protegerse de la interferencia de otros sistemas marcando límites.
- Subsistema parental: se conforma a partir del nacimiento del primer hijo; a partir de este momento el subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar tareas de socializar un hijo sin renunciar al apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal. Conforme los hijos crecen, este subsistema debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de socialización.
- Subsistema fraterno: este subsistema es el primero en el que un niño participa en un grupo de iguales; en este contexto los hijos se apoyan entre sí, se atacan y aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir. Van tomando diferentes posiciones dentro de este subsistema lo que deriva en que durante este proceso se promueva tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad, vivenciada en el acto de optar por una alternativa dentro de un sistema.

La familia es un sistema dinámico que se encuentra en un proceso continuo de cambio, evoluciona con el tiempo. Es importante determinar el estadio de desarrollo de una familia ya que esto permite al terapeuta establecer un vínculo entre dicho estadio y las metas terapéuticas. El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente; hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también períodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto: La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas (Minuchin y Fishman, 1998).

Las cuatro etapas principales de acuerdo a los autores son:

- a) Formación de pareja
- b) Familia con hijos pequeños
- c) Familia con hijos en edad escolar o adolescente
- d) Familia con hijos adultos

Objetivos

- El terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, a través del uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia: el terapeuta recurre a la matriz de la familia para el proceso de curación. La familia, al modificarse, ofrece a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas ante sus circunstancias. La nueva organización permite un continuo refuerzo de la nueva experiencia, lo que proporciona una validación del nuevo sentido de sí.
- El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar, el terapeuta se asocia a este sistema y utiliza su persona para transformarla.
- La terapia familiar basada en este marco de referencia tiene por objetivo modificar la organización de la familia: cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros de ese grupo, como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo.

(Minuchin, 1995)

Técnicas y estrategias de intervención

La terapia estructural de familia encara el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas.

Este tipo de terapia recurre a técnicas que alternan el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian; al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva.

Existen tres estrategias de terapia estructural dirigidas a diferentes áreas (Minuchin y Fishman, 1998):

- *Reencuadramiento*: tiene por objetivo el cuestionamiento del síntoma. Las técnicas que se utilizan en este rubro pretenden demostrarle a la familia que el mapa de la realidad que conocen se puede modificar y/o ampliar; estas técnicas son la *escenificación*, *enfoque e intensidad*.
- *Reestructuración*: tiene como propósito el cuestionamiento de la estructura familiar, especialmente en cuanto a los subsistemas se refiere; este cuestionamiento puede realizarse a través de tres técnicas, *fijación de fronteras* (destinado a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas), *desequilibrio* (modifica la jerarquía dentro de un subsistema), *complementariedad* (cuestiona la idea de jerarquía lineal).
- *Realidades*: las técnicas utilizadas en este rubro tienen por objetivo cuestionar la realidad familiar, y se sustenta en el supuesto de que cualquier modificación en la estructura o en la realidad de la familia modificara la percepción que tienen del mundo, y viceversa. Para este fin se puede recurrir a *construcciones*, *paradojas* y *lados fuertes*.

Modelo de Terapia Estratégica
Autores representativos : Jay Haley y Cloé Madanes.

Antecedentes

- Los planteamientos de Milton H. Erickson quien enfatizaba la importancia de la idiosincrasia de cada familia y de no patologizar o etiquetar las conductas; la terapia estratégica es el desarrollo moderno de un planteamiento sistémico y ericksoniano de la psicoterapia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- El trabajo de Jay Haley con Bateson y Jackson, en el cual desarrollan la teoría del doble vínculo que se expone en el artículo *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, publicado en 1956 (Wittezae y García, 1994).
- Las investigaciones desarrolladas por Haley bajo el auspicio del MRI que tenían por objetivo establecer una tipología familiar (Wittezae y García, 1994).
- La colaboración entre Haley y Salvador Minuchin en Filadelfia, después de la cual Haley incorpora elementos del modelo estructural, haciendo énfasis en la jerarquía (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Principios

- Las secuencias repetitivas revelan y reflejan la forma: por lo general, se considera que los síntomas cumplen una función en la familia y aportan información metafórica sobre la disfunción jerárquica (Cade, 1995).
- Los síntomas se consideran una comunicación metafórica sobre un problema más importante y una solución disfuncional de ese problema (Haley, 1999).
- Los síntomas son también un signo de un sistema en el cual el ordenamiento jerárquico es constantemente ambiguo o bien involucra coaliciones reiteradas que cruzan los límites generacionales u organizacionales (Haley, 1999).

Objetivos

- Cambiar la perspectiva que tienen los pacientes sobre sus problemas o síntomas (Haley, 1999).
- Solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente haciendo hincapié en la importancia de encarar cada problema con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica (Haley, 1999).
- Ayudar a los pacientes a superar las crisis que presentan, sin intentar modificar la psicodinámica o la estructura familiar; no se tocan sentimientos o emociones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Técnicas y estrategias de intervención

Para Haley, resulta importante considerar que se puede recurrir a cualquier aproximación terapéutica ya que no se trata de un modelo rígido; la decisión del modelo a aplicar dependerá de las características de la familia con la que se va a trabajar (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En este modelo los siguientes puntos son de suma importancia (Haley, 1999)

- Identificar problemas resolubles
- Establecer metas

- Diseñar intervenciones
- Examinar el resultado de la terapia

Para la primera entrevista se considera importante que asista toda la familia, durante ésta se busca que se defina con claridad el problema; para Haley es de suma importancia el primer encuentro con la familia ya que de esto dependerá el éxito del tratamiento, por eso propone en la primera cita observar los movimientos de la familia y a quién proponen como paciente identificado. Las intervenciones iniciales de este modelo están bien definidas y contemplan las siguientes escenas (Haley, 1999):

- Escena social: contempla el primer acercamiento de la familia y el terapeuta.
- Escena del problema: se le pide a cada miembro de la familia que opine acerca del problema, indicando quién debe hablar primero y quién después.
- Escena de la interacción: se le solicita a la familia que interactúe; en esta etapa se observan las alianzas y coaliciones para establecer futuras intervenciones.
- Escena de los objetivos: se definen claramente los objetivos del tratamiento.
- En cuanto a las técnicas terapéuticas éstas son procedimientos que tienen como objetivo modificar estructuras de organización inadecuadas, con el fin de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema (Haley, 1999).

Haley señala la importancia de la utilización de directivas en el modelo estratégico ya que éstas se emplean para intensificar la relación entre paciente y terapeuta y para modificar las secuencias que tienen lugar dentro de la familia. El autor señala que existen dos tipos de directivas: las que le indican a alguien que deje de hacer algo y las que le indican que haga algo diferente. En el modelo de terapia estratégica se utilizan las del segundo tipo. Para impartir una directiva se deben considerar los siguientes aspectos (Haley, 1999):

- *Precisión*: las instrucciones deben ser claras e impartirse abiertamente
- *Participación total*: que todos los miembros de la familia intervengan en la tarea
- *Revisión de la tarea*: debe repasarse con la familia la tarea para asegurar que esta quedó clara y que no hay inconvenientes para su realización.
- *Solicitar informe de la tarea*: Debe haber un seguimiento de las tareas ya que esto también proporciona información acerca de las interacciones que tienen lugar en la familia (pueden cumplirla al pie de la letra, modificarla o no cumplirla).

Otro tipo de directivas o intervenciones son (Haley, 1999):

- *Tareas metafóricas*: se emplean cuando la familia está más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de ella.

- *Tareas paradójicas*: se emplean cuando el terapeuta quiere que la familia se resista y de ese modo cambie. Se pueden utilizar paradojas que involucren a toda la familia o a un solo miembro de ésta. Las etapas del enfoque paradójico son:
 1. Establecer una relación tendiente a provocar el cambio
 2. Definir claramente el problema
 3. Fijar objetivos claros
 4. Ofrecer un plan, dar una explicación lógica que haga razonable la directiva paradójica.
 5. Descalificar diplomáticamente a quien es considerado autoridad en la materia (p.e. la madre)
 6. Impartir la directiva
 7. Observar la reacción y alentar el comportamiento usual
 8. Mostrarse perplejo ante la mejoría

Modelo de Terapia Breve (MRI)

Autores representativos: D. J.H. Weakland, Watzlawick y R. Fisch,

El modelo MRI centra su interés en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera efectiva problemas humanos persistentes.

Antecedentes

- Las investigaciones sobre comunicación que había desarrollado Bateson hasta 1951 en las que aborda, entre otras líneas de investigación, el planteamiento de las paradojas en la comunicación humana (Hoffman, 1987).
- El *Proyecto Bateson* que se desarrolla en Palo Alto y en el que colaboran Haley, Fry, Weakland y Jackson (1952 a 1962); fruto de este trabajo es el artículo *Hacia una teoría de la esquizofrenia* que se publica en 1956 en el que se comienza a delinear análisis interaccional del contexto familiar (Witzeaele y García, 1994).
- La creación del Mental Research Institute por Don Jackson en 1958 y en el que colaboraron inicialmente Jules Riskin y Virginia Satir (Witzeaele y García, 1994).
- El trabajo de Don Jackson quien insiste sobre la importancia de las reglas de intercambio que se instauran en las relaciones interpersonales y su insistencia en abandonar el concepto de normalidad (Witzeaele y García, 1994).
- El trabajo de Don Jackson sobre esquizofrenia y la doble atadura terapéutica (Hoffman, 1987).
- Las investigaciones sobre la pragmática de la comunicación que son continuación del trabajo de Bateson; a este trabajo se abocan Watzlawick, Jackson y Beavin generando la Teoría de la Comunicación Humana (Witzeaele y García, 1994).
- La terapia hipnótica breve de Milton Erickson y el encuentro de este con Haley y Weakland a partir del cual se desarrolla la teoría del cambio (Witzeaele y García, 1994).

Principios

- El punto de vista cibernético- sistémico (las ideas de la cibernética de primero y segundo orden): la comprensión de cualquier segmento determinado de conducta mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio y en funcionamiento efectivo que comporta la organización generalizada de retroalimentación y de refuerzo recíproco (Sánchez y Gutiérrez, 2000)
- Centrarse en el presente, no en el pasado
- Los problemas consisten en una conducta presente indeseada
- Identificar claramente la conducta problemática.
- La queja es el problema, no un síntoma
- Las soluciones ensayadas mantienen el problema: un problema se construye a través de dificultades en el tiempo y se mantiene debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos, por lo que el terapeuta deberá romper esos patrones de intentos de solución.
- Enfoque interaccional: este modelo supone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la familia influirá en la conducta de los demás miembros de la unidad (Fisch, Weakland y Seagal, 1988).

Objetivo

Identificar el mínimo cambio necesario (girar 180°) para solucionar el problema actual en vez de pretender reestructurar familias enteras (Fisch, Weakland y Seagal, 1988)

Identificar las secuencias que mantienen el problema para así poder introducir el opuesto, es decir, generar el cambio.

Estrategias e intervenciones

Antes de pasar a las estrategias e intervenciones que se plantean en el modelo MRI se hace necesario hablar sobre la capacidad de maniobra del terapeuta. Para Fisch, Weakland y Seagal (1988), la capacidad de maniobra del terapeuta no es otra cosa sino la capacidad de "poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento (...) la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos que se presenten" (pag. 39) La capacidad de maniobra permitirá al terapeuta cambiar el curso de la terapia a medida que avanza el tratamiento. Para conservar esta capacidad de maniobra se deberán considerar los siguientes puntos (Fisch, Weakland y Seagal, 1988):

- Oportunidad y ritmo: modificar la postura o estrategia oportunamente, adaptándose a la respuesta del paciente.
- Tomarse el tiempo necesario: el terapeuta debe tomar su tiempo para pensar y planificar cada sesión.
- Uso del lenguaje condicional: el lenguaje condicional permite al terapeuta no asumir posturas comprometidas.
- Actitud igualitaria: es la manera más segura de evitar una actitud de superioridad y de anular la tendencia del paciente a contemplar al terapeuta desde una posición de inferioridad.

- Sesiones individuales y conjuntas: permite al terapeuta evaluar la necesidad de realizar tanto sesiones individuales, como sesiones en las que participe la familia.

- **Entrevista Inicial:**

El objetivo de la entrevista inicial es el de recoger información adecuada sobre los factores que se consideran esenciales en cada caso. Se deben contemplar los siguientes aspectos (Fisch, Weakland y Seagal, 1988):

- Naturaleza del problema
- Cómo se está afrontando el problemas
- Objetivos mínimos del cliente
- Actitud y lenguaje del cliente

Se entiende por información adecuada aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta (Fisch, Weakland y Seagal, 1988).

Es importante establecer la postura del paciente, es decir la inclinación de los pacientes que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del tratamiento (es decir el contexto, valores y creencias, etc). Existen dos tipos de posturas en relación al problema con las que una persona llega al tratamiento, el cliente es el individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta; el paciente es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada (Fisch, Weakland y Seagal, 1988).

Intervenciones principales y generales

En cuanto a las intervenciones del modelo MRI, Lynn Hoffman señala que una de las grandes contribuciones de este modelos consiste en la utilización de intervenciones paradójicas para abordar problemas que se encuentran sustentados en secuencias autopertuadoras (Hoffman, 1987).

En este enfoque se utilizan dos grandes categorías de intervenciones que pueden parecer complejas por esto señalan que en los casos en los que sea posible dar una intervención directa esto se debe hacer. Sin embargo, cuando esto no es posible se hace necesario recurrir a las intervenciones indirectas (Fisch, Weakland y Segal, 1988) Con este fin los autores plantean intervenciones planificadas que se dividen en dos grandes grupos, principales y generales :

Principales.

Estas se utilizan después de haber recogido datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta.

1. **Forzar lo que sólo puede ocurrir espontáneamente:** se utiliza principalmente en casos de disfunción sexual ya que es posible llegar a la solución cuando el paciente renuncia a los intentos de coacción y deja de esforzarse para que ocurra un cambio deseado. Ejemplo: se prescribe el síntoma, es decir, se le solicita al paciente que presente impotencia.

2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: Se utiliza en el tratamiento de fobias, timidez y bloqueos; se prescribe una tarea de tal forma que las instrucciones hagan que la tarea sea imposible de cumplir. Ejemplo: en el caso de una fobia hacia cualquier animal se le pide al paciente enfrentar el temor concentrándose en sus reacciones.
3. Intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición: problemas conyugales, conflictos entre padres e hijos, por ejemplo. La intervención consiste en indicar al paciente que se coloque en una posición de inferioridad a fin de romper el patrón de la solución ensayada, que consiste en querer imponer una posición de superioridad. Ejemplo: en una relación conflictiva entre un adolescente y sus padres se les solicita a estos últimos que muestren reacciones imprevisibles ante la conducta de su hijo.
4. Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: la estrategia consiste en lograr que quien solicita algo lo haga de manera directa, aunque la solicitud se formule de manera arbitraria. Ejemplo: en el caso de una pareja con fuertes conflictos se les enseña a comunicarse en forma directa.
5. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la auto defensa: la técnica utilizada consiste en romper el juego entre el acusador y el defensor mediante entrevistas con el defensor en las que se le solicita acciones unilaterales ya que es el acusador el que está mal. Otra versión es la interferencia que tiene como objetivo reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión. Ejemplo: en el caso de una pareja en donde uno de los cónyuges acusa al otro de beber demasiado, se le solicita al acusado que actúe de tal forma que el acusador no pueda decir cuándo ha bebido o no con lo que se le permite tomar control de la situación.

Generales.

Éstas se utilizan cuando el terapeuta desea comunicar una postura de tipo general para posteriormente indicar una intervención más específica, es decir, poseen un cambio de aplicación más amplio (Fisch, Weakland y Seagal, 1988).

1. No apresurarse: Indicarle al paciente que el cambio no es rápido para protegerlo ante una posible recaída, con intervenciones que justifiquen el no ir de prisa.
2. Peligros de una mejoría: cuando el paciente muestra resistencia se le cuestiona si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros que traería consigo una mejoría.

3. Cambio de estrategia: en el momento en que el tratamiento se estanca el terapeuta opta por cambiar su estrategia.
Como empeorar el problema: cuestionar al paciente acerca de cómo podría ser peor el

Modelo de Terapia Centrada en Soluciones
Autores representativos: Steve De Shazer

Antecedentes

- De Shazer desarrolló un modelo del cambio en gran parte fundamentado en el estudio de la obra de Milton Erikson (De Shazer, 1986); él estudió su trabajo desde la postura estructuralista en un primer momento, y desde la postura pos estructuralista posteriormente (De Shazer, 1999).
- El análisis del lenguaje y de los textos que De Shazer realiza, primero basándose en una perspectiva estructuralista (en la que retoma entre otros autores a Lacan) y posteriormente tomando como marco de referencia al posestructuralismo y el planteamiento sobre la importancia del lenguaje en la construcción de la realidad que postula esta escuela de pensamiento (De Shazer, 1999).
- El modelo de terapia breve desarrollado por el MRI orientado hacia metas, que De Shazer trabajó para ampliarlo hacia personas con metas mutuamente excluyentes (De Shazer, 1989).
- El trabajo de Jay Haley y Thomas Szaz en el sentido de tratar a las personas como normales, lo que facilita que actúen de manera normal (O'Hanlon y Weiner-Davies, 1997).
- El trabajo de Haley y Richard Rabkin sobre la negociabilidad del problema (O'Hanlon y Weiner-Davies, 1997).
- Las ideas de Bandler y Grinder sobre la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado (O'Hanlon y Weiner-Davies, 1997).
- El trabajo desarrollado en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee, en el que colaboraron entre otros, Michele Weiner-Davies; en este Centro el equipo de trabajo pasó de centrarse en el patrón de interacción alrededor de la queja a identificar y amplificar secuencias de solución. En el BFTC se gestó la declaración de muerte de la resistencia, a partir de esta declaración los terapeutas asumieron que los clientes realmente desean cambiar (O'Hanlon y Weiner-Davies, 1997).

Principios

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas
- El cambio es constante
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio

- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla
- Un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema
- Los clientes definen los objetivos
- El cambio o resolución de problemas pueden ser rápidos
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable

En el enfoque de soluciones el proceso de entrevista no es sólo una herramienta para recopilar información acerca del motivo de consulta; en este enfoque se considera a la entrevista como un medio para influir en la percepción del problema del cliente y por lo tanto se centrará en los lados fuertes y habilidades con las que cuenta quien solicita el servicio (O'Hanlon y Weiner - Davis).

El modelo de soluciones parte de que desde la primera entrevista el terapeuta debe negociar con el cliente el establecimiento de un problema soluble o incluso establecer que el mismo no existe (O'Hanlon y Weiner - Davis).

El enfoque de soluciones da gran importancia a la utilización del lenguaje (lo que han denominado conversación para el cambio). O' Hanlon afirma que *"la utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable"* (O' Hanlon y Weiner - Davis, pag.72).

Objetivo

- Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática
- Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática (recordar a las personas sus recursos y fomentarlos).

Técnicas y estrategias de intervención

Se considera al proceso de la entrevista como intervención ya que el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones pueden lograr que los clientes experimenten cambios importantes en la forma de ver su situación (O'Hanlon y Weiner Davis, 1997).

Las preguntas que se generan durante la entrevista pueden estar diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace de su situación; otras pueden estar diseñadas para construir soluciones y crear expectativas de cambio(O'Hanlon y Weiner Davis, 1997).

Este enfoque da gran importancia a la primera entrevista, por lo que los autores consideran que deben cubrirse los siguientes aspectos (O'Hanlon y Weiner Davis, 1997):

- El objetivo es centrar la atención del cliente en excepciones, soluciones y recursos; posteriormente se normalizan las experiencias y después se definen objetivos.
- *Unión*: el objetivo de este período es mostrar un interés genuino por los clientes y ayudarles a sentirse cómodos, se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo.
- *Breve descripción del problema*: se da una breve descripción del problema para continuar con una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema.
- *Excepciones al problema*: estas ofrecen información acerca de lo que se necesita para resolver el problema; al preguntar por las excepciones no sólo se intenta redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona sino también orientarles respecto a lo que el terapeuta considera que es importante saber. Un ejemplo de excepciones al patrón problema es el cambio pre tratamiento. Posteriormente se generan preguntas presuposicionales para obtener información sobre las excepciones.
- *Normalizar y despatologizar el problema*: es importante considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal o cotidiano en vez de algo psicológico o patológico; esta normalización de la conducta puede realizarse poniendo la situación en un marco de referencia cotidiano.
- *Definición de objetivos*: se parte de plantear cambios pequeños y concretos, de ser posible cosas observables.
- *Pausas*: sirven como un marcador de contexto, permiten al terapeuta subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen; al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente; es un resumen de las cosas bien hechas y de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, una prescripción o tarea.
- *Elogios*: se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas; al proporcionar el feedback el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problema. En este punto se pueden utilizar las reestructuraciones o connotaciones positivas a través de atribuir intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.
- *Regreso al futuro, preguntas de avance rápido*: cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las cuales sacar partido, el paso siguiente es pedir al cliente que imagine un futuro sin el problema y describa cómo es.
- *Preguntar sobre el problema*: el objetivo es reunir información detallada sobre el tema; nos interesa información específica .

- *Buscar recursos y soluciones como más de lo mismo:* es importante observar la respuesta de la gente y modificar en consecuencia nuestras acciones si es necesario; no tener una actitud rígida con respecto a la búsqueda de excepciones y el énfasis en lo positivo. A veces es necesario cambiar de dirección y centrarse en el problema (O'Hanlon y Weiner Davis, 1997).

Como parte de la entrevista, este modelo otorga un gran peso a las preguntas, especialmente a aquellas denominadas presuposicionales. Los tipos de preguntas utilizados son (O'Hanlon y Weiner Davis, 1997):

1. Preguntas de encuadre (Lipchik y De Shazer, en O'Hanlon y Weiner Davis, 1997) *Preguntas diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace actualmente de la situación.*
2. Preguntas orientadas al futuro o preguntas constructivas (Lipchik y De Shazer, en O'Hanlon y Weiner Davis, 1997) *Preguntas diseñadas para construir soluciones y crear la expectativa de cambio, introduciendo nueva información en el sistema.*
3. Preguntas presuposicionales (Hudson O'Hanlon y Weiner Davis, 1997) Están diseñadas para funcionar como intervenciones. Encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen. Al contestar estas preguntas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable.
4. Preguntas presuposicionales referente a las excepciones (O'Hanlon y Davis, 1997) Al preguntar sobre las excepciones, no sólo intentamos redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante sobre y hablar en terapia. Estas preguntas se pueden estructurar según las siguientes categorías:

¿Qué es diferente en las ocasiones en que...?

¿Cómo conseguiste que sucediera?

¿De qué manera el que (haya sucedido la excepción) hace que las cosas vayan de otra manera?

¿Quién más advirtió que...? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta?

¿Cómo lograste que dejara de...? ¿Cómo conseguiste que terminara...?

¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace...?

¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones...?

¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo la resolviste entonces...?

5. Preguntas de avance rápido (Weiner y Davis, 1997) Cuando no se pueden recordar excepciones y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y que describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución.

6. Pregunta de la escala (Centro de Terapia Familiar Breve) Consiste en pedir a los clientes que valoren sobre una escala del 1 al 10, su situación antes de venir a terapia. Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Finalmente se les pregunta en que lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos. La tercera pregunta proporciona a los clientes la oportunidad de reconocer que las cosas no tienen que ser perfectas para ser satisfactorias.

Las intervenciones que se utilizan son las siguientes (Hudson O'Hanlon y Weiner Davis, 1997):

- *Intervención sobre el patrón de la queja:* se introduce alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja (cambiar la frecuencia o tasa de la queja, cambiar el tiempo de ejecución, cambiar la duración de la queja, cambiar el lugar en el que se produce la queja, añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja, descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños, unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa)
- *Intervención sobre el patrón de contexto:* se consigue alterando las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a la queja, esto tiene que ver con modificar patrones que no tienen que ver directamente con la queja.
- *Tarea de fórmula de la primera sesión:* se le solicita a los clientes que busquen aquellos acontecimientos positivos que están sucediendo en la actualidad y que les gustaría mantener.
- *Tarea de la sorpresa:* se solicita a los clientes que hagan algo que sorprenda al otro (o a la familia) pero manteniéndolo en secreto de forma que durante la siguiente sesión la otra parte (sea la familia o la pareja) tendrán que describir de que manera fueron sorprendidos.
- *Tareas genérica:* consiste en solicitarle al cliente que observe todas aquellas cosas que hace para sentirse mejor en relación a la quejas (*¿qué cosas haces que te hacen sentir menos nerviosa?*)
- *Pregunta del milagro:* se le pide al cliente que imagine que mientras duerme se produce un milagro, el milagro consiste en que la queja desaparece mágicamente, entonces se le pide que describa como serían las cosas diferentes después del milagro.

Modelo del Grupo de Milán

Autores representativos: Mara Selvini Palazolli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guiliana Prata.

Antecedentes

- Este modelo nace a partir de la iniciativa de Selvini, Boscolo y Cecchin quienes fundaron un grupo que se planteaba como objetivo el tratamiento de niños gravemente perturbados, pero con un enfoque psicoanalítico. Después de reiterados fracasos es que el grupo decide experimentar con el enfoque sistémico (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- Las ideas de Gregory Bateson y los estudios desarrollados por el grupo de Palo Alto en cuanto a comunicación paradójica en la familia (Hoffman, 1987).
- El concepto de familia como sistema donde el comportamiento sintomático es mantenido bajo patrones de homeostasis, que adoptan de las ideas de Watzlawick, Beavin y Jackson (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- La cibernética de segundo orden de Varela y Maturana (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Principios

- El enfoque sistémico que exige "abandonar y comprender que el enemigo al que debe atacar el clínico no es ningún miembro de la familia y ni siquiera la propia familia mal funcionante, sino lo que ellos llaman el juego familiar" (Hoffman, 1987, pag. 269).
- Hipotetizar: la hipótesis es descrita como el elemento organizador de la información que servirá al terapeuta para guiar su trabajo durante la sesión; una hipótesis debe incluir a todos los miembros de la familia y puede modificarse con la información de cada sesión (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- Circularidad: la capacidad del terapeuta para conducir su intervención sobre la base de la retroalimentación de la familia, con esto el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- Neutralidad: se refiere al efecto pragmático que tiene el terapeuta sobre la familia, se trata de adoptar varias posiciones, más no de no adoptar ninguna, se refiere, en palabras de los autores, a esforzarse en no ser inducido por el sistema familiar (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- Inclusión de otros profesionales (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- Inclusión del sistema de observación (equipo) (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- El sistema no crea al sistema, el sistema crea al problema (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- El síntoma es un modo de bloquear o contener las fuerzas desencadenadas por intensificaciones negativas y por lo tanto puede decirse que actúa en beneficio de la totalidad del grupo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

- El incumplimiento de una directiva no se interpreta como una "maniobra" tendiente a derrotar al equipo de terapia sino como un nuevo testimonio del modo en que funciona el sistema familiar (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- Las preguntas se deben integrar a la totalidad del proceso exploratorio en la esperanza de clarificar la problemática (frotar para que aparezca la imagen) (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Objetivo

El objetivo principal de las intervenciones del grupo de Milán consiste en preservar la cohesión del grupo familiar para que de esta forma el terapeuta pueda ser aceptado por el mismo; así mismo, se busca enfatizar la conducta patológica de la familia con el objetivo de motivar el cambio (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Técnicas y estrategias de intervención

La estructura de las sesiones de acuerdo a este modelo es la siguiente (Sánchez y Gutiérrez, 2000):

- Presesión: el terapeuta prepara información para el trabajo en sesión
- Sesión: Durante esta el terapeuta realiza interrogatorio circular y el equipo hace comentarios y preguntas para la familia
- Discusión de la sesión: el terapeuta junto con los expertos, determina las conclusiones y las intervenciones
- Prescripción de la tarea: el terapeuta da a la familia instrucciones sobre lo que tendrán que hacer en casa
- Discusión sobre la reacción de la familia ante las prescripciones y los comentarios del equipo: esta discusión tiene lugar una vez que la familia se ha retirado y se da entre el equipo y el terapeuta.

Intervenciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000):

- *Connotación positiva*: el terapeuta califica como positivo el comportamiento sintomático con el objetivo de preservar la cohesión del grupo familiar lo que permite al terapeuta ser aceptado por la familia al no desafiar ninguna posición de conducta
- *Prescripción paradójica*: el síntoma, al que se ha definido como esencial para la estabilidad de la familia (a través de la connotación positiva) se prescribe al paciente, mientras que se invita al resto de la familia a persistir en sus modalidades de conducta habituales; el terapeuta al prescribir el síntoma, lo rechaza como tal, pero o prescribe como el algo que el paciente ha estado haciendo de manera espontánea que ahora ya no estará en condiciones de hacer, por lo que la única forma de escapar será rebelándose contra el terapeuta, es decir, abandonando el síntoma.
- *Rituales familiares*: un ritual familiar es una acción o serie de acciones acompañadas de fórmulas verbales en las que están obligados a participar

todos los miembros de la familia; el ritual debe consistir en una secuencia regular de actos realizados según modalidades específicas de tiempo y lugar. El fin primario del ritual familiar es el de curar al paciente asignando al grupo una tarea común: la ejecución del ritual. El ritual familiar resulta ser entonces una prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas sustituyen tácitamente a las precedentes. Los rituales diseñados para una familia no deberán aplicarse a otra, ya que deben diseñarse de acuerdo a los juegos y mitos específicos de cada grupo familiar.

Interrogatorio circular (Sánchez y Gutiérrez, 2000): se define como la capacidad del terapeuta para visualizar el problema familiar, así como para ampliar el enfoque del problema presentado por el paciente identificado a través de la retroalimentación de todos los miembros de la familia, de las percepciones individuales en forma circular y sistémica. El cuestionamiento de las preguntas circulares, durante la interacción terapéutica, estará dirigido a cada miembro de la familia. El interrogatorio circular se divide en las siguientes características:

1. Diferencias en la percepción de las relaciones
2. Diferencias de grado
3. Diferencias ahora y entonces
4. Diferencias hipotéticas en el futuro

Modelo Post-Milán

En 1978, la publicación del artículo *Elaboración de hipótesis, circularidad, neutralidad* coincide con la creación de una escuela de terapia familiar y con esta, comienza el alejamiento entre Boscolo y Cecchin y entre Selvini Palazzoli y Prata. Mientras los primeros se enfocan a la formación de terapeutas, las segundas continúan con los planteamientos de investigación que dieron origen al Grupo de Milán. Hasta finales de 1980 ambos equipos continuaron colaborando para finalmente formalizar la separación. En septiembre de 1982 Selvini y Prata deciden trasladarse a Viale Vittorio Veneto haciendo formal la separación del grupo ((Selvini, 1990).

Con la separación del grupo, los Asociados de Milán ampliaron su orientación terapéutica, pasando del trabajo con familias al trabajo con instituciones más vastas, generando conceptos como el de sistemas significantes en los que incluyeron a todas aquellas unidades involucradas en el intento de aliviar los problemas que constituyen el motivo de consulta (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

El principio básico del planteamiento del grupo Post Milán consiste en mostrar a la familia todas las posibles soluciones a la problemática permitiendo que sea el grupo familiar el que escoja la más conveniente y apoyando esta decisión (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En el trabajo del grupo Post Milán terapeutas, co terapeutas y familia interactúan como un mismo sistema, por lo que la participación de co terapeutas es más libre que en el primer tiempo del Modelo Milán. En el trabajo del modelo Post-Milán se

plantea que el equipo terapéutico participe en la conversación terapéutica (Sánchez y Gutiérrez,2000); a este modo de trabajo le dio continuidad Tom Andersen, quien conoció de cerca el trabajo de Cecchin y Boscolo (Andersen, 1994).

Breve Introducción a los Modelos Posmodernos

Como ya se ha mencionado en el apartado sobre epistemología, la irrupción de lo que conocemos como posmodernismo ha impactado directamente al desarrollo del cuerpo teórico y práctico de la terapia familiar. Por esta razón, antes de abordar las principales características de la Terapia Narrativa (uno de los modelos enmarcados en lo que se conoce como terapias posmodernas) se hace necesario hablar sobre el posmodernismo.

El posmodernismo surge en primer lugar como un cuestionamiento a los cánones de la estética y se difunde ampliamente en el mundo del arte; algunos autores manifiestan que el posmodernismo en el arte marca el abandono de cualquier exigencia crítica y la entrada de influencias eclécticas, así como la pérdida de la fe en las corrientes estilísticas. Esto se refleja en una libertad total de creación para el artista, quien ahora podrá expresarse de la manera que deseé (Picó, 1998).

El posmodernismo se extiende de la cultura a las ciencias sociales, convirtiéndose en una crítica a los planteamientos del modernismo. El modernismo se cimentaba en el racionalismo y difundía el inminente triunfo de la verdad y el progreso, se presentaba a sí mismo como el proceso emancipador de la humanidad. "La crisis del proyecto de la modernidad supone, al mismo tiempo, una crisis de las teorías críticas de la sociedad y la cultura, que han cuestionado radicalmente la cultura burguesa y la sociedad capitalista desde la perspectiva de una racionalidad ilustrada utópica" (Picó, 1998, pag. 36).

El autor del término posmodernismo es el francés Jean-Francois Lyotard quien lo define como "...el estado en el que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las reglas de los juegos de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin del siglo XIX" (en Sánchez y Gutiérrez, 2000, pag. 161) Lyotard, en su libro, *La condición Posmoderna* (Picó, 1998) presenta a la posmodernidad como la representante de la incredulidad en los metarrelatos. Este autor da una gran importancia al lenguaje en el contexto social, reconociendo la existencia de una multiplicidad de lenguajes; también plantea una crítica al *gran consenso* en contra del cual plantea la existencia de un contrato temporal que suplanta a las instituciones permanentes con lo que finalmente se apunta a una flexibilidad que permita toda una serie de juegos de lenguaje (Picó, 1998).

En cuanto a la influencia del posmodernismo en el desarrollo de la terapia familiar, encontramos el trabajo de Kenneth Gergen, quien resulta ser el principal representante del Construccionismo Social el cual, en palabras del autor (Elkäim, 1996) se encuentra suscrito en el marco del posmodernismo.

Ya se han descrito los supuestos del construccionismo social, sin embargo se hace necesario retomar los planteamientos que desde esta teoría se hacen respecto a la práctica terapéutica.

Para el construccionismo, las teorías sobre el comportamiento humano no se derivan ni se construyen a partir de la observación, sino que surgen de la estructura misma del conocimiento, es decir, que las convenciones de inteligibilidad compartidas en un mismo grupo serán las que determinarán la interpretación de la

realidad observada (Gergen, 2004). Siguiendo este razonamiento, el autor plantea que el construccionismo invita al terapeuta a abandonar la búsqueda de fundamentos, lo que en la práctica, se traduce en la posibilidad de enriquecer la labor terapéutica con el contexto inmediato que la rodea. Bajo estos términos, no existe un método construccionista de hacer terapia, pero al abandonar la propuesta tradicional clínica de llegar a una comprensión exacta y objetiva (o diagnóstica) de la problemática, Gergen concluye que la eficacia de la terapia radicarán en la posibilidad de incluir discursos múltiples.

El diálogo construccionista propone entonces cuatro transiciones en la posición y en los objetivos terapéuticos: flexibilidad, conciencia de construcción, colaboración y relevancia de los valores. También promueve todo un rango de prácticas terapéuticas emergentes sustentadas en cinco dimensiones (Gergen, 1994):

De la mente al discurso: a diferencia de la terapia tradicional (por ejemplo psicoanálisis o constructivista cognoscitiva) en la que el terapeuta se concentra en la mente individual y su transformación, el construccionismo plantea a la terapia como un proceso de transformación discursiva, es decir, hay un cambio de la mente individual a la creación de conocimientos entre personas. De acuerdo a Gergen, esta dimensión se ejemplifica en la práctica terapéutica dentro del modelo narrativo de White y Epston y en los planteamientos de O'Hanlon, en los que se privilegia la construcción del self y el mundo a través del lenguaje. La narrativa y la metáfora, en el sentido construccionista, son sólo una forma de discurso, recursos que sirven para generar significados conjuntos.

Del self a la relación: El autor señala que la idea de privilegiar el estado mental proviene de los postulados modernistas que perciben al individuo como un átomo, esto se ha traducido en las prácticas terapéuticas que buscan aislar al individuo para curarlo y que deducen sus relaciones con los demás a partir de lo que en privado se dice de ellas. El construccionismo ha marcado la transición de la mente al discurso dándole un lugar privilegiado a la relación. No puede existir un lenguaje privado ya que el lenguaje constituye un fenómeno relacional y por lo tanto los significados no se generan en la mente del individuo sino que emergen del mismo proceso relacional; en este contexto se explica el concepto de co construcción ya que es dentro de la relación terapeuta paciente de donde surgen los significados.

De la singularidad a la polivocalidad: nuevamente las ideas modernistas impactan en el que hacer de las terapias tradicionales que proclaman la existencia de una sola verdad, por lo que se recurre a criterios de evaluación objetivos que validen la realidad. En contraparte, el construccionismo acepta la existencia de diferentes construcciones. Un ejemplo de este supuesto lo constituye el trabajo de Tom Andersen con el equipo reflexivo, que no busca determinar la verdadera naturaleza del problema sino abrir múltiples alternativas.

De los problemas a la potencialidad futura: la terapia tradicional en cuenta sustento en el modelo médico en el que los pacientes son definidos a partir de

patologías, siguiendo este modelo la tarea del terapeuta es eliminar el problema. Para el construccionista, en cambio, el problema es un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación. De acuerdo al autor, otro de los defectos de la terminología diagnóstica consiste en hacer dependiente al cliente mientras que convierte al terapeuta en experto; es por esta razón que los enfoques construccionistas en terapia centran su atención en los discursos sobre la potencialidad futura (narrativa y soluciones).

Del insight a la acción: desde la terapia tradicional se concibe a la psique como el lugar donde se dan los cambios y los déficits psicológicos tienen un lugar privilegiado. Siguiendo este orden de ideas el cambio tendría lugar en la psique humana. En contraparte el construccionismo postula que el proceso de generar significados es continuo y que con frecuencia su forma y contenido cambian de una relación a otra, por lo que el insight sería una relación discursiva generada dentro del contexto de la relación terapéutica, sin que necesariamente tenga que generalizarse a otras relaciones. Para Gergen, el reto de las terapias construccionistas consistirá en unir dos criterios; la capacidad de actuar y sus consecuencias pragmáticas, aunque reconoce que la terapia narrativa ha logrado trascender el espacio de la conversación terapéutica para llevarla al campo de otras relaciones de la vida cotidiana; White y Epston realizan ceremonias de celebración, dan premios o anuncia transiciones en presencia de figuras importantes para el cliente. Para Gergen, una gran oportunidad para el futuro desarrollo de la práctica terapéutica está en las consecuencias pragmáticas de la conversación generada entre cliente - terapeuta.

Para el autor, el paso de la modernidad a la posmodernidad implica la transformación constante de conceptos y prácticas, y por lo tanto, el desarrollo de los enfoques posmodernos estarán supeditados a la creatividad de sus actores.

A continuación se describe el modelo de Terapia Narrativa, considerado uno de los modelos enmarcados en el posmodernismo.

Terapia Narrativa

Autores representativos: Michael White y David Epston

Los autores definen a este modelo como una terapia de mérito literario, en la que las iniciativas curativas del paciente se movilizan a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica (White, 1994).

Este modelo se encuentra suscrito, en palabras de White, al marco teórico proporcionado por el movimiento filosófico posestructuralista.

Antecedentes

- Gregory Bateson: la importancia de la epistemología en el proceso de cómo sabemos lo que sabemos, la importancia de las diferencias básicas que hacen

una diferencia y las pautas ecológicas que interconectan a los sistemas vivos (White,1994).

- Jerome Bruner: retoman de este autor la importancia de la estructura del texto, específicamente los panoramas que componen las historias (panoramas de acción y de conciencia) (White,1994).
- Michel Foucault: importante representante del posestructuralismo de quien retoman las ideas acerca de la sexualidad, el ejercicio del poder y los mecanismos de opresión y la metáfora del panóptico. De este autor retoman la idea de que los dominios de conocimiento son dominios de poder, y viceversa (White,1994).

Principios

- Posestructuralismo: según el propio Michel White, este nos permite apartarnos de la voluntad de la verdad, es decir abandonar la idea de encontrar la verdad tras de los hechos; el situarse en un marco de referencia posestructuralista permite explorar la historia de las declaraciones acerca de la verdad de la naturaleza humana y las prácticas de la vida que se asocian a tales verdades, ya que la práctica posestructuralista permite cuestionar directamente las ideas preconcebidas y aceptadas acerca de la vida. Se propone retomar el posestructuralismo ya que a través de este se pueden explorar las maneras en que identidad, subjetividad y relación son productos de los conocimientos y las prácticas culturales (White, 2002).
- Se basa en una perspectiva constitucionalista del mundo: la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su propia experiencia, por la situación que ocupan en las estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo (White y Epston, 1993).
- Metáfora narrativa: el pensar a partir de esta metáfora supone que las personas vivan su vida de conformidad con historias que son modeladoras de la vida diaria y tienen un impacto real, por lo tanto dichas historias procuran la estructura de la vida (White,1994).
- Historias y relatos (White y Epston, 1993): que, como ya se ha mencionado en la metáfora narrativa, suministran el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar significación. A partir de los relatos las personas juzgamos nuestras vidas y las de los demás, además de encontrar sentido a las experiencias.
- Panoramas duales (White y Epston, 1993): las historias están compuestas por panoramas duales que se dividen en,
 - 1) *panoramas de acción*: compuesto por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas,
 - 2) *panorama de conciencia*: está constituido por las interpretaciones de quienes figuran en la narración y por las interpretaciones del autor en la conciencia de esos personajes
- Las soluciones se construyen a través de la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas.

- Descripciones saturadas del problema (White y Epston, 1993): este enfoque no busca la etiología de los problemas de las personas, al contrario sostiene que quienes han tenido problemas desarrollan una historia saturada de aspectos negativos que las hace vulnerables a nuevas dificultades, con esto determinado una historia dominante.
- Importancia de trabajar con las historias, no con los problemas.
- White y Epston (1993) proponen a la terapia como una analogía de una historia y re historia de las vidas y las experiencias de las personas con problemas.
- El equipo reflexivo (Andersen, 1994): esta técnica fue desarrollada por Tom Andersen quien vio la necesidad de permitir a las familias escuchar al equipo a tras del espejo. Con esta técnica los profesionales no toman una postura de superioridad ante los pacientes.

Objetivo

En este enfoque se utiliza el método deconstructivo que tiene por objetivo hacer extrañas realidades y prácticas familiares al objetivarlas, es decir, con este enfoque se busca volver *exótica lo doméstica* (White y Epston, 1993).

Técnicas y Estrategias de Intervención

En este enfoque el terapeuta utilizará el lenguaje, a través de la conversación, con el objetivo de modificar la historia dominante y generar historias alternativas, lo que ofrecerá un concepto diferente de sí mismo y de la problemática presentada.

- Deconstrucción(White y Epston, 1993): los autores definen a la deconstrucción como los procedimientos que modifican realidades y prácticas que se dan por descontadas.
- Externalización: se trata de la intervención fundamental de la terapia narrativa y se refiere a lograr que la familia tome distancia de la descripción saturada del problema a través de una separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del paciente (White, 1994).
- Acontecimientos extraordinarios: se refiere a los hechos o sucesos que contradicen los efectos que el problema tiene en la vida o en las relaciones de las personas; facilitan la creación de nuevos significados en el presente que a su vez permitirán a las personas volver al pasado y revisar su historia personal y la de sus relaciones(White y Epston, 1993).
- Historias alternativas: una vez que el terapeuta y el paciente han identificado acontecimientos extraordinarios el terapeuta puede incitar a la generación de estas historias libres del problema(White y Epston, 1993).
- Utilización de preguntas: los autores retoman las ideas de Milán con respecto a la importancia del interrogatorio circular. Para este modelo las preguntas permitirán a la familia a separarse del problema para posteriormente generar alternativas de solución (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Tipos de Preguntas (White y Epston, 1993):

- Preguntas relativas al panorama de acción: ayudan a las personas a situar los logros extraordinarios en secuencias de sucesos y tienen el objetivo de dar pie al surgimiento de paisajes alternativos.
- Preguntas relativas al panorama de conciencia: permiten a las personas reflexionar y determinar el significado de los hechos que suceden en el panorama de acción.
- Preguntas referentes a experiencias de experiencias: facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones; incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas.
- Preguntas de influencia relativa: estas preguntas incitan a los miembros de la familia a generar dos tipos de descripciones de su relación con el problema. La primera descripción se refiere a la influencia del problema en sus vidas y relaciones; la segunda se refiere a la manera en la que la familia ha influido en la persistencia del problema. Estas preguntas tienen por objetivo empezar el proceso de externalización y localizar los logros aislados que contradicen la descripción saturada del problema.
 1. Preguntas sobre logros aislados: incitan a la familia a reflexionar sobre aquellos hechos o eventos que contradicen la descripción saturada del problema con el objetivo de redefinir la relación que mantienen los miembros de la familia con el problema.
 2. Preguntas relativas a la explicación única: se invita a la familia a dar significado a un hecho aislado situándolo en tiempo y espacio.
 3. Preguntas relativas a la redesccripción única: nuevamente el objetivo es asignar un nuevo significado a los eventos extraordinarios o logros aislados a través de la redesccripción de uno mismo y de sus relaciones.
 4. Preguntas sobre posibilidades únicas: invitan a la familia a especular sobre el futuro personal y sus relaciones, relacionándose con las redesccripciones y eventos extraordinarios.
- *Cartas y documentos (White y Epston, 1993):* en este enfoque se da un peso importante a la generación de relatos y estos se pueden sustentar en la escritura; los documentos que pueden ser utilizados en este enfoque son:
 1. *Cartas de invitación*
 2. *Cartas de despido*
 3. *Cartas de predicción*
 4. *Cartas de contradicción*
 5. *Cartas de ocasiones especiales*
 6. *Cartas breves:* reflexiones post - sesión, cartas para pedir ayuda para el terapeuta, cartas para convocar a un público más amplio, cartas para investigar influencias, etc.
 7. *Cartas de narrativa:* ser justo y revivir lo justo, hacer un seguimiento de los problemas, etc.
 8. *Certificados*

9. Declaraciones

10. Autocertificados

- Intervención del equipo reflexivo: el equipo reflexivo es una técnica desarrollada por Tom Andersen (1994) en la que la familia tiene la oportunidad de escuchar al equipo terapéutico dialogar acerca de la sesión. Durante el desarrollo de la sesión, el equipo escucha a la familia sin intercambiar comentarios, manteniendo una posición de escucha o de reflexión, con lo que se busca propiciar un diálogo interno.

El terapeuta conduce la entrevista de manera independiente al equipo, lo que significa que este jamás intervendrá para preguntar o dar consejo a la familia. El equipo, al escuchar en silencio y no entablar ningún tipo de diálogo estará en posibilidad para recibir mayor información y no centrarse en una sola idea, con lo que cada participante podrá identificar diferentes aperturas.

En algún momento de la entrevista, el terapeuta preguntará a la familia si están listos para escuchar al equipo, o el equipo hará saber a la familia o sistema fijo que están listos para compartir algunas ideas. Una vez que el equipo se encuentra con la familia, se establecen los límites de la situación, mencionando que la familia podrá relajarse y escuchar la conversación o pensar en otra cosa, de manera que tendrán la oportunidad de escuchar y ver lo que ellos mismos han dicho desde una posición más distante.

El equipo debe seguir algunas reglas: al conversar deberán mirarse entre ellos, jamás a la familia, ya que esto sería una invitación al diálogo, el equipo no podrá hacer reflexiones sobre algo distinto al contexto de la conversación del sistema de entrevista y finalmente, se deben evitar las connotaciones negativas. Cuando el equipo reflexivo ha concluido su intervención se retira y se le pregunta a la familia si hay algo de lo que han escuchado sobre lo que deseen comentar, cuando la familia ha terminado de discutir entonces el terapeuta tiene la oportunidad de comentar acerca de las ideas que se le pudieron haber ocurrido tras la conversación del equipo. En cuanto al cambio, Andersen (1994) menciona que no hay una regla que diga que forzosamente debe haber un cambio o que este solo se deba efectuar en una ocasión. El equipo y el sistema tienen la libertad para decidir sobre esto.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

A lo largo de los cuatro semestres que componen el programa de Residencia en Terapia Familiar, se cursaron diferentes asignaturas teóricas y prácticas que complementaron la formación terapéutica; durante los dos primeros semestres, a la par de la formación propia del programa de la residencia se cursaron materias de tronco común.

Como se señalará a continuación, las materias eran de orden práctico y teórico, teniendo como sede a lo largo de toda la residencia el Centro de Servicio Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, de la Facultad de Psicología.

A continuación presento un resumen de la experiencia académica por semestre.

Primer Semestre

Se cursaron tres materias correspondientes al tronco común de la Maestría y cinco correspondientes a la residencia en terapia familiar. Las materias de tronco común fueron enfocadas a proporcionar habilidades para la realización de investigación, así como proporcionar conocimientos para contextualizar nuestra labor como terapeutas familiares.

En cuanto a las materias de residencia, éstas fueron enfocadas a proporcionarnos los antecedentes y las bases teóricas de la terapia familiar, también iniciamos el seguimiento de casos y por lo tanto la aplicación de los conceptos a la práctica. En este primer semestre se revisó el enfoque estructural, de forma teórica y práctica, así como las bases de la entrevista y fundamentos epistemológicos de la terapia sistémica.

En cuanto a la práctica, se trabajó en la modalidad de equipo terapéutico, teniendo la oportunidad de observar casos en vivo y de empezar a desarrollar una de las principales herramientas del terapeuta: la capacidad de observación.

Segundo semestre

Se cursaron tres materias de tronco común y cinco asignaturas de la residencia. Las materias cursadas en tronco común fueron:

Medición y Evaluación II, Métodos de Investigación Aplicada II y Modelos de Intervención II.

El tronco común, al igual que el semestre anterior tuvo como finalidad el desarrollo de habilidades relacionadas con la investigación y el diseño de instrumentos con el mismo fin. A diferencia del semestre pasado, en el que cursamos estas materias con compañeros de otras residencias, esta vez sólo estuvimos los estudiantes de Terapia Familiar en la materia de Métodos de Investigación, y se revisaron métodos cualitativos, más cercanos a la realidad de la terapia familiar.

En la materia de Medición, se dio una situación similar ya que sólo estuvimos alumnos de esta residencia, lo que permitió que el desarrollo de los instrumentos se enriqueciera con los comentarios de los otros compañeros. La última materia del

tronco común estuvo dedicada al tema del constructivismo, proporcionándonos bases teóricas para la comprensión de esta corriente y algunas de sus implicaciones en la terapia familiar.

En lo que respecta a las materias de residencia, nuevamente estas se enfocaron al desarrollo de conocimientos teóricos y a la aplicación de estos a través de la práctica. En este semestre, no sólo observamos, también participamos como terapeutas y como equipo terapéutico, con lo que desarrollamos las habilidades necesarias para el trabajo en terapia familiar, como la capacidad de establecer contacto terapéutico, entrevista, definición de motivos de consulta, etc. Este semestre se enfocó al estudio del modelo estratégico.

Tercer semestre

Se cursaron en total ocho materias de las cuales siete formaron parte del programa de Residencia, mientras que sólo cursamos una materia de tronco común. En tronco común se cursó la asignatura de Teorías y Modelos III, en la que revisamos aspectos teóricos del Construccionismo Social, así como los principales planteamientos del Posmodernismo.

Las materias que cursamos en la Residencia tenían por objetivo proporcionar conocimientos específicos para el desarrollo de habilidades terapéuticas, tanto teóricas como prácticas. Se revisaron dos modelos: Modelo de la escuela de Milán y Modelo de Terapia Centrada en Soluciones; a cada una de estas materias teóricas le corresponde una materia de supervisión.

En la modalidad de supervisión también se revisó el modelo de terapia centrada en los problemas, revisado teóricamente el semestre pasado. En la materia de Caso Continuo III se concluyeron los casos pendientes de semestres anteriores y revisamos literatura acerca de investigaciones relacionadas con el quehacer terapéutico.

En este semestre, nuevamente participamos como terapeutas y como equipo terapéutico, con lo que continuamos desarrollando las habilidades necesarias para el trabajo en terapia familiar.

Durante este semestre tuvimos la tarea de diferenciar entre los planteamientos y aplicaciones de diferentes modelos.

Este semestre tuvimos la oportunidad de trabajar algunos casos por nuestra cuenta bajo el esquema de supervisión narrada, lo que permite desarrollar habilidades relacionadas con la toma de decisiones en el campo terapéutico.

Cuarto Semestre

Durante el cuarto y último semestre de la maestría, cursamos materias correspondientes exclusivamente a la Residencia en Terapia Familiar, todas relacionadas con modelos terapéuticos. En este semestre nos enfocamos al trabajo con familias, es decir, a la práctica de los conocimientos adquiridos en semestres anteriores.

Las materias que cursamos en la Residencia tenían el objetivo de proporcionar conocimientos específicos para el desarrollo de habilidades terapéuticas, tanto teóricas como prácticas. En la parte teórica revisamos los modelos narrativos con

su correspondiente supervisión de casos. En la modalidad de supervisión también se revisó el modelo de la Escuela de Milán, revisado teóricamente el semestre pasado. En la materia de Intervención Clínica IV terminamos los casos pendientes de semestres anteriores e iniciamos la atención a algunas familias nuevas, bajo los modelos de soluciones y terapia breve.

En lo que respecta a las asignaturas, nuevamente éstas se enfocan al desarrollo de conocimientos teóricos y a la aplicación de este conocimiento a la práctica.

Este semestre nuevamente trabajamos algunos casos por nuestra cuenta bajo el esquema de supervisión narrada.

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el programa de la residencia en terapia familiar concede gran importancia a la práctica clínica.

Dicha práctica se realizó en la clínica de la Facultad de Psicología *Dr. Guillermo Dávila* y en Casa Alianza IAP. En la sede principal la práctica se llevó a cabo bajo la supervisión de terapeutas expertos, acompañados por un equipo de supervisión conformado por los compañeros de generación quienes observaban el trabajo a través de la cámara de Gesell, comunicándose constantemente por medio de un interfón.

Se trabajó también bajo la modalidad de supervisión narrada, en la que se relataba a un grupo de compañeros y a un terapeuta asignado como supervisor los avances de cada caso, discutiendo las intervenciones terapéuticas y realizando la planeación de cada sesión; en esta modalidad el trabajo frente a paciente fue acompañado por un equipo terapéutico, que ya no incluía al grupo completo de la residencia, ya que se dividió al grupo en dos equipos de trabajo.

En total contamos con 860 horas de supervisión y con el apoyo de siete supervisores en las modalidades ya descritas.

A lo largo de los cuatro semestres de la maestría, el programa de terapia familiar atendió a un total de 286 personas, en un total de 603 sesiones de psicoterapia divididos en 96 casos. De estos casos, el 11% fueron niños, 26% adolescentes y el 66% restante adultos. De estos 96 tratamientos, el 59% de los casos se trabajó con familias, el 26% fueron tratamientos individuales y el 15% fueron parejas.

Las principales problemáticas por las que se solicita el servicio son: problemas de pareja, comunicación familiar, bajo rendimiento escolar, alcoholismo y adicciones y depresión.

De acuerdo a la experiencia de los residentes quienes solicitan el servicio son predominantemente las mujeres, los varones acuden a las entrevistas familiares pero es común que deserten en la tercera sesión; así mismo encontramos que los pacientes identificados son principalmente los niños.

1.1. Trabajo terapéutico realizado

Como terapeuta tuve la oportunidad de trabajar con siete familias, de las cuales cinco concluyeron el tratamiento al solucionarse el motivo de consulta, mientras que dos dejaron de asistir; además de un caso atendido en Casa Alianza I.A.P. en co-terapia con Alfredo Ferrat y que se dio de alta al solucionarse el motivo de consulta.

Presento una tabla¹ con los casos atendidos durante la residencia y el estado del proceso terapéutico para cada uno.

Caso	Modalidad	Problemática	Proceso Terapéutico	Número de sesiones	Sede	Supervisor
MGG*	Individual	Depresión	Alta	17	Fac. de Psicología	Piedad Aladro y Nora Rentería
M	Individual	Problemas con familia extensa	Alta	7	Fac. de Psicología	Carolina Díaz-Walls
DM	Familiar	Problemas con los padres y pareja	Alta	11	Fac. de Psicología	Raymundo Macías
R y Y	Familiar	Problemas escolares y de conducta	Alta	19	Fac. de Psicología	Patricia Moreno
JC	Familiar	Conflictos por preferencia sexual	Alta	7	Fac. de Psicología	Josette Benavides
A	Familiar	Problemas escolares y de conducta	Deserción	12	Fac. de Psicología	Carolina Díaz-Walls
RG	Familiar	Adicciones y problemas escolares	Deserción	5	Fac. de Psicología	Carolina Díaz-Walls
R y G*	Familiar	Reintegración familiar	Alta	8	Casa Alianza I.A.P.	Mary Blanca Moctezuma Yano

*casos atendidos en co terapia

¹ Los nombres de los integrantes de las familias fueron sustituidos por siglas para garantizar la confidencialidad

Presentación de casos

Caso 1. MG²

Historia del Problema

Solicita el servicio MG de 44 años, se dedica al hogar y asiste canalizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) en donde es diagnosticada con depresión. MG está casada con F, ingeniero de 44 años y que acude a terapia en el INP. La pareja tiene dos hijos, JA de 12 años quien padece retraso mental y A de 11 años, ambos acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil en donde A es atendido por depresión infantil, mientras que JA recibe seguimiento y estimulación; este último asiste a una escuela de educación especial.

MG tiene un hijo de una relación anterior, J, quien al momento del tratamiento vivía con su abuela materna en compañía de su esposa y su hijo. J tiene problemas de adicción y en diversas ocasiones ha tenido problemas de tipo legal.

Cuando MG y F se casan, este último adopta a J pero por los problemas de conducta del chico la relación entre ellos se vuelve tensa, razón por la cual J decide desde muy temprana edad ir a vivir con su abuela.

La relación de MG con su madre es mala, comenta que ésta la abandonó cuando era muy pequeña dejándola a cargo de su hermana menor y bajo la tutela de los abuelos maternos. Relata que la relación con la familia de su madre siempre fue mala, que había golpes e insultos constantes por parte de un hermano de su mamá y de la abuela, sin embargo el abuelo siempre la trató bien. MG no supo quién era su padre hasta la edad adulta, aunque éste siempre estuvo al pendiente de ella manteniéndose como un amigo de la familia. Actualmente MG ha reanudado esta relación y recibe apoyo por parte de su padre. Al momento de solicitar el servicio, la relación con su madre y hermana era muy tensa debido a que había constantes discusiones por los problemas de J, quien constantemente pedía dinero y se ausentaba de casa dejando sola a su esposa e hijo. MG refiere que su madre y hermana constantemente interfieren en su vida, la llaman para reclamarle por la conducta de J pero al mismo tiempo solapan su conducta. La hermana está casada con un traficante quien al parecer provee la droga a J. MG es incapaz de ponerle límites a su hijo mayor ya que se considera culpable por sus problemas, ya que refiere haberlo golpeado mucho cuando era pequeño.

La relación entre MG y F es mala, él ha planteado su decisión de separarse, sin embargo no inicia los trámites del divorcio y sólo lo plantea cuando la pareja tiene discusiones. Esta situación angustia a MG quien se preocupa por la manutención de sus hijos, especialmente de la de JA ya que el chico requerirá cuidados durante toda su vida. Entre la pareja ha habido incidentes violentos en los que F la obliga a tener relaciones sexuales, constantemente la insulta diciéndole que es muy tonta y le dice que de nada sirve que asista a terapia ya que jamás podrá cambiar.

² Este será el caso que se presentará en el examen de competencias para la obtención del grado.

Perspectiva Teórica de la Problemática

Nos encontramos con una familia que de acuerdo a la definición de Salvador Minuchin (1998) entraría en la categoría de *Familia Descontrolada*. De acuerdo con el autor estas familias presentan problemas en el área del control, mismos que se reflejan generalmente en alguno de los hijos. En este caso, A presenta problemas escolares y J problemas relacionados con la adicción. MG refiere que A se preocupa demasiado por los problemas de su hermano J, y que siempre está al pendiente de JA, por lo tanto deducimos que es un niño que está dentro del subsistema parental, cumpliendo funciones que no le corresponden. MG tiende a proteger a J, solucionando sus problemas proporcionándole dinero, aún sabiendo que lo utilizará para comprar droga. F se encuentra periférico, tiene poco contacto con sus hijos y su trabajo lo mantiene alejado de los problemas de la casa.

De acuerdo a Pittman III (1990) esta familia atravesaría por una crisis de desvalimiento, las cuales ocurren en "(...)familias en la que uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes" (1990, pag. 40); de acuerdo a este autor, en las familias en las que hay un miembro con algún tipo de impedimento, los recursos del sistema tienden a agotarse, por lo que se recurre a gente externa para conseguir ayuda. En la historia familiar de MG, la familia invierte una gran cantidad de tiempo y esfuerzo en el cuidado de JA quien además requiere de cuidados especializados (desde educación especial hasta terapias físicas que mantienen a la madre ocupada durante una parte importante del día realizando trámites que le permitan a JA acceder a estos tratamientos), la familia entera depende del apoyo de instituciones especializadas en salud mental para intentar solucionar sus problemas. La tensión originada por esta situación se refleja en el alejamiento del padre y en el sentimiento de incapacidad que expresa MG cuando llega a terapia.

En familias en las que hay una enfermedad crónica o un daño permanente que implica cuidados especiales, la familia tiende a permanecer en un estado de permanente vigilancia y angustia que plantea desafíos importantes para la estabilidad familiar (Rossman, 1991).

De acuerdo a Rossman (1991), quien analiza a familias con un enfermo crónico desde un marco estructural, es común que la mayor parte de las responsabilidades instrumentales recaigan sobre un miembro del subsistema parental, en este caso MG se hace cargo del cuidado y atención que JA requiere.

La misma autora señala que estas familias suelen hacer cambios innecesarios que generan una indiferenciación entre subsistemas con lo que algún miembro del subsistema fraterno puede asumir tareas parentales. Estos cambios, lejos de reflejar flexibilidad en realidad revelan la rigidez de la familia y el arraigo de pautas de interacción limitadas. Lo señalado por la autora coincide con el planteamiento de Pittman en cuanto a las relaciones que este tipo de familias establecen con sistemas más amplios como el de salud.

Desde un inicio, cuando se definieron los intentos de solución, el equipo llegó a la conclusión que uno de los intentos recurrentes era la asistencia a psicoterapia y otras instituciones de salud mental. También se definió que había un problema en

las jerarquías, en el que la madre de MG tenía una gran influencia al aceptar la responsabilidad de cuidar a J, mientras que A cumplía funciones de cuidado que no le correspondían.

Rossmann (1991) también señala que la estabilidad lograda de esta manera genera fuertes conflicto al interior de la pareja que los vulnera en los momentos de crisis que se marcan a través del ciclo de vida familiar.

De acuerdo a los elementos anteriores, entonces podemos explicar el porqué de la crisis de pareja que se presenta al momento de solicitar el servicio. Todo esto coincide con la entrada de JA y A a la adolescencia; en esta etapa los padres deberán ajustar el sistema de reglas familiares a las nuevas necesidades de los adolescentes, además de que deberán enfrentar el hecho de que el grupo de pares suele ser una influencia mayor para los hijos que la de la propia familia; todos estos cambios coinciden con los nuevos intereses (incluyendo los de tipo sexual) que marcan el comienzo de la independencia del hijo con respecto al grupo familiar.

Al momento en el que se solicita el servicio, F ha tomado la decisión de divorciarse de MG. Si bien la problemática de la pareja se remonta hacia años atrás, ciertamente llama la atención que la decisión del divorcio coincida con la entrada a la adolescencia de los dos hijos de la pareja. Rossmann (1991) advierte que cuando el padecimiento crónico se presenta desde el nacimiento o a temprana edad, la pareja no tiene oportunidad de desarrollar vínculos fuertes que les permitan crecer como pareja, ya que el bebé requiere de cuidados constantes que demandan toda su atención, esto tendrá consecuencias cuando los hijos logran relativa independencia, ya que los padres pueden ser excelentes cuidadores pero no saben ser pareja. Al momento de solicitar el servicio, JA había logrado cierta independencia (comer y asearse solo, además pasaba más tiempo en la escuela y estaba en proceso de aprender a pasar algún tiempo por sí mismo en la casa), lo que se traducía en más tiempo libre para MG y F.

En cuanto a la problemática específica de MG, podríamos ligarla al apartado anterior, ya que no sólo es la pareja la que no tiene oportunidad de establecer espacios y límites que les permitan evolucionar y enfrentar las crisis del ciclo vital; en cuestión individual, el cuidado que requiere un hijo con una enfermedad de este tipo repercute en el desarrollo individual de los progenitores, especialmente de aquel que se encuentra más vinculado al cuidado (en este caso MG). Esto se traduce en una dificultad para marcar separaciones naturales y nuevas tareas especialmente en el periodo de la adolescencia (Rossmann, 1991).

Todo esto coincide con la depresión diagnosticada a MG en el INP. Al no analizar la problemática familiar y el ciclo vital, el diagnóstico se limita a la clasificación y se recurre a la medicación. Si se observan todos los elementos, encontramos que MG se encuentra en un momento en el que sus dos hijos la necesitan menos y se topa con que ella no ha desarrollado intereses propios o planes profesionales ya que una buena parte de su vida ha sido dedicada al cuidado de los demás; en cuestiones de pareja no ha tenido un espacio para compartir otros temas que no sean los hijos con F y la relación con su familia de origen se encuentra en un momento crítico debido al problema de adicción de J.

En cuanto al papel de la familia extensa en familias con pacientes crónicos, Rossman señala que ésta puede jugar un papel crucial de apoyo en el cuidado del enfermo, puede alejarse o bien puede mostrarse intrusiva. Este último es el caso de la familia de MG, en donde encontramos que la madre no sólo involucra constantemente a A en los problemas de J, también encontramos que constantemente critica a MG y cuestiona su función como madre.

Desde la narrativa, encontramos que no hay una etiología del problema, sino que las personas se enfrentan a una historia saturada del mismo que determina una vulnerabilidad ante las nuevas dificultades que enfrentan. Desde esta perspectiva, MG ha vivido con una historia saturada en la que se le ha calificado como incapaz de enfrentar problemas, como una mujer tonta y miedosa, lo que explicaría la angustia con la que vive cada situación difícil de su vida. Dentro de esta historia saturada que MG ha construido desde la infancia, le es imposible identificar eventos extraordinarios que la contradigan aún cuando su historia se encuentra llena de estos.

White (1994) señala que "la significación que las personas atribuyen a su experiencia es lo que determina sus vidas. Esas historias determinan no sólo la significación que las personas dan a su experiencia sino que, según se dice, esas historias también determinan en gran medida qué aspectos de la experiencia las personas eligen expresar" (1994, pag. 31).

En este caso, MG expresa un gran miedo ante diferentes problemas que se presentan en su familia, lo que la ha llevado a aislarse del mundo exterior, lo que se refleja en una red social sumamente débil. Pareciera ser, que siguiendo a White, MG ha decidido expresar los aspectos de su experiencia en lo que el miedo domina sus acciones.

Siguiendo estos supuestos es que se trabajó sobre los miedos de MG, haciendo énfasis en encontrar aquellos eventos extraordinarios que generaran elementos suficientes para re escribir su historia.

Todos los elementos anteriores son los que nos proporcionaron una base para establecer el diálogo terapéutico entre el equipo, las terapeutas y MG.

Aunque este caso fue trabajado en un segundo momento bajo el modelo de terapia narrativa, es interesante el análisis que se puede realizar desde otras perspectivas (en este caso el estructural y el ciclo vital de la familia) ya que esto nos permite conceptualizar algunas de las circunstancias que motivaron a MG a acudir a terapia.

Estas explicaciones no se contraponen con los abordajes posmodernos, ya que como se reconoce desde el Construccinismo Social, las teorías pueden resultar útiles y necesarias para el establecimiento de los diálogos terapéuticos; siempre y cuando se reconozca que las teorías son construcciones dialogísticas y no explicaciones objetivas y definitivas de la realidad. Lo que se ofrece en este apartado es solo una de las distintas formas en las que se puede abordar el caso de esta familia en específico.

Desarrollo del tratamiento e intervenciones

Número de sesiones: 17.

Al inicio de la terapia asistió la familia completa, sin embargo, F dejó de asistir a partir de la segunda sesión argumentando que no se sentía a gusto en el espacio y que él deseaba continuar por su cuenta en el INP. Después de esto se trabajó con MG y sus dos hijos hasta que, por el horario fue imposible que los niños continuaran asistiendo. El trabajo terapéutico se prolongó durante 17 sesiones, y se dividió en dos partes, la primera en la que se trabajó bajo la supervisión de la maestra Piedad Aladro utilizando el modelo de soluciones y elementos del modelo estructural; durante un segundo momento, se retoma el caso bajo la supervisión de la maestra Nora Rentería, abordándolo con un enfoque narrativo y utilizando en cada sesión la intervención de un equipo reflexivo. En este caso se trabajó como co terapia, teniendo como compañera a Mariana Sosa Ortega.

Primer momento: terapia centrada en soluciones y estructural

En un inicio el caso se planeó para abordarse bajo el modelo de terapia estratégica, sin embargo fueron más las intervenciones que se realizaron siguiendo el modelo de soluciones y el modelo estructural, dejando de lado las que corresponderían a un enfoque estratégico.

Se integraron intervenciones de reestructuración con el objetivo de devolver a A al subsistema fraterno para de esta manera buscar un acercamiento entre los padres para que asumieran el control a nivel de subsistema parental; se recurrió a metáforas para ejemplificar de qué manera A realizaba acciones en cuanto al cuidado de J y JA que no le correspondían. Con esto se logró que MG comenzara a poner límites devolviendo a A su subsistema.

A nivel del enfoque de soluciones recurrimos a preguntas a futuro y a la búsqueda de excepciones, con el objetivo de que MG lograra identificar aquellas acciones que resultaban exitosas y que podía generalizar a otros aspectos del problema.

Desde el inicio se recurrió a la despatologización, ya que el diagnóstico psiquiátrico determinaba muchas de las acciones que emprendía cotidianamente. Siguiendo esta línea es que las terapeutas comienzan a hablar de tristeza en lugar de depresión y se normalizan algunas de sus conductas, incluso se busca connotarla positivamente en diversas ocasiones, específicamente en los momentos en los que cuestiona su papel como madre. También se normalizan algunas conductas de A que son propias de la adolescencia temprana pero que MG consideraba como evidencias de que había una depresión fuerte en su hijo.

Una parte importante en esta fase del proceso consistió en trabajar sobre la relación de J y MG, reencuadrándolo como un adulto capaz de tomar sus propias decisiones y de asumir responsabilidades. Esto se reflejó en el hecho de que MG fuera capaz de fijar límites con su hijo mayor, negándose a seguirle proporcionado dinero (intento de solución)

Sin embargo, aunque algunas de estas intervenciones se reflejaron en algunos cambios importantes, se hacía cada vez más difícil trabajar bajo estos modelos que requieren de una definición clara de objetivos, debido a que MG parecía tener un motivo de consulta nuevo en cada sesión. Justo cuando se estaba logrando que la

paciente definiera sus prioridades, concluyó el semestre y el caso se trabajó desde la narrativa.

Segundo momento: terapia narrativa y equipo reflexivo

Al comenzar a trabajar con este enfoque se hizo necesario revisar la historia saturada del problema, por lo que se permitió que MG hablara sobre su infancia y la historia de su familia. A partir de este relato fue posible identificar de qué manera MG había dado significado a sus experiencias lo que permitió comprender porque verbalizaba la depresión, tras la cual encontramos que había un gran miedo. En esta historia saturada encontramos que significaba a sí misma como una mujer torpe y miedosa.

Se buscaron elementos que pudieran constituir eventos extraordinarios; al principio MG no podía identificarlos pero poco a poco fue capaz de identificar estos elementos que contradecían su historia saturada del problema

A través de este relato se fue identificando al miedo como un elemento que había tenido gran influencia en la vida de MG, se exploró la influencia de este miedo en su vida y nuevamente se buscaron elementos que permitieran conocer la influencia de MG sobre el miedo.

Las intervenciones del equipo reflexivo fueron fundamentales en los cambios que MG comenzó a presentar, ya que cada miembro del equipo que participaba identificaba diferentes aperturas, lo que - en palabras de MG- resultó vital ya que se llevaba diferentes puntos de vista sobre su historia, puntos de vista que no había tenido oportunidad de observar ya que se contradecían con su historia saturada del problema. Dos elementos fueron importantes en estas intervenciones; primero, que los participantes hablaran desde su propia experiencia y segundo, que pudieran ponerse no sólo en el lugar de MG sino también en el de otros miembros de la familia.

A través del trabajo narrativo encontramos que el miedo provocaba los episodios de enuresis en MG, mismos que no se volvieron a presentar una vez que se trabajó en sesión sobre este tema.

En cuanto a la historia alternativa que se re escribió en este proceso, MG logró integrar aquellos eventos que demostraban que ella es una mujer inteligente y capaz de resolver problemas.

Cambios

1. **Estructura familiar:** desde el inicio del tratamiento se logró devolver a A al subsistema fraterno, con lo que mejoró notablemente siendo dado de alto en el Hospital Psiquiátrico Infantil, retirándosele el medicamento para la depresión; además su rendimiento escolar mejoró notablemente. MG también logró establecer límites hacia J con lo que este también mejoró notablemente, consiguiendo trabajo y comenzando a atender su adicción.

2. **Pareja:** la relación entre MG y F mejoró notablemente a medida que MG era capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y sobre el cuidado de sus hijos. Cuando MG comienza a tomar las riendas de su familia hay un acercamiento importante con F y este cesa de agredirla, incluso comienza tener atenciones con ella y no vuelve a plantear el tema del divorcio.
3. **Individual:** En este rubro se encuentran los logros más importantes de MG. Al reconocerse como una mujer capaz e inteligente, logró realizar cambios que primero se reflejaron en su cuidado personal y en la decisión (importantísima para ella) de acudir a un salón de belleza para atenderse. Este cambio fue fundamental ya que anteriormente era incapaz de procurarse espacios ya que toda su energía estaba volcada al cuidado de su familia. El siguiente paso en la reescritura de su vida consistió en que comenzara un pequeño negocio, mismo que le permitió tener contacto con otras personas y comenzar a vivirse como una mujer capaz de sacar adelante a sus hijos sin el apoyo de F. A raíz de esto y al encontrar mayores evidencias que contradecían el que fuera tonta y desagradable, su red social se fortaleció, se sorprendió al encontrar que las madres de los compañeros de JA la consideraban una mujer agradable y que sus vecinos acudían a ella para solicitar consejos. De hecho, descubrió que su propia experiencia podía servir a otras mujeres para enfrentar sus propios problemas. Al re escribir su historia, también pudo modificar la relación con su familia de origen especialmente con su madre, llegando incluso a decir que la comprendía pero llegó a la conclusión de que no estaba dispuesta a seguir permitiendo que se inmiscuyera en su vida, por lo que le puso límites, a partir de esto la relación con su madre se modificó y se volvió un poco más cordial. En una de las últimas sesiones, al cuestionarle cual creía ella que era uno de los elementos más significativos de todo el proceso, contestó que le había sorprendido que las terapeutas le dijeran que la consideraban una mujer inteligente. Al cierre del tratamiento, el miedo no había vuelto a dominar su vida y por lo tanto no había vuelto a presentar episodios de enuresis, además se encontraba planeando formas de ampliar su negocio y continuar estudiando.

Caso 2. M

Historia del Problema

M es una mujer de 24 años, los fines de semana trabaja como comerciante informal en el centro de la Ciudad; aunque concluyó el bachillerato, siempre se ha dedicado al comercio. Está casada con B, de la misma edad y tienen un hijo de 2 años llamado R. La pareja vive en una casa que comparte terreno con la familia de B. La familia de B está compuesta por los padres de él, H y N, respectivamente, y dos hermanas menores que él. B es mecánico y trabaja en el negocio de su padre, N.

La relación entre M y H, la madre de B, es tensa, ya que la señora interviene constantemente en la vida de la pareja y constantemente confronta a M, criticándola por la forma en que esta educa al niño y por la forma en que realiza los quehaceres de la casa. La familia de B constantemente toma decisiones sobre el niño sin consultar a M, lo que genera enfrentamientos entre M y B.

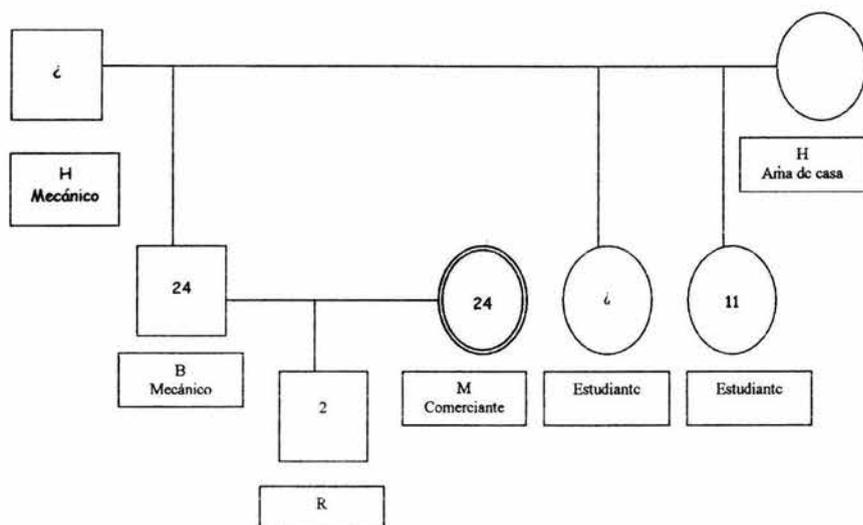
La relación de la pareja se encuentra controlada por H, quien recibe el salario de B y lo administra, además, B pasa mucho más tiempo en la casa de sus padres que en el espacio que comparte con M, cuando ella cuestiona esto, generalmente la pareja se enfrasca en una discusión que concluye en que B se retire a la casa de sus padres.

M y B se casaron hace dos años (a la fecha en la que se solicita el servicio); desde entonces M, aunque mantiene contacto con su familia de origen, tiene problemas para visitarlos ya que su suegra se molesta cuando esto sucede, por lo que ha decidido espaciar las visitas a su madre. La madre de M, a pesar de mantener distancia con respecto a la vida de la pareja, presiona a su hija para que no trabaje, considerando que de esta forma podrá atender mejor al niño; ante esta situación M evita comentar con su familia de origen los problemas que tiene en la relación con su familia política.

M comenta que no tiene relación con su padre y que su madre la crió a ella y a sus dos hermanos, M comenzó a trabajar desde que estudiaba el bachillerato y con el dinero ahorrado apoyó a su mamá para que esta pudiera construir su casa.

M no tiene una red social fuerte, ya que considera que no tiene buena relación con sus compañeros de trabajo (vendedores de la zona), ella misma no ha fomentado estas relaciones ya que B ha manifestado celos hacia los vendedores que trabajan con ella. En su colonia, tampoco ha podido establecer relaciones con los vecinos debido a que la familia de B es considerada conflictiva y en general la gente de la calle evita tener contacto con los habitantes de la casa.

Familiograma



Motivo de Consulta

M acude a terapia por insistencia de H quien hace el primer contacto con la terapeuta; H le comenta en la breve entrevista telefónica que M es sumamente inmadura y que se encuentra desubicada. En la primera entrevista M se describe como inmadura y comenta que quiere ayuda para hacer mejor las cosas y que H no la moleste más.

Perspectiva Teórica de la Problemática

Para Carlos Sluzki (1998), la red social personal se define como la suma de las relaciones que un individuo percibe como significativas; esta red contribuye a su reconocimiento como individuo y a su auto imagen. De acuerdo al autor, la red social cumple con la función de brindar compañía social, apoyo emocional. Guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos.

Como se ha señalado en la historia del caso, M es una mujer con una red social pobre a la que no puede recurrir para solicitar consejo ya que percibe que cualquier acercamiento puede concluir en una discusión con B.

Después de la segunda entrevista con M quedó claro que red social no cumplía con ninguna de las funciones señaladas por Sluzki (1998) o lo hacía de manera pobre, por lo que ella se percibía como incapaz de resolver los problemas cotidianos que le presentaba la crianza de su hijo y la convivencia con su familia de origen; específicamente en el rubro de compañía social, M se había aislado para evitar conflictos con su familia de origen y con B; la relación con la familia política tampoco cumplía esta función, ya que los acercamientos con su suegra terminaban en agresiones y descalificaciones hacia su persona. El apoyo emocional era mínimo, y éste sólo lo recibía parcialmente de su madre; sin embargo, ella no era capaz de recurrir a ella para contarle sus problemas, por miedo a causar preocupaciones y a recibir mayores críticas.

Tal vez el único rubro en el que la red social personal de M estaba funcionando era a nivel de ayuda material y de servicios, M siempre contó con la ayuda de servicios de salud en situaciones críticas que involucraban la salud de su hijo y contó con la información suficiente como para acceder a un servicio de terapia (aunque la iniciativa de solicitar este servicio fue de H como una forma más de descalificación)

En cuanto a la familia de M, tomando como punto de partida el modelo de terapia estructural de Salvador Minuchin, podríamos aventurar que no existían límites claros entre el sistema conformado por M y B y el sistema que presidía H.

De acuerdo a Minuchin y Fishman(1998), M y B se encuentran en la etapa de pareja con niños pequeños en la cual, una de las tareas más importantes consiste en adaptarse a la llegada del primer hijo, negociando nuevas reglas de convivencia con el objetivo de no perder la vida de pareja; así mismo, la pareja deberá negociar nuevos límites respecto a la familia de origen de cada uno.

En el caso de la pareja conformada por M y B, encontramos que no hay un espacio de pareja ya que muy probablemente desde la etapa anterior (matrimonio sin hijos) no se negociaron límites que permitieran diferenciarlos como un nuevo sistema con relación a la familia de H, lo que debe haberse incrementado con la llegada de R.

M comenta que el periodo de pareja sin hijos fue breve, ya que ella se embarazó al poco tiempo de casarse con B.

Minuchin y Fishman (1998) mencionan que con respecto a la educación de los hijos cada miembro de la pareja debe negociar sobre lo que aprendió que era correcto dentro de su propia familia; en el caso que nos interesa dicha negociación no existió, lo que ha derivado en que H intente imponer su estilo de crianza a la joven madre.

Siguiendo con el esquema estructural, encontramos que no existen límites claros entre la familia de M y la familia de H, H asume funciones parentales delegando a M y a B al subsistema fraterno, prueba de ello es que confiere el mismo trato y tiene la misma autoridad sobre la pareja que sobre las hijas que todavía habitan bajo su techo.

Recapitulando, los límites son difusos, H interviene constantemente en la pareja y esto se refleja en el control económico que ejerce sobre su hijo y en la intrusión constante en la educación del nieto; esto probablemente haya tenido como resultado que B mantenga una posición periférica con respecto a su esposa e hijo.

Es interesante hacer notar que M, a pesar de haber ocupado en su propia familia el rol de hija parental (aportando económicamente para el sustento de la madre y los hermanos) no ha sido capaz de establecer límites claros hacia su propia familia, permitiendo que su madre intervenga en decisiones de su vida laboral.

En cuanto al tema de alianzas y coaliciones, no es posible identificar una coalición clara, sin embargo H busca establecer una alianza con B, que en algunos momentos toma tintes de coalición en contra de M. Siguiendo con la teoría, encontraríamos que si H se considera dentro del subsistema parental, buscaría establecer la coalición con un miembro de otra generación, en este caso B, en contra de M quien pareciera encontrarse junto con su esposo en el subsistema fraterno; pareciera ser que al mantenerlos a ellos en dicho subsistema ella puede actuar como madre del pequeño R, impidiendo que de esta forma la pareja establezca límites claros, asuma su rol dentro del sistema paterno, para finalmente diferenciarse de la familia de origen.

La alianza existente entre B y su madre provoca que cada intento de M por diferenciar o establecer límites derive en un enfrentamiento con su esposo, quien invariablemente escapa a la casa paterna.

Las pautas interaccionales que mantienen M y B es clara, M acusa a H, B se molesta, M incrementa sus acusaciones y rompe en llanto con lo que B se molesta aún más y rompe la comunicación huyendo hacia casa de sus padres.

Desarrollo del Tratamiento e Intervenciones

Número de sesiones: 7

Inicialmente se planteó la necesidad de que B asistiera a las sesiones, ya que el equipo consideraba que era necesaria su presencia para fortalecer una alianza con la pareja que fortaleciera al sistema y que les permitiera establecer límites claros hacia la familia de origen de él. B se negó a asistir argumentando que quien necesitaba terapia era M, no él; se consideró la posibilidad de invitarlo vía telefónica pero las veces que la terapeuta intentó contactarlo por este medio se enfrentó a la suegra, quien insistía en obtener información sobre M, por lo que se tomó la decisión de trabajar sólo con M.

El tratamiento duró siete sesiones de las cuales dos fueron canceladas por la paciente.

El trabajo en este caso se centró básicamente en establecer una diferencia clara entre el sistema de M, B y R y el sistema en el que participa la familia de H.

Puesto que B se negó a asistir a la terapia, se hizo necesario trabajar bajo el supuesto sistémico de que al mover a un miembro de la familia, el sistema necesariamente se modifica.

M llega a terapia repitiendo el discurso de su suegra en el sentido de que ella era una mujer inmadura e incapaz de atender adecuadamente a su familia.

Para alcanzar el objetivo planteado, se recurrió básicamente a técnicas de reencuadre, específicamente a una técnica de intensidad que consistió en la repetición de un mensaje: se le dijo a M que era tratada como hija de H y se recurrió a la metáfora de la casa que no tiene puertas ni ventanas y que por lo

tanto cualquiera puede entrar en ella. Esta metáfora se utilizó en por lo menos tres sesiones para evidenciar que los límites entre la familia de M y la de H no eran claros.

También se recurrió a técnicas de reestructuración para marcar las fronteras entre los dos sistemas que conviven en un mismo terreno. Se le solicitó a M que implementara estrategias que le permitieran realizar actividades que sólo la incluyeran a ella y a su familia; M se propuso organizar salidas de fines de semana con su esposo e hijo.

Después de la reestructuración M logró plantearle a B los motivos de su molestia de manera tranquila y sin llorar, con lo que logró una alianza con su marido, ya que éste pudo reconocer que M tenía razón para estar molesta con su suegra. Con esta intervención se logró de manera indirecta que M rompiera la pauta interaccional en la que al acusar a H con B éste terminaba molestándose y buscando refugio en la casa materna.

Durante el tratamiento también se recurrió a intervenciones del modelo de soluciones, con el que en un inicio se planeaba trabajar; de este modelo se retomaron las excepciones al problema, indagando de que forma M había logrado en algunas ocasiones confrontar a su suegra y ponerle límites.

En diversas ocasiones se recurrió a la connotación positiva con el objetivo de modificar la percepción que M tenía acerca de sus propias conductas como parte del problema, de esta manera se logró que M pudiera reconocer aspectos positivos de su conducta que invariablemente habían sido descalificados por su suegra.

Este tratamiento fue relativamente corto, ya que M lograba implementar estrategias que de ninguna manera fueron sugeridas por la terapeuta o el equipo; M logró echar mano de sus propios recursos para generar alternativas de solución, que si bien iban sugeridas en las intervenciones, no se daban de manera explícita.

Cambios

1. **Estructura familiar:** M logró establecer límites claros entre su familia y la familia de su esposo. Aunque continuaron compartiendo terreno M finalmente le puso puertas y ventanas a su casa, tomando las riendas en las decisiones sobre la educación de su hijo. También logró atraer a B hacia el subsistema parental, con lo que tomó mayores responsabilidades hacia su mujer y su hijo, comenzando a pasar mayor tiempo con ellos. En este sentido llama la atención que B comenzó a enfrentarse a su madre para apoyar a M. Todo esto repercutió en una mejor relación (aunque lejana) entre H y M.
2. **Individual:** M logró reconocerse como una buena madre y terminó rechazando las afirmaciones de su suegra en el sentido de que se encontraba desorientada (jamás pudimos esclarecer que entendía H por este término); volvió a trabajar y finalmente tomó la decisión de renunciar, pero esta vez pudiendo valorar los costos y beneficios que su labor como vendedora tenían para ella y su hijo, y no presionada por su madre o suegra. En cuanto a su red social, aunque esta no se amplió, lo cierto es que las

visitas a su familia aumentaron y fue capaz de comenzar a confiar en su familia, con lo que el apoyo emocional aumentó.

Caso 3. DM

Historia del problema

DM es la tercera hija de cinco hermanos, al llegar a terapia estaba a punto de cumplir 15 años, estaba cursando el tercer año de secundaria y mantenía una relación sentimental con un compañero de la escuela. Sus padres, JA y ME se casaron siendo muy jóvenes debido a que ella esperaba a la hija mayor de la familia, L.

Al llegar a terapia toda la familia vivía junta, en compañía de la madre de ME con la que ella jamás tuvo buena relación. ME relata que su madre fue madre soltera y que nunca contó con el apoyo de su familia de origen, además de que jamás le proporcionó cariño ni atenciones.

DM tiene dos hermanas mayores, L quien actualmente está concluyendo la carrera de contaduría y trabaja, con lo que ayuda a sostener la economía familiar; F, quien ha concluido la carrera técnica en trabajo social y también aporta económicamente a la casa; después de DM se encuentra J, de 13 años y finalmente M de 6.

La familia de DM tiene serios problemas económicos, JA es zapatero y maquila calzado para una pequeña empresa, pero sus ganancias además de ser precarias son inestables ya que dependen de la cantidad de producto entregado; ME se dedica al hogar y mientras los hijos van a la escuela apoya a JA en la elaboración del calzado. ME y JA tienen discusiones constantes por el dinero ya que ME cuestiona el método de trabajo de su esposo y dice no sentirse apoyada por él, además tienen diferencias en cuanto al concepto de disciplina: mientras JA busca dialogar con sus hijos antes de castigarlos, ME tiene un estilo más autoritario que determina que los hijos se acerquen al padre cuando se trata de solicitar permisos, esto ha generado que ME se sienta frustrada al considerarse la villana de la familia.

DM es una estudiante de buenas calificaciones, su familia está al tanto de la relación que ella mantiene con Z y con la madre de este; a diferencia de la familia de DM, la situación económica de Z es desahogada y su madre es profesionista, la señora apoya económicamente a DM cuando lo necesita (le ha pagado consultas médicas, le ha comprado ropa y pagó los gastos de su fiesta de quince años) lo que detona problemas con ME quien cuestiona las intenciones de la madre de Z; estos cuestionamiento invariablemente derivan en discusiones con DM.

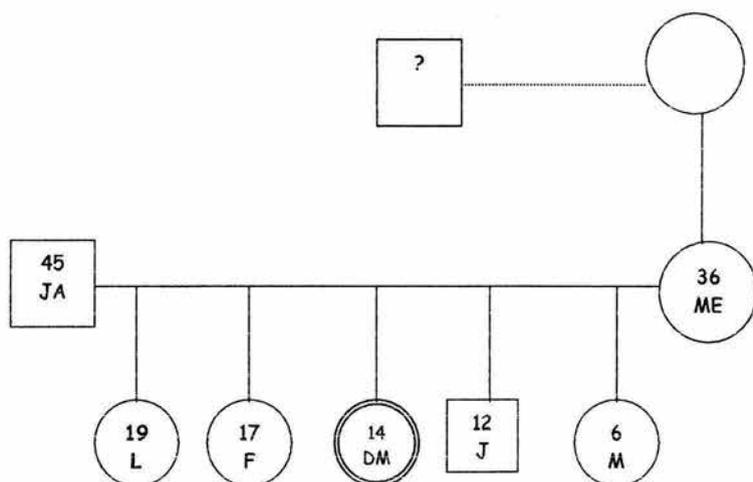
A pesar de que DM apoya en las labores de la casa y cumple con sus deberes como estudiante, es atacada constantemente por ME y por la abuela, quien la critica señalando las diferencias de carácter existentes entre DM y sus hermanas mayores; lo primero que se cuestiona son las amistades de la chica a quienes la madre y la abuela consideran malas influencias.

A diferencia de sus hermanas mayores, DM tiene la costumbre de llegar tarde después de clases ya que se queda platicando con sus amigos a la salida de la escuela, situación mal vista por la familia y especialmente por la madre.

DM comenta a la terapeuta que ha escapado en una ocasión de casa, refugiándose con la familia de su mejor amiga; la fuga sólo duró unas horas pero fue suficiente para movilizar a toda la familia. También refiere que cuando se siente muy enojada se corta superficialmente los brazos con pedazos de vidrios u otros objetos punzo cortantes.

Durante el transcurso de la terapia la abuela enfermó de manera grave y falleció, lo que generó cambios importantes en las relaciones familiares.

Familiograma



Motivo de Consulta

DM solicita el servicio de terapia por insistencia de sus padres, dice desear ser más madura y mejorar la relación con sus padres, específicamente con su madre.

Análisis

La familia de DM se ubica en la etapa de familia con hijos en la edad escolar o adolescentes (Minuchin, 1998), en la que los padres deben negociar nuevas pautas de relación cuando los hijos comienzan a confrontar el sistema de valores de la propia familia con la información que reciben del contacto con el grupo de pares. En la etapa de la adolescencia, de acuerdo con el autor, el grupo de pares cobra mayor

importancia ya que es el espacio en el que el adolescente tiene la posibilidad de contrastar los valores de la familia para empezar a conformar una visión del mundo propia. En esta etapa la familia se enfrenta a la necesidad de negociar la autonomía y el control que se tenían en etapas anteriores hacia los hijos que se encuentran en este estadio.

En el caso de DM, ella cuestiona a sus padres ya que al contrastar a su propia familia con la de sus amigos, desea realizar actividades que en su familia no están permitidas; por ejemplo, al salir de la escuela sus amigos no tienen problemas en quedarse algunas horas platicando mientras que en su casa es una regla el regresar inmediatamente después de clases; el convivir con la familia de Z también es un factor de crisis, ya que entra en contacto con un estilo de vida que sus padres no pueden financiar; esto trae un fuerte conflicto especialmente para ME quien se siente cuestionada al no poderle dar mejores condiciones de vida a sus propios hijos.

La familia de DM, específicamente ME, considera que las actitudes de la chica no son adecuadas al compararlas con las de sus hermanas, ya que ninguna de las dos presentó las conductas que tiene DM, las dos hermanas mayores son descritas como obedientes y caseras, mientras que DM prefiere pasar más tiempo con los amigos y el novio.

El equipo comentó desde la primera sesión que DM no parecía ser una adolescente conflictiva, de hecho, por la información proporcionada por la chica (y corroborada en las primeras entrevistas con los padres) nos quedaba la impresión de que DM era una adolescente bastante típica, que además no presentaba problemas en lo escolar y mostraba una buena disposición a participar en las actividades de la casa. De esto concluimos que nos encontrábamos ante un sistema rígido que no permitía la entrada de información proveniente del exterior.

Después de los primeros encuentros con los padres, quedó al descubierto un fuerte conflicto a nivel del subsistema conyugal que venía marcado por la imposibilidad para tomar acuerdos respecto a la educación de los hijos y por la situación económica de la familia. De esta información se pudo contextualizar la conducta de DM como tendiente a desviar la atención de la problemática de los padres hacia su persona.

Pittman III (1990) señala que los adolescentes pueden funcionar como salvadores de la familia, específicamente cuando se presenta una crisis en el subsistema parental, que puede ir desde problemas financieros hasta problemas de adicciones en alguno de los progenitores. Este autor señala que el síntoma o las conductas problemáticas en adolescentes cumplen la función de desviar la atención de una problemática que resulta amenazante para la integridad o subsistencia del sistema. De acuerdo a Pittman III una conducta clásica del adolescente salvador es la fuga de casa, la cual se puede suscitar cuando se presentan riñas fuertes entre los progenitores.

En el caso de DM, los problemas comienzan cuando la madre tiene mayores conflictos con JA por la crisis económica, también podemos relacionar la conducta de la adolescente con el fuerte conflicto que en esos momentos se suscitaban en la

familia por las constantes críticas de la abuela hacia ME y por los cuidados que esta requería por la gravedad de su estado de salud.

Las conductas de DM (la fuga, las auto agresiones, el tardarse para volver a casa) permiten a sus padres centrarse en la hija y posponer por momentos las fuertes discusiones que ya son una constante en la pareja.

Por todo lo anterior en algún momento el equipo planteó la necesidad de trabajar sólo con el subsistema conyugal, a fin de liberar a DM de la carga que en esos momentos llevaba y que estaba derivando en la auto agresión y en conductas que ponían en riesgo su integridad física (consideramos que la fuga podía ponerla en peligro, ya que estábamos ante una adolescente que a pesar de todo, no estaba acostumbrada a ir más allá de los límites de su colonia).

La muerte de la abuela fue un factor importante en el desarrollo del tratamiento, este acontecimiento se suscitó antes de la primera sesión en la que acudiría sólo la pareja y modificó el plan terapéutico trazado inicialmente.

A partir de este acontecimiento fue más fácil abordar la problemática de la pareja e incluir a la totalidad de la familia, lo que permitió explorar las pautas de interacción que mantenían los conflictos entre los subsistemas.

Al respecto, Pittman III (1990) señala cuatro tipos de crisis que se pueden suscitar en la vida familiar, una de ellas se refiere a las desgracias inesperadas y corresponde a acontecimientos que están fuera del control familiar (muerte, robo, accidentes, etc.) y que se caracterizan por que la tensión provocada es manifiesta y real.

El autor señala que cuando este tipo de acontecimientos se suscitan durante el proceso terapéutico ofrecen la oportunidad de resolver problemas familiares ya que "...la comunicación se abre y el contacto se entabla sin tener que volver a pelear viejas batallas (...) hay una oportunidad de curación si las emociones que suscita la crisis en curso adquieren prioridad sobre las emociones vinculadas a cosas del pasado" (pag. 31).

En este caso, el fallecimiento de la abuela abrió la oportunidad de explicitar los patrones comunicacionales de la familia y de centrarse en las conductas de apoyo que cada uno de los integrantes implementó para aliviar el dolor de ME; así mismo, se facilitó cambiar el foco de la conducta de DM hacia el resto de a familia, centrándonos especialmente en la pareja.

Desarrollo del Tratamiento e Intervenciones

Número de sesiones: 11

Se trabajó con la familia a lo largo de 11 sesiones (una se canceló) Al inicio del tratamiento sólo se trabajó con DM hasta que ésta accedió a invitar a sus padres a la terapia. Posteriormente, después de unas pocas sesiones en las que participaron los tres, el tratamiento se suspendió, primero por la enfermedad de la abuela y posteriormente por su fallecimiento.

A raíz de este acontecimiento se decidió invitar a toda la familia. Nuevamente se suspendieron las sesiones debido a que se atravesó un periodo vacacional y posteriormente la familia se vio imposibilitada a asistir debido a una temporada de

lluvias fuerte que trajo como consecuencia que se dificultara el traslado de la familia desde el norte de la ciudad hasta la Facultad. Cuando se volvió a contactar a la familia, JA informó que había platicado con su familia y que habían decidido no continuar con el tratamiento debido a que consideraban que las cosas marchaban mejor, se les solicitó que acudieran a una última sesión para cerrar, a lo que accedieron.

Este caso se abordó básicamente siguiendo el modelo de soluciones. Desde el inicio se buscó encontrar las excepciones al problema, explorando los momentos en que DM era capaz de evitar conflictos con su madre; de esta manera se buscaba encontrar las interacciones que ya estaban resultando exitosas; siguiendo esta misma línea, se formularon preguntas a futuro con el fin de que DM vislumbrara soluciones en cuanto a la relación con su madre.

De la misma manera, se exploraron las excepciones con los padres, pero ante la imposibilidad de los padres para identificar estas excepciones se recurrió a la estrategia de preguntar sobre el problema con el objetivo de identificar los marcos de referencia en los que la madre situaba el problema así como para identificar los intentos de solución, con el objetivo de plantear intervenciones dirigidas a modificar estos intentos.

Otra parte importante del trabajo consistió en despatologizar y normalizar el problema planteado por ME, con el objetivo de reenmarcar las conductas de DM en el contexto de la adolescencia y de esta forma establecer un motivo de consulta resoluble. De la mano de la normalización se utilizaron las connotaciones positivas, ya que para ME era difícil reconocer los puntos positivos de DM. De esta forma se trabajó sobre sus calificaciones, la ayuda que la chica le prestaba para cuidar a los hermanos menores y en las características personales que la familia consideraba positivas o agradables de la chica. DM refiere que su madre no confía en ella, esto es una constante desde que inicia el tratamiento por lo que también se connota positivamente a la madre señalando todas aquellas conductas en las que ME demuestra confianza a su hija.

Con estas intervenciones poco a poco ME deja de plantear la conducta de DM como el problema y comienza a acusar a JA de no apoyarla; en este punto se evidencia ante la familia que las conductas de DM han servido para mantener la atención de la familia alejada del problema conyugal, se le agradece que haya hecho todo lo posible para mantener a sus padres distraídos del problema real y se le felicita por haberlos llevado a terapia. Después de esto se acuerda con los padres trabajar en pareja. Justo en este momento de la terapia la abuela es hospitalizada y finalmente fallece.

Después de la muerte de la abuela el foco de la terapia deja de ser la relación entre DM y su madre. Durante las dos primeras sesiones que siguieron a este suceso, el equipo y la terapeuta acordaron centrarse en la madre y en lo que la pérdida de la abuela ha significado para la familia.

Se evidencia el patrón comunicacional de la familia, en el que nadie habla sobre sus sentimientos en un afán por proteger a los demás. ME refiere sentirse sola y no sentir el apoyo de su familia por lo que nuevamente se recurre a las preguntas de

soluciones, específicamente a aquellas que se refieren a excepciones, con el objetivo de que ME pueda observar las cosas que su familia ha hecho para apoyarla. Una vez que ME se muestra más tranquila nuevamente el foco del tratamiento se traslada a la relación de pareja; se explora el problema con el objetivo de encontrar las acciones que realizan JA y ME que se convierten en un problema.

En este punto la terapeuta connota positivamente a JA constantemente con el objetivo de que ME pueda identificar las conductas de su esposo que van dirigidas al cuidado de la familia.

También se normalizan algunas cuestiones que ME interpreta como problemáticas para así reencuadrarlas como diferencias de estilos de abordaje de problemas y no como desinterés por parte de JA (JA tiene un estilo muy diferente de resolución de problemas que ME califica como indiferencia, él toma las vicisitudes con tranquilidad y se toma su tiempo para resolver, mientras que ME se angustia y desespera si las cosas no se resuelven rápidamente; ambos estilos logran llegar siempre a soluciones aunque en tiempos diferentes).

Se recurrió a la pregunta del milagro en un momento en el que parecía que la familia era incapaz de encontrar soluciones, especialmente ME y las hijas mayores, quienes insistían en regresar a los conflictos cada vez que la terapeuta buscaba centrarlos en las soluciones y en las excepciones. A la siguiente sesión la familia, especialmente los hijos, refirieron encontrar cosas positivas en la interacción familiar y también reportaron cambios que se reflejaron en mayor convivencia y en una disminución importante de las discusiones.

Durante la última sesión que se tuvo antes de que se suspendiera el tratamiento, los hijos fueron de gran ayuda ya que evidenciaron muchos de los problemas que se generaban en sus padres, aportando ideas acerca de lo que sus progenitores podían hacer para mejorar su relación. Por todo esto se decidió prescribir la tarea de la sorpresa, con el objetivo de que ME pudiera centrarse en conductas de JA que no fueran necesariamente negativas.

El tratamiento se suspendió debido a dos razones: se presentó un periodo vacacional y posteriormente, la Ciudad de México sufrió una temporada de lluvias especialmente duras que afectó al norte de la ciudad, donde habita la familia, lo que hizo imposible que asistieran a las sesiones.

Fue imposible evaluar cuál fue el impacto de la última prescripción, sin embargo, cuando la familia regresó a cerrar el tratamiento ME mostraba una actitud diferente hacia JA, refirió sentirse mucho más apoyada por él, y en cuanto a la relación con DM sorprendió al equipo al alardear sobre el buen desempeño académico de la hija. La pareja comentó que realizaban más actividades juntos y que la familia se había centrado en apoyar a ME para superar la muerte de la madre.

Otro cambio importante fue la distancia que DM tomó de la madre de Z, con lo que la tensión entre la chica y su madre disminuyó notablemente. Aunque DM aún expresaba algunas quejas hacia las reglas familiares reconoció que su madre había hecho cambios importantes y que era más fácil comunicarse con ella.

Considero que siguiendo con lo planteado en el análisis, la crisis inesperada que sufrió esta familia sirvió para liberar a DM del papel de paciente identificada,

permitiendo llevar el tratamiento al abordaje de las interacciones familiares en general, y específicamente a la pareja.

Cambios

1. Estructura familiar: En este caso los cambios generados fueron a nivel de estructura familiar y no hubo repercusiones importantes a nivel individual. La familia al lograr hablar de sus sentimientos cambió la pauta de callar para proteger a los demás. Con esto lograron identificar conductas de cuidado que se prodigaban entre sí y que eran interpretadas como indiferencia. Al trabajar sobre el subsistema conyugal, fue posible que ME aceptara que JA tenía un estilo diferente al de ella de resolución de conflictos con lo que la relación de la pareja mejoró notablemente. Todo esto tuvo como consecuencia que DM pasara nuevamente al subsistema fraterno, con lo que las conductas auto agresivas desaparecieron. La relación entre DM y su madre también mejoró notablemente y ME logró reconocer los logros y puntos positivos de DM.

Caso 4. R y Y

Historia del Problema

R es una mujer divorciada, de 34 años de edad, con un hijo de 11 años quien al solicitar el servicio cursaba el 6to año de primaria. Rosa es pasante de la carrera de Biología, actualmente busca un tema para su tesis y está cursando el segundo idioma como requisito para la titulación; trabaja medio tiempo en un parque ecológico y se apoya con la pensión que le proporciona su ex marido.

R describe a Y como un niño introvertido. R se divorció del papá de Y cuando éste tenía aproximadamente 5 años; el matrimonio duró 6 años. Dos meses antes de la separación Y recibe una agresión sexual violenta en el jardín de niños; de esta agresión, aparentemente nadie del personal de la escuela se percató. R se da cuenta de la situación el mismo día, exige explicaciones y busca tratamiento para el niño. Menciona que el papá nunca se quiso involucrar en las terapias y su reacción fue de enojo y de tratar de encontrar al agresor. Poco después se rompe el matrimonio, JJ (el padre de Y) argumenta que R le pide demasiado.

En cuanto al abuso se le cuestionó si la agresión se dio realmente de esa manera ya que podría haber la posibilidad de que haya sido alguien del personal de la institución y que por lo mismo se les haya ocultado la verdad a los padres, R se muestra firme al mencionar que Y no le mentiría. R también ha tomado tratamiento, la última vez terapia de grupo en la Facultad de Psicología.

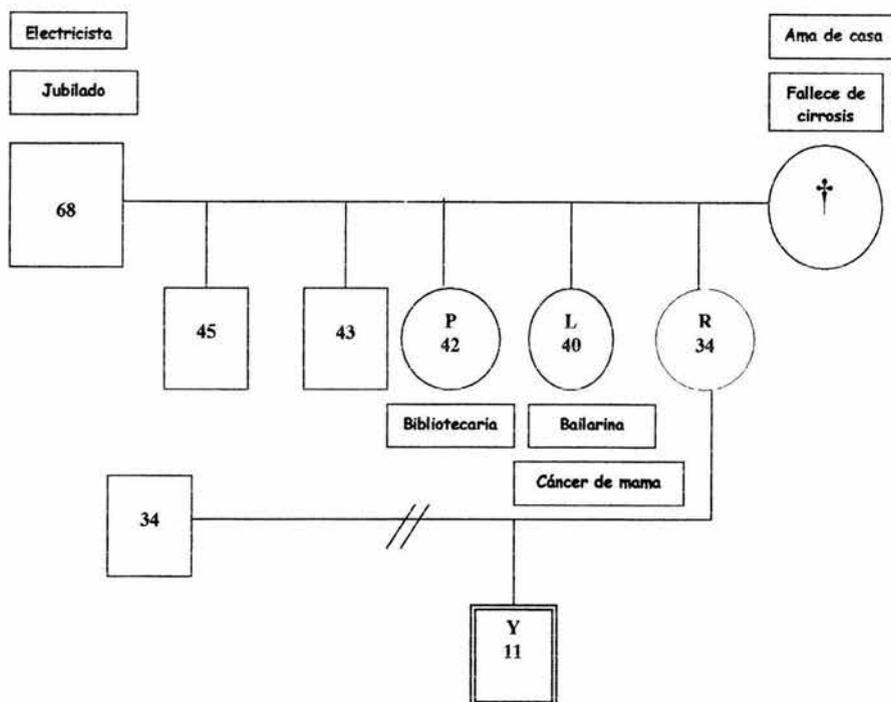
Cuando la pareja de R y JJ se unen, deciden vivir inicialmente en la casa de ella, poco después se trasladan a un terreno de la mamá de ella, pero por problemas con la familia extensa deciden dejarlo y trasladarse a un terreno de la familia de él. Actualmente JJ vive en ese mismo terreno en compañía de su nueva pareja y dos hijas producto de esta nueva unión. Y mantiene relación con su padre, vivió con él durante un ciclo escolar el año pasado, aunque R menciona que le pegaban, con lo que ella no está de acuerdo.

Y y R viven en la casa paterna de ella, comparten el espacio con dos hermanas mayores y con el padre, quien está jubilado y actualmente se ve obligado a pasar mucho tiempo en casa a causa de una enfermedad que casi lo lleva a perder el ojo. La relación con el padre es mala, R lo describe como autoritario y sexista, por lo que las hermanas han hecho frente común para liberarse de él; la relación entre Y y el abuelo es muy distante, ya que este último intentó disciplinar al niño con golpes, a lo que R se opuso por lo que el abuelo decidió poner distancia. La relación con las hermanas es buena, realizan actividades culturales juntas en su comunidad y la relación de las tías con Y es muy cercana, R se apoya en ellas para el cuidado del niño. La madre de R muere cuando ella tenía 14 años de cirrosis, menciona que por ser la más pequeña la madre quería tenerla siempre con ella, lo que la hizo sumamente dependiente; dice que se sentía como una muñeca.

Una de las quejas principales de R es su incapacidad para establecer una relación estable, ha mantenido relaciones con dos personas tras su divorcio pero ninguna ha durado, la última relación duró 2 meses; R relata que se trataba de un hombre de 38 años, de su misma profesión pero que nunca ha establecido una relación formal

por lo que el motivo de rompimiento fue que R exigía demasiado. Menciona que ha llegado a odiar a todos los hombres ya que la han hecho sufrir (en esto incluye a Y).

Familiograma



Motivo de Consulta

Se centra en las faltas constantes a la escuela (el niño faltaba varios días a la semana o incluso dejaba de asistir completamente), agresiones a la madre y tías (físicas y verbales), además de expresar constantemente deseos de morir y presentar conductas incendiarias que ponían en riesgo su vida y la de la familia (hace fogatas en la azotea en las que incinera sus juguetes y algunas cosas de la casa)

Perspectiva Teórica de la Problemática

La familia de R, de acuerdo a Minuchin y Fishman (1998) podría calificarse como de tres generaciones, en la que intervienen el abuelo, la madre (R), sus hermanas y Y. De acuerdo a los autores, en estas familias se da una cooperación en las diferentes tareas necesarias para el grupo familiar.

Siguiendo estas líneas, la tarea del terapeuta consistirá en buscar las fortalezas del grupo, evitando caer en la tentación de separarlas y promoviendo la separación de las funciones. En esta familia encontramos que hay un gran apoyo de la familia en cuanto a las actividades necesarias para la crianza de Y, sin embargo estas funciones no están definidas, lo que se refleja en una falta de constancia en cuanto a la disciplina, las reglas y los cuidados del niño. Cada uno de los adultos interviene de distinta manera sin acuerdos previos, lo que ha generado un sistema de reglas poco claro.

De acuerdo con el modelo de terapia estructural observamos que no hay una diferenciación clara entre los subsistemas, además de que los límites son muy laxos. El paciente identificado se encuentra en el subsistema ejecutivo y la madre, con respecto a sus hermanas, jugaba el papel de hija/hermana pequeña, compartiendo subsistema con su hijo con respecto a las tías; R se resiste a tomar el papel de madre ya que considera que no es capaz de cuidar a Y por sí misma. El padre está prácticamente fuera del sistema familiar aunque mantiene contacto con su hijo, sin embargo es descalificado constantemente por la madre.

Otro de los puntos que fue importante investigar y tomar en cuenta es el sistema de creencias de la familia, se trata de tres mujeres solteras que viven en el hogar paterno, sin embargo se consideran independientes ya que han logrado burlar la educación tradicional de la familia, especialmente del padre. Las tres comparten la creencia de que la libertad es el valor más importante y de que todos tienen derecho a decidir lo que es mejor para sí mismos, no creen en la medicina tradicional, recurren a terapias alternativas y son vegetarianas. De este sistema de creencias se deriva la convicción de R en cuanto a que Y debe ser libre de elegir si desea o no ir a la escuela, aunque la angustia que el chico decida no hacerlo.

Desarrollo del Tratamiento e Intervenciones

Número de sesiones: 19

Este caso me fue asignado durante la supervisión del modelo estructural y se trata de la primera familia con la que jugué el papel de terapeuta durante la residencia. Todo el caso se trabajó con equipo terapéutico, manteniendo la comunicación con este a través de un interfón.

A las sesiones sólo acuden la madre del paciente identificado y este, posteriormente se solicita que acudan otros miembros de la familia ya que consideramos podrían aportar información importante para el tratamiento.

En cuanto al enfoque utilizado, inicialmente se recurre al enfoque estructural. Puesto que R trata a Y como si fuera un adulto capaz de decidir por sí mismo, una

de las primeras tareas que se plantean es hacer clara la diferenciación entre madre e hijo, por lo que se recurre en la tercera sesión a una escenificación, en donde se deja en claro que el niño está cumpliendo funciones de adulto dentro de la familia, incluso se le exigen tareas de adulto (llegando al extremo de pedirle que decida acerca de su propia educación); esta intervención molesta a R quien se siente cuestionada y genera un claro malestar en Y, quien baja de la silla en la que esta parado con un gesto de molestia.

Se investigan los intentos de solución, uno de los más importantes es el de recurrir a apoyo psicológico, el niño ha estado asistiendo a toda clase de terapias desde los cuatro años, época en que es abusado sexualmente (el abuso es la explicación que la madre da a la problemática de su hijo), por lo que el equipo supone que el niño es consciente de la forma en que funciona la terapia, además de que conoce a la perfección el discurso de la madre, mismo que se repite en cada sesión y en el que destaca su sentimiento de impotencia ante su hijo, así como un sentimiento de ser víctima del padre de su hijo, de su propio padre y de sus hermanas, ya que nadie es capaz de comprender la difícil situación que ella vive al tener que criar a un niño sola.

El sistema de creencias resultó fundamental en la planeación del tratamiento, ya que tuvimos que trabajar con mucho respeto a estas ideas, ya que cualquier intento de hablar de disciplina o reglas, implicaba para la madre y posteriormente para la hermana, una amenaza a este sistema. Fue necesario modificar el lenguaje, por ejemplo, en lugar de decir castigos, hablábamos de consecuencias. Fue necesario reestructurar su definición de límites y disciplina, hablando de ambas como una forma de cuidado y de expresión de amor.

Siguiendo las definiciones clásicas de la terapia familiar, podemos decir que ésta es una familia que constantemente buscaba la homeostasis, impidiendo que se dieran cambios significativos (observamos constantes cambios para no cambiar) Es por esta razón que se decide recurrir a la utilización de intervenciones paradójicas a través de mensajes escritos, desafíos y utilizando principalmente la técnica de coro griego, que permitía no romper la alianza de la terapeuta con la paciente, responsabilizando al equipo de este tipo de intervenciones.

Otras intervenciones que se realizan durante el tratamiento son las amplificaciones, connotaciones positivas, reestructuraciones, etc. Se utilizó la amplificación para trabajar sobre los pequeños pasos que daba R en la toma de decisiones respecto a su hijo y sobre la disminución de la angustia ante los problemas que cotidianamente representa la crianza de un niño. Se connoto positivamente al abuelo como una figura importante para Y, también se connoto a las hermanas (cuestionadas por R constantemente) como parte fundamental de la crianza de Y y finalmente, connotamos positivamente a R cuando esta cuestionaba su papel de madre y se percibía como incapaz de lidiar con los problemas de su hijo. A nivel estructural, uno de los primeros cambios importantes fue el de la relación de R con sus hermanas, al hacerle notar que pareciera que seguía siendo una niña pequeña, R decide enfrentarlas ya que el equipo observaba que las hermanas, al mismo tiempo que le exigían que adoptara el papel de madre, cuando lo hacía la saboteaban descalificándola con Y; es por esta razón que se decide llamar a las

hermanas a la sesión ya que identificábamos, por una parte la necesidad de escuchar su versión del asunto, pero también porque se consideraba que R no era capaz de resolver el problema de disciplina por sí misma (la hipótesis en este punto es que R no tuvo de quien aprender conductas de maternaje ya que su propia madre no jugó ese papel con ella, pasando al cuidado de las hermanas quienes tampoco eran capaces de proporcionarle estas habilidades) y era necesario llegar a acuerdos con ellas.

Aunque en parte la hipótesis de que R era excluida del subsistema ejecutivo no era del todo errónea, sí percibimos que la tía estaba cansada de jugar el papel de madre ya que este definitivamente no le correspondía y exigía que R tomara mayores responsabilidades, mismas que R rechazaba reclamando mayor apoyo y comprensión de sus hermanas.

La primera entrevista con la hermana de R fue muy importante ya que aportó otro punto de vista al problema, comentó que los intentos de solución no eran lo que fallaba sino la falta de constancia y la falta de acuerdos en la familia. Con estos dos puntos fue que se comenzó a trabajar la cuestión de las reglas y la disciplina. También se trabajó para pasar a R al equipo ejecutivo y a tratar de subirla por encima de las hermanas (tarea que finalmente se logró)

Con la presencia de P en las sesiones se clarificó otra hipótesis: la conducta de Y permitía a R mantenerse distraída de sus propios problemas (además de que el abuso le permitía no tomar responsabilidades sobre la conducta de sus hijos), le permitía tener la atención de sus hermanas y por lo menos a P, le servía para no hacer otras actividades y tomar otras responsabilidades sobre su vida personal. Esto se le hizo llegar a la familia como un mensaje, felicitando a Y por haber hecho tantos sacrificios a favor de su mamá y sus tías. Es importante señalar que de estas sesiones con P, se lograron tomar los primeros acuerdos en cuanto a la educación del niño.

A partir de estas sesiones se empezaron a dar cambios en la familia, R empezó a mostrar una actitud mucho más firme hacia Y, haciendo pequeños cambios. También se permitió avanzar en algunos aspectos personales, que bajo el pretexto del problema del hijo no había trabajado (por ejemplo, la tesis, en el transcurso de la terapia consiguió definir un tema, conseguir un asesor y arrancarla), las conductas incendiarias desaparecieron a partir de la cuarta o quinta sesión y Y empezó a ausentarse cada vez menos de la escuela.

En cuanto a la hipótesis planteada anteriormente, esta se confirma, ya que en cuanto empieza a haber una mejoría en Y, R se interesa en tratar su problemática en cuanto a cuestiones de pareja, dejando claro que ella siempre que busca pareja lo hace con la intención de encontrar un padre para Y. Se hace la diferenciación nuevamente entre las necesidades de Y y las propias de R como mujer. R admite que el problema de Y la distrae de su propia depresión y de sus preocupaciones cotidianas.

Posteriormente a estas sesiones se producen cambios importantes en la familia, R empieza a admitir que la disciplina es necesaria, hace concesiones que para ella son casi un sacrificio, como establecer horarios para el niño y para ella, empieza a establecer reglas más claras y consecuencias. Es importante señalar que un factor

importante es haber trabajado solo con la madre ya que se percibió que cada paso que intentábamos dar en favor de reglas y límites claros era saboteado por Y, quien a cada avance de la madre respondía volviendo a las conductas anteriores, provocando angustia en R.

Los cambios en la actitud de R se reflejaron en una notable mejoría sobre el motivo de consulta, pero más importante los cambios se extendieron a la familia de R. P finalmente y después de muchos años decidió dejar la casa paterna y vivir con su pareja y el padre de R tomó una nueva actitud hacia su enfermedad (ambas hermanas se quejaban constantemente de que se comportaba como un niño pequeño, exigiendo atenciones y cuidados que él mismo era capaz de procurarse)

Ante la actitud de R y en vista de que el motivo de consulta estaba solucionado se decidió dar de alta a la familia.

Cambios

1. **Estructura familiar:** Se logró devolver a Y al sistema fraterno trabajando con R sobre el tema de los límites y los horarios. Con esto, R tomó su papel dentro del sistema parental sin que las hermanas quedaran relegadas, aún así se logró que ella tomará las decisiones más importantes en la vida de Y sin mermar el apoyo de las hermanas en la crianza del niño. Así mismo, la relación con el padre de R se relajó permitiendo que se le incluyera en el subsistema y logrando que dejara su postura periférica con respecto a las hijas y el nieto. En cuanto R comenzó a tomar el rol parental, una de las hermanas decidió dejar la casa paterna para vivir con su pareja; el abuelo a raíz de esto enfermó y R y su otra hermana se acercaron a él para cuidarlo.
2. **Individual:** El motivo de consulta se resolvió, Y dejó de hablar sobre morir y aunque su asistencia a la escuela no se regularizó del todo, comenzó a faltar menos y logró concluir la primaria y entrar a la secundaria. R retomó su tesis y cambió de trabajo a uno que le permitiera tener horarios fijos para estar con el niño; su angustia disminuyó en cuanto al tema de la crianza y retomó el trabajo para titularse de la licenciatura. Así mismo su relación con Y mejoró ya que dejó de centrarse en el problema y comenzaron a realizar algunas actividades conjuntas. Su sistema de creencias respecto a las reglas se modificó, comenzó a poner límites a la conducta del hijo y buscó una secundaria con un sistema disciplinario más estable para el niño, además se comprometió en actividades que demandaba la nueva escuela como ir a hablar con los profesores y a apoyar al niño en sus tareas.

2. Habilidades de Investigación

Durante el transcurso de la residencia y como parte de los requisitos del programa de maestría, cubrimos varias asignaturas (correspondientes al programa específico de terapia familiar y al tronco común) enfocadas al desarrollo y conocimiento de técnicas de investigación. La mayor parte de la formación recibida en este rubro se refirió a métodos de investigación cualitativos.

Siguiendo con esta línea se decidió desarrollar una investigación sobre menores en situación de calle y red social.

Para el desarrollo de dicha investigación se procedió a la elaboración de un marco teórico (como punto de partida) en el que recogimos información sobre las causas de la salida a calle en menores de edad, las características de dicho grupo y las diferentes investigaciones que se han generado sobre el tema. Posteriormente se realizó la recopilación de material acerca del tema de red social, recurriendo a diversos autores que han abordado esta temática.

El siguiente paso consistió en definir la población a la que queríamos enfocarnos. Discutimos la pertinencia de abordar a los jóvenes que viven en las calles, pero debido a que se trata de una población inestable consideramos que era mejor recurrir a las instituciones que trabajan con este sector. Definimos también que queríamos trabajar con adolescentes. Posteriormente analizamos las características de diferentes instituciones para finalmente decidirnos por Casa Alianza I.A.P.

Se decide acudir a esta institución por diversas razones:

1. Existían contactos al interior de Casa Alianza que podían facilitarnos la entrada.
2. La cercanía, ya que la institución se encuentra ubicada a la salida del metro Hidalgo (Centro Histórico) lo que nos facilitaría el traslado a dicha institución.
3. Casa Alianza cuenta con un programa de voluntariado, lo que facilitaba nuestro acceso a la población.

Teniendo todos estos elementos en cuenta se procedió a definir la metodología. Decidimos realizar historias de vida, por lo que se elaboró un pequeño guión para la realización de las primeras entrevistas.

Al ingresar al trabajo en la institución y observar las condiciones de la misma, decidimos realizar cambios metodológicos en función de las características de la población meta por lo que acordamos aplicar entrevistas cualitativas a profundidad, definiendo un solo encuentro con cada menor.

Se decidió trabajar con una muestra compuesta por mujeres ya que encontramos una gran disposición de su parte a participar en las entrevistas.

Debido a la riqueza de la información proporcionada por nuestras informantes y a que el periodo de investigación estaba limitado a cinco meses, decidimos realizar seis entrevistas con las menores que accedieron a participar en el proyecto.

La siguiente fase de la investigación consistió en transcribir cada una de las entrevistas, con el fin de analizarlas y establecer ejes y categorías que nos permitieran llegar a conclusiones.

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento. Atención y prevención comunitaria.

3.1 Elaboración de productos tecnológicos.

Elaboración de material didáctico

Como parte de las actividades de la Residencia se colaboró con la Dra. Mary Blanca Moctezuma en la elaboración de un programa de educación a distancia sobre construccionismo social. A mi cargo estuvo la elaboración del primer capítulo de este trabajo titulado *¿Qué es el construccionismo social?* en el cual desarrolle los siguientes puntos:

- **Introducción:** en esta parte se habla acerca de los antecedentes de esta teoría, se retoman los puntos de vista de los autores más representativos (específicamente Keneth Gergen y Tomás Ibáñez) y los postulados que la sustentan.
- **Objetivos:** se elaboraron los objetivos que deberán cubrirse al finalizar el estudio del capítulo.
- **Temario:** se definen los temas (del capítulo) que deberán estudiar quienes participen en este curso.
- **Guía de estudio:** se elaboraron algunas preguntas y se proporcionaron los puntos más importantes a abordar y entender para este capítulo.
- **Bibliografía:** define los textos que el estudiante deberá estudiar a fin de cubrir los objetivos de estudio y se proporcionan sugerencias para quienes se interesen en ahondar más en el tema.

El documento final constó de 10 capítulos, en los que se abordó la importancia del construccionismo social desde sus bases epistemológicas hasta los desarrollos que en terapia familiar han resultado de él.

Traducción y elaboración de material didáctico.

En el último semestre de la residencia se trabajó sobre textos en inglés que retoman investigaciones sobre impacto de la terapia familiar por modelos y que a

partir de esta investigación desarrollan programas de intervención específicos para diversas problemáticas.

3.2. Habilidades de enseñanza y difusión

Como parte de estas actividades tuve la tarea de traducir el texto *Prescriptive psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection* de Beutler y Harwood.

Los autores desarrollaron un modelo de terapia al que denominaron Terapia Prescriptiva. La Terapia Prescriptiva está diseñada específicamente para objetivos e intervenciones altamente efectivas que probablemente derivaran en un formato de tratamiento que varía en duración e intensidad para ajustarse a una variedad de problemas.

Este modelo está enfocado a pacientes diagnosticados con depresión cuyo diagnóstico se encuentra complicado con otros tipos de factores.

La propuesta de la terapia prescriptiva consiste en desarrollar manuales estandarizados para la aplicación de este modelo de intervención.

El trabajo realizado durante el semestre consistió en la traducción de varios capítulos seleccionados por la Dra. Moctezuma Yano; la traducción se plasmó en un resumen con los puntos más importantes del modelo; además se elaboró una presentación en Power Point.

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión

En este rubro participé elaborando material didáctico sobre el tema *Entrevista Interventiva* de Carl Tomm dirigido a estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar del segundo semestre.

Como parte de la actividad se realizaron tres sesiones con los estudiantes de la residencia en las que se expusieron las características principales del texto, apoyando la exposición en acetatos.

3.4. Programas de intervención comunitaria

Con el objetivo de cumplir con uno de los lineamientos de la residencia que se refiere a la intervención comunitaria, se elaboró una serie de talleres dirigidos a padres de familia. Se decidió solicitar a una persona encargada de desarrollar este tipo de actividades por parte de la SEP nos abriera un espacio en los grupos de padres con los que trabaja la Dirección de Educación Inicial. Esta instancia, en su modalidad no escolarizada, realiza trabajo comunitario con padres de familia de

niños menores a 4 años, con el objetivo de dotarlos de habilidades encaminadas a garantizar una mejor calidad de vida.

El primer paso consistió en el acercamiento con la licenciada Leda Silva Victoria, encargada de brindar la atención a la Delegación Coyoacán. La licenciada nos proporcionó el temario con el que trabaja dicho programa solicitándonos que seleccionáramos alguno de los temas ahí incluidos.

Es importante señalar que los temas a trabajar se acuerdan desde el inicio de los talleres con los padres participantes y con el profesorado de la escuela.

De acuerdo con lo anterior es que decidí trabajar sobre el tema de Ciclo Vital de la Familia y Prevención al Abuso Sexual Infantil. Para ambos temas me fueron cedidas 4 sesiones, cada una de 2 horas y media aproximadamente.

Como primer paso en la elaboración de los talleres se elaboró un temario en el que incluyeron los principales subtemas a trabajar, materiales requeridos, dinámicas y bibliografía. La escuela en la que se presentaron estos talleres solicitó una pequeña descripción del tema a trabajar así como los objetivos del mismo.

El trabajo consistió en la aplicación de técnicas vivenciales para involucrar y sensibilizar a los participantes sobre el tema a tratar; posteriormente se proporcionó información teórica y se abrió un espacio al final para dudas y comentarios; en esta parte es importante señalar que los participantes compartieron con el grupo historias personales o bien, solicitaron de manera directa apoyo para resolver situaciones específicas, todas relacionadas con la crianza de sus hijos.

En cada una de las sesiones se trabajó conjuntamente con dos profesoras del plantel y con la licenciada Silva, quien desde un principio facilitó nuestra entrada al grupo.

3.5. Reporte de presentación del trabajo realizado en foros académicos.

En este punto se me invitó a participar en las jornadas de Cine - Análisis a cargo de la Dirección de Educación Continua de la Facultad de Psicología.

Tuve la oportunidad de analizar la película *Los Olvidados* de Luis Buñuel, para lo cual la responsable de este espacio me solicitó expusiera sobre la situación de los menores en situación de calle y la historia presentada por Buñuel. Para este fin elaboré una ponencia al respecto, en el que se abordan los puntos de coincidencia entre la historia y la problemática actual de los menores en situación de calle, así como una pequeña filmografía sobre el tema.

En esta misma instancia participé en el ciclo *Álbum de familia*, comentando la película italiana *Rocco y sus hermanos*, esta vez el análisis y la discusión se centraron en el análisis de la dinámica familiar tomando como punto de partida el modelo de la escuela de Milán (se anexan los análisis).

En el transcurso de la residencia participé como asistente a actividades relacionadas a la práctica de la Terapia Familiar:

1. Taller - homenaje, *Salvador Minuchin: El arte de la Terapia Familiar durante 50 años*; organizado por ILEF el 21 y 22 de febrero del 2002 en la ciudad de México.
2. Curso, *Familia, discapacidad y enfermedad crónica*; organizado por el Centro Nacional de Rehabilitación del 2 al 6 de junio del 2003 en la Ciudad de México.
3. Curso, *Lineamientos para el abordaje de casos de violencia familiar*; organizado por ILEF, con duración de 36 horas.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen habilidades y competencias profesionales adquiridas

En cuanto a las habilidades adquiridas a lo largo de la formación en el programa de maestría, estas se pueden dividir en habilidades teórico conceptuales, habilidades clínicas, habilidades para la investigación y habilidades de compromiso y ética profesional.

Habilidades teórico conceptuales

A lo largo de los cuatro semestres se revisaron los diferentes modelos que constituyen el cuerpo de la terapia familiar, así como teorías como el constructivismo, el construccionismo social y el posmodernismo. Así mismo tuvimos la oportunidad de revisar las bases de la teoría sistémica.

Todo esto permite la integración no sólo de diferentes modelos terapéuticos, también proporciona la habilidad de entender el fundamento de dichos modelos y la manera en que epistemología y terapia se engarzan; las discusiones acerca de epistemología mueven a la reflexión sobre el impacto que sobre la práctica clínica tienen conceptos como ética, objetividad, subjetividad, poder, etc, lo que tiene como consecuencia un impacto directo sobre las habilidades clínicas.

Por otra parte, revisamos algunas bases de psicoanálisis y psicopatología, lo que permite entablar una discusión acerca de las diferencias y coincidencias entre dos escuelas terapéuticas fundamentales en el desarrollo de la clínica.

A través de la revisión de los modelos terapéuticos y de los diferentes enfoques epistemológicos se adquirió la habilidad de analizar y discutir la viabilidad de dichos modelos, analizando de manera específica cada uno de los elementos que conforman cada uno de los modelos estudiados, lo que permite contrastarlos y discutir su viabilidad y aplicación a diferentes problemáticas.

En conclusión, el desarrollo de habilidades teórico conceptuales impacta directamente sobre la práctica clínica, y que nos permite adquirir los conceptos básicos y necesarios para el trabajo frente a paciente, pero desde una postura crítica que conlleva el análisis y contrastación de modelos, la reflexión acerca de posturas personales (que se relacionan con habilidades éticas) y la integración de conceptos más cercanos a la filosofía pero que forman parte de la columna vertebral de la terapia familiar y de la reflexión sobre el que hacer del terapeuta.

Habilidades clínicas

A través del trabajo terapéutico formando parte de un equipo adquirí al habilidad de observación del trabajo clínico, habilidad que considero la base de la formación, ya que a través de este proceso se establecen estrategias de intervención y habilidades para el diagnóstico de las problemáticas presentadas.

El hincapié sobre el proceso de entrevista representa otra habilidad fundamental para el terapeuta, ya que permite no sólo la obtención de información adecuada para cada caso, también permite entablar una buena relación con quienes solicitan el servicio.

Ligada con las habilidades de entrevista se encuentra la habilidad para definir motivos de consulta y establecimiento de objetivos terapéuticos. En este rubro considero que es primordial el lograr establecer una buena relación terapéutica para de esta forma llegar a objetivos conjuntos con la familia.

Tanto en la entrevista como en la definición de motivo de consulta y establecimiento de objetivos, es importante la capacidad de escucha hacia la problemática presentada por cada una de las familias; al hablar de escucha es importante mantener una postura de respeto y libre de prejuicios que permita no solo una relación terapéutica adecuada, sino también que permita una adecuada recolección de información.

En las habilidades clínicas juegan un papel importante las habilidades teóricas, ya que el manejo de los modelos permite su correcta aplicación. Debido a esto, otra habilidad importante adquirida a lo largo de la formación es la de aplicar de manera correcta la metodología de cada uno de los modelos desarrollados a través del programa de residencia.

El manejo de los modelos también permite discernir que técnicas y procedimientos resultarán efectivos en la resolución del motivo de consulta. Siguiendo con este punto otra habilidad importante es la referente a la creación y adecuación de técnicas de intervención; esto resulta importante ya que las intervenciones se definen de manera específica para cada caso, resultando importante apelar a la creatividad del terapeuta para adecuar o crear técnicas de intervención, apegadas al modelo pero que retomen elementos de la realidad, sistema de creencias y características personales de cada paciente y/o familia.

Así mismo, a través de la formación tuvimos la oportunidad de ejercitar de manera continua la habilidad para la formulación de hipótesis, habilidad fundamental principalmente cuando se pretende trabajar con modelos como el de Milán, que demandan el replanteamiento constante de las hipótesis terapéuticas.

A través de diferentes ejercicios teóricos se ejercitó esta habilidad que además requiere capacidad de análisis, discusión y observación de cada una de las sesiones para poder plantear y en su momento replantear las hipótesis que guiaban el desarrollo de cada uno de los casos.

Finalmente se adquirió la habilidad de elaborar reportes de tratamiento, habilidad que resultó fundamental ya que estos reportes reflejan la capacidad de análisis sobre el tratamiento y resultan ser una fuente de retroalimentación importante para el que hacer terapéutico.

Cabe señalar que los reportes entregados a lo largo de la formación requirieron de un gran esfuerzo para ligar cada uno de los procesos clínicos con el conocimiento teórico, con lo que se refuerza la habilidad de aplicación de la metodología de cada modelo con los casos observados.

Habilidades de Investigación

En el desarrollo del programa de residencia se cursaron materias enfocadas a desarrollar en los estudiantes habilidades para la investigación y la enseñanza.

En estas asignaturas adquirimos habilidades para el desarrollo de instrumentos de investigación tanto cuantitativa como cualitativa. Se desarrolló la capacidad para establecer y delimitar un problema de investigación, evaluar que tipo de instrumento resulta adecuado para cada problema y las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar y evaluar dichos instrumentos.

En cuanto a la delimitación de problemas, se adquirieron habilidades para desarrollar marcos teóricos que permitan delimitar el tema a investigar así como toda la información necesaria para tener una visión del contexto en el que se enmarca el tema de interés.

Todo lo anterior nos proporcionó las habilidades necesarias para poder diseñar y conducir el proyecto de investigación sobre Red Social en menores en situación de calle; específicamente para este proyecto pudimos aplicar cada una de las habilidades antes mencionadas, desde investigar las características e implicaciones de la red social y las principales características de los menores en situación de calle, hasta la elección del método más adecuado para la recolección de datos y el procesamiento de la información.

En cuanto a las habilidades para el establecimiento de condiciones para el trabajo multidisciplinario se cubrió, ya que para el desarrollo de la investigación se hizo necesario establecer, en primer lugar, contacto con otra institución ajena a la UNAM y en segundo lugar, para tener acceso a la población era requisito fundamental establecer una red de apoyo con profesionistas de diferentes áreas sociales.

Habilidades de compromiso y ética profesional

A través de la reflexión en temas como el Construccionismo Social se desarrolló la habilidad para establecer valores y actitudes en la persona del terapeuta encaminadas hacia el respeto para con las familias atendidas; entendiendo el respeto a partir de validar las diferentes creencias presentadas por cada uno de los sistemas que requerían el servicio, más allá de que dichas creencias concuerden o no con las personas.

Esto no implica el abandonar el propio sistema de valores, más bien se refiere a la necesidad de reconocer la diversidad de ideas. En éste sentido la reflexión acerca del posmodernismo y la discusión que éste plantea sobre la objetividad, toma gran importancia ya que permite al terapeuta reconocer sus propios valores y retomar la propia experiencia personal, enriqueciendo sustancialmente la relación terapéutica. Es importante señalar que como parte de las habilidades adquiridas y necesarias para el trabajo terapéutico se encuentra la de mantener la confidencialidad de los

casos revisados, habilidad que se desarrolla a través del manejo adecuado de expedientes, videos y reportes de casos. Así mismo es fundamental el respeto a las necesidades de los usuarios, habilidad necesaria cuando se trata de encontrar el justo medio entre los requerimientos académicos y las necesidades presentadas por cada uno de los pacientes (por ejemplo, el respeto al tiempo necesario para cada tratamiento más allá de los periodos establecidos para cada materia, o el reconocer la inviabilidad de ciertas intervenciones, que de aplicarse podrían reeditar en cierto reconocimiento académico pero que podrías no ser las más adecuadas para cada familia atendida)

En cuanto al compromiso social, el haber desarrollado el trabajo clínico en la Facultad de Psicología, permite reflexionar sobre la necesidad de brindar atención en poblaciones marginadas, con pocos recursos económicos para acceder a tratamientos privados.

El acercamiento a esta realidad social también permite el desarrollo de la conciencia sobre los problemas sociales y económicos que aquejan a la población de nuestro país y las implicaciones que estos tienen sobre la salud mental y las vidas de las personas más allá de las teorías psicológicas.

En este sentido, el haber podido trabajar de manera voluntaria en Casa Alianza amplía de manera sustancial la visión sobre una problemática tan compleja como la de los menores en situación de calle. Esta experiencia me ha permitido reflexionar acerca de las implicaciones de la pobreza en las crisis familiares que pueden llevar a niños y niñas a elegir una alternativa de vida tan dramática como la que representa la calle.

Más allá del compromiso social que como terapeuta se deriva del trabajo con estos sectores de la población, considero que el haber tenido la oportunidad de realizar estudios de posgrado en una universidad pública y con el privilegio de una beca, me compromete a retribuir a la sociedad con los conocimientos adquiridos a través de esta formación.

2. Incidencia en el campo psicosocial

Como se ha analizado en el primer apartado de este reporte, las condiciones socioeconómicas de nuestro país se han modificado, con lo que la composición familiar y las problemáticas que se presentan también varían, lo que necesariamente lleva a la necesidad de adaptación de los modelos terapéuticos a estas realidades. Desde este punto de vista, encontramos características en las familias que desde otras perspectivas terapéuticas y en años anteriores, podrían considerarse disfuncionales (por ejemplo, la distribución de las responsabilidades de manutención ya no recaen en el hombre, quien anteriormente era considerado el proveedor por excelencia, actualmente encontramos una mayor participación de la mujer en el campo laboral y con esto necesariamente se comparte el cuidado de los hijos con instituciones y otros miembros de la familia) y que al ser analizadas a la luz de los datos que refleja la situación social y económica de nuestro país, encontramos que son cambios necesarios para la sobrevivencia del grupo familiar. Desde este punto de vista, la perspectiva sistémica que no maneja modelos

normativos de familia, permite integrar estas características dejando de lado la estigmatización. Así mismo, la ventaja de utilizar enfoques de terapia posmoderna consiste en que el terapeuta será capaz de entender los diferentes estilos familiares como discursos determinados por el contexto social, político, económico y cultural de cada familia o cliente que solicita terapia. Es decir, estamos ante perspectivas de abordaje terapéutico que permiten incluir el análisis contextual para la elaboración o construcción del proceso de terapia.

Al conocer los principales problemas que se presentan en el campo psicosocial, se amplían las posibilidades de conocer las características primordiales de aquellos grupos sobre los que habrá de incidir la práctica clínica. Por ejemplo, el saber que en nuestro país el sector juvenil es predominante y las problemáticas a las que se enfrenta, permite reflexionar sobre los abordajes más adecuados para enfrentar problemas como adicciones, conductas sexuales de riesgo y violencia, entre otras.

En cuanto al abordaje de la violencia familiar se hace necesario conocer no solamente los factores que pueden desencadenar este problema (que por su magnitud ha llegado a ser considerado un problema de salud pública) sino las circunstancias sociales que rodean a este fenómeno. Se hace necesario que el terapeuta conozca las modificaciones que se han hecho al código penal sobre este tema, para de esta forma poder orientar a quienes son víctimas de este fenómeno. Al conocer las características de las víctimas de violencia, el terapeuta puede evitar caer en mitos, por ejemplo, aquellos que señalan que las mujeres violentadas pertenecen a clases económicas marginadas y con niveles educativos bajos, cuando las estadísticas revelan que el nivel educativo o el poder adquisitivo no condicionan ningún tipo de protección contra este fenómeno.

Los cambios que se presentan en el contexto socioeconómico del país plantearán nuevos retos para los terapeutas familiares, desde replantear la construcción que cada uno de nosotros ha elaborado acerca de lo que debe ser una familia, hasta analizar nuevas problemáticas integrando elementos diferentes áreas.

Estamos en una época en la que la pareja homosexual comienza a ser aceptada, en la que cada vez más mujeres toman la decisión de ser madres sin un compañero, y en la que comenzamos a encontrar hombres que enfrentan la paternidad sin una mujer al lado.

Las habilidades adquiridas a lo largo de la maestría deberán proporcionarnos nuevos marcos de referencia para entender estas nuevas circunstancias sin caer en la etiquetación y reconociendo y confrontando el sistema de valores y creencias personales. La integración de las habilidades permitirá a los terapeutas familiares conformar nuevas alternativas de intervención para el contexto social cambiante que actualmente enfrentamos.

3. Análisis del sistema terapéutico total.

Si tomamos como punto de partida las aportaciones de la cibernética de segundo orden, podremos entender la importancia del equipo terapéutico y del trabajo en cámaras de Gesell en la formación del terapeuta. El incluir un sistema de observación en el proceso de terapia permite tener una perspectiva ampliada de la

labor del terapeuta, con lo que es posible observar detalles del proceso que aún con el apoyo de las video grabaciones pueden escapar al ojo de quien está en formación. Siguiendo la teoría de los sistemas se puede afirmar que el **sistema terapéutico total** se encuentra conformado por dos subsistemas:

- El sistema terapéutico, integrado por la familia y el terapeuta
- El sistema de supervisión, conformado por el equipo de supervisión y el supervisor

El equipo terapéutico devuelve información desde distintas perspectivas que enriquecen la experiencia de aprendizaje, además de que da acceso a diferentes puntos de vista determinados por la historia personal (sistema de creencias) y académica de cada uno de los miembros del equipo que ayudan a construir una perspectiva más rica de cada caso abordado.

El trabajo en el sistema terapéutico total conformado por el supervisor, el equipo, el terapeuta y la familia exige de los terapeutas integrar el conocimiento teórico, habilidades clínicas como la observación y habilidades de tipo ético, así como reconocer el propio sistema de valores y confrontarlo con el de los demás elementos del sistema, entre otras habilidades.

El trabajo realizado dentro de este sistema terapéutico total permite analizar los casos presentados en diferentes niveles que van desde el contenido, la teoría, el proceso, las estrategias y técnicas de intervención y finalmente el contexto.

En el nivel de contenido se analizan las conductas y patrones de relación que lleva a la familia a terapia, así como su estructura y sistema de creencias. De la misma manera se hace necesario retomar los mismos elementos para entender la forma en la que el terapeuta se relaciona con el sistema de supervisión y con la familia. El sistema de creencias tanto del supervisor, del terapeuta como del equipo definirán muchas de las intervenciones planteadas, lo que repercute directamente en el resultado del proceso terapéutico. Independientemente de las habilidades y la experiencia de cada uno de los miembros del sistema de supervisión y del propio terapeuta, las creencias se reflejarán y deberán manejarse cuidadosamente para evitar descalificar el propio sistema de valores de la familia. El sistema de creencias de cada uno de los elementos que conforman el sistema terapéutico total es uno de los elementos que no pueden dejarse de lado en el proceso terapéutico.

Desde el análisis teórico, cada caso será abordado de acuerdo al modelo que en ese momento marca el sistema de supervisión, ya que la formación del supervisor y el momento formativo en el que el sistema de supervisados se encuentra determinará aquellos modelos bajo los que se trabajará cada caso.

En cuanto al análisis de los procesos es importante para el impacto de la intervención el momento formativo por el cual el terapeuta y el equipo atraviesan, así como la relación que los supervisados mantienen con el supervisor. Definitivamente la integración entre los miembros del equipo y la relación que éstos mantienen con el supervisor influirán en el abordaje y el resultado de cada uno de los casos revisados.

El análisis de las estrategias y técnicas terapéuticas también dependerá en gran medida de la formación y estilo de enseñanza de cada uno de los supervisores, mientras en algunos casos encontramos supervisores con estilos directivos también

encontramos otros que otorgan mayor libertad a los estudiantes para decidir; sin embargo, considero que el estilo del supervisor también depende del momento por el que los estudiantes pasan y por las mismas necesidades que cada caso plantea. La planeación juega un papel fundamental en el trabajo de formación terapéutica, ya que es en este momento en el que se intercambian ideas y puntos de vista entre el equipo, el supervisor y el terapeuta, este intercambio no siempre genera un acuerdo pero permite vislumbrar diversas posibilidades de intervención. En este punto considero que la experiencia profesional de cada uno de los supervisores (más allá de su formación teórica) delineó el rumbo de cada caso.

El análisis del contexto histórico y cultural también resulta importante ya que permite enriquecer el trabajo del terapeuta. El comprender el contexto de cada familia permite un mejor trabajo terapéutico e influye en la comprensión del motivo de consulta. En este sentido también se hace necesario que el propio sistema de supervisión y el terapeuta tengan claridad sobre su propio contexto ya que esto también influirá en el trabajo con las familias.

El haber tenido la oportunidad de trabajar en equipo da la oportunidad de desarrollar e integrar cada una de las habilidades señaladas anteriormente, además de contrastar puntos de vista, lo que finalmente se refleja en el desarrollo de un estilo personal, y en la capacidad de identificar aquellos modelos con los que individualmente cada estudiante se identifica.

La gran variedad de problemáticas presentadas por las familias atendidas a lo largo de la residencia sirve para enriquecer la formación del terapeuta; a diferencia de sedes especializadas, la sede de la Facultad de Psicología brinda atención a la población en general por lo que los motivos de consulta se diversifican, obligando a quien está en formación a adaptar los modelos y las intervenciones a las características de cada demanda, con lo que las habilidades adquiridas necesariamente se deben poner en práctica para poder responder a diversas necesidades. Al recibir la formación en esta sede, no existe una especialización en una problemática específica, se hace necesario desarrollar la habilidad de adaptación a una gran cantidad de características, condiciones y problemáticas presentadas.

El crecimiento profesional del terapeuta se ve reflejado en cada uno de los casos, ya que conforme avanza el semestre las herramientas y habilidades teóricas y prácticas aumentan, por lo que el trabajo personal con cada familia se ve enriquecido con las experiencias anteriores.

Finalmente, pero no menos importante, la experiencia y conocimientos de cada uno de los supervisores, así como el estilo personal de cada uno de ellos resultó ser parte fundamental en el proceso de formación de la residencia.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

Tomando como punto de partida los diferentes aspectos del programa, podemos concluir que cada uno de ellos sirve al propósito de formar al terapeuta integralmente, no sólo en el aspecto de la práctica clínica, sino proporcionando también la posibilidad de desarrollarse en diferentes áreas relacionadas con la salud mental.

El desarrollar habilidades para la investigación resulta ser una capacidad que podrá extenderse a otras áreas de la psicología más allá de la práctica clínica, permitiendo el desarrollo profesional del terapeuta en campos variados.

Tomando la parte de la formación teórica se puede afirmar que esta permite la comprensión de cada uno de los modelos, al estudiar los antecedentes de la terapia familiar y el sustento teórico que respalda a cada uno de ellos, el estudiante tiene una visión completa de lo que se encuentra atrás de cada intervención, posibilitando una aplicación razonada y no la aplicación técnica o mecánica, que ha manera de receta podría darse de la terapia.

Por otra parte, la discusión epistemológica que se da en la residencia enriquece y obliga a reflexionar sobre la responsabilidad personal, las implicaciones éticas y las condiciones personales de quien participa en la formación.

Considero que uno de los aspectos más importantes fue el trabajo desarrollado en Casa Alianza, ya que de esta forma tuve la oportunidad de aplicar cada una de las habilidades que conforman el perfil del egresado a una situación complicada, debido a que las características de la población meta requieren de la capacidad de adaptación por parte del terapeuta, desde las condiciones físicas en donde se desarrolló la práctica, hasta las condiciones de la población (determinadas por la pobreza, la adicción, el encierro y la violencia) que influían en el trabajo de investigación y de intervención terapéutica.

El haber desarrollado trabajo comunitario proporciona una visión amplia de la labor del terapeuta que no se circunscribe al consultorio, permitiendo reconocer que quienes nos formamos en esta área podemos intervenir para prevenir el desarrollo de problemáticas que posteriormente requerirán de la atención de un terapeuta. El trabajo comunitario tiene la virtud de permitir al profesional de la salud acceder a grupos relativamente amplios de la población, para proporcionar herramientas, que como se ha señalado, prevengan el desarrollo de ciertas problemáticas o que sirva como proceso de detección temprana (esto es importante por ejemplo, en el contexto escolar) Para desarrollar trabajo en comunidades se hace necesario contar con cierto grado de creatividad para poder elaborar estrategias que posibiliten llegar a un segmento amplio de la población, además de que permitan capturar el interés de los usuarios. A diferencia de la práctica en consultorio, en la que el cliente solicita el servicio, en la comunidad se hace necesario que el profesional de la salud implemente una serie de estrategias que atraigan la atención del grupo a quien va dirigido el trabajo. En este mismo sentido, el participar en actividades relacionadas en la docencia, además de permitir al estudiante poner en práctica habilidades diferentes a las requeridas frente al paciente, también prueba la calidad de los conocimientos adquiridos. Al igual que en

el trabajo comunitario, las actividades de apoyo a la docencia exigen creatividad y un dominio de los temas a desarrollar. La participación en este tipo de actividades proporciona una visión amplia del campo laboral al que se puede integrar el terapeuta.

Tomando en consideración todos los aspectos que conforman este reporte se puede concluir que la experiencia de formación en Terapia Familiar obliga al estudiante a integrar constantemente cada uno de los temas, conocimientos y habilidades que se abordaron a lo largo del programa, dando como resultado un cuerpo de conocimientos y habilidades articulados entre sí.

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo: reflexión personal

A nivel personal considero que el realizar cualquier tipo de posgrado resulta una experiencia satisfactoria, más si el campo de estudio de la misma coincide con las metas profesionales individuales.

El proceso de aprendizaje de la residencia enriquece a nivel personal al permitir el contacto con diferentes puntos de vista representados en los compañeros de formación y en el profesorado. El hecho de desarrollar un trabajo práctico intenso necesariamente confronta las creencias personales del terapeuta con la diversidad de historias que cada familia o cliente lleva al espacio terapéutico, ya que estas pueden coincidir con la propia experiencia, lo que permite una visión de las experiencias de cada uno de los residentes, pero también permite la confrontación al encontrar diversas formas de entendimiento del mundo, distintos valores y creencias, lo que conlleva el repensar el sistema de creencias de quien pretende hacer terapia.

Una de las experiencias más ricas de la formación - a consideración personal- fue el haber revisado la historia familiar del terapeuta, ya que esta experiencia me permitió clarificar cual es mi propia construcción de la realidad, de la cual no me desprendo en la práctica, lo que me lleva a reflexionar con cada caso cuales son mis coincidencias y divergencias en cada situación terapéutica que enfrento. Esta experiencia me permite tener una postura más flexible que no se queda sólo a nivel de la terapia, sino que puedo trasladar a diversos aspectos de mi desarrollo personal.

En el nivel profesional considero que la residencia me permite tener una experiencia invaluable en la aplicación de los modelos terapéuticos, permitiéndome definir cuales de ellos son más acordes a mi personalidad; la formación también me permitió definir mis fortalezas y debilidades para de esta forma estar conciente de aquellas problemáticas que puedo trabajar con éxito y aquellas en las cuales aún no estoy preparada para afrontar, o que incluso, por mi propia historia, prefiero no abordar. La formación también me dotó de un panorama amplio de aquellos campos, que quedan fuera del consultorio, en los que las habilidades terapéuticas pueden ser aplicadas.

A nivel de campo laboral, el haber tenido un acercamiento a diferentes aspectos de la investigación, la docencia, la prevención y el trabajo comunitario permiten explorar un campo laboral amplio, lo que es sumamente valioso ante un panorama de trabajo en el que lejos de requerirse profesionistas especializados, se requiere de un perfil que permita desarrollar diferentes funciones, algunas de las cuales no se podrían cubrir tan sólo con el entrenamiento terapéutico.

Puedo concluir que desde mi experiencia laboral y a mis propios intereses, las habilidades adquiridas en una residencia de este tipo se pueden aplicar a la formación de programas de atención a poblaciones vulnerables, a la generación de programas de atención en diversos campos de la salud (que van desde la alimentación hasta la sexualidad), a la docencia, a la capacitación y a la evaluación de programas de intervención comunitaria en los que se requieren bases de metodología de investigación pero en los que las habilidades de entrevista y observación resultan sumamente útiles.

Concluyendo, las habilidades adquiridas permiten participar no sólo a nivel de intervención sino que capacitan al terapeuta familiar para aplicar lo aprendido en el campo de la prevención.

Como consideración final, el proceso de formación me ha llevado a reflexionar acerca de la importancia de la capacitación constante, no sólo como una necesidad para seguir de cerca los avances de la terapia familiar, sino como un aspecto de responsabilidad profesional en un campo en el que la ética del terapeuta no se queda a nivel de discurso, sino que tiene implicaciones en las vidas de quienes requieren de nuestro servicio.

V. BIBLIOGRAFÍA

Andersen T. (1994) *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. (pags. 27-85) Barcelona: Gedisa.

Arellanez Hernández, Díaz-Negrete, Wagner-Echegaray y Pérez-Islas (2004) Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados en un estudio de caso y controles. *Salud Mental*, 3, 54- 64.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L. y Penn P. (1987) *Terapia Familiar Sistémica de Milán* (pags. 13 - 50) Buenos Aires: Amorrortu editores.

Boss P. Y Weiner J.P. (1991) Reconsideración de las premisas sobre el desarrollo de la mujer y la terapia familiar (pags. 331-351) En: Falicov C.J. (comp.) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pags. 405-429) Buenos Aires: Amorrortu editores.

Bottinelli M.C. (2000) *Herederos y protagonistas de relaciones violentas* (pags. 46-66) Argentina: Lumen.

Cade B. Y O'Hanlon H. (1995) *Guía breve de terapia breve* (pags. 19-35) España: Paidós.

Comunicación e Información para la mujer (2001) *El cáncer, principal causa de muerte en las mujeres hidalguenses* Consultado el 10 de septiembre del 2004 en <http://www.cimac.org.mx>

Cruz Martínez (2004) Repuntan en México los casos de SIDA. *La Jornada* (1 de octubre de 2004) Consultado el 3 de octubre del 2004 en <http://www.unam.mx/lajornada.com.mx>

De Shazer S. (1986) *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Editorial Paidós.

De Shazer S. (1989) *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico* (pags. 45-59) Barcelona: Gedisa.

De Shazer S. (1999) *En un origen las palabras eran magia* (pags. 23-73) Barcelona: Gedisa.

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (2002) Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2001. *Salud Pública de México*, 6, 565-573.

- Elkaim M. (compil.) (1998) *La terapia familiar en transformación* España: Paidós.
- Elkaim M. (1996) Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y familia*(Vol.9, no. 2) 4-19.
- Fisch R., Weakland J.H. y Segal L. (1988) *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia* (pag. 9 -71, 147 -195) Barcelona: Editorial Herder.
- Gergen K. J. (1996) *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social* (pag.22-123) España: Paidós.
- Gergen K. Y Warhus L. (2004) La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Psicoterapia y familia*, 2, 11-29.
- Haley, J. (1999) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* (pags. 5-92) Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas* (pags. 27-265) México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman L. (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: McNamee y Gergen (Ed.) *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (1999) *Las familias mexicanas* Consultado el 10 de octubre del 2003 en <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2000) *Indicadores de Hogares y familia por entidad federativa*. Consultado el 10 de octubre del 2003 en <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2000) *Los jóvenes en México*. Consultado el 10 de octubre del 2003 en <http://www.inegi.gob.mx>
- INMUJERES (2003) *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2003*. Consultado el 20 de febrero del 2004 en <http://www.inmujeres.gob.mx>
- Keeney B.P. (1994) *Estética del cambio* (pags. 26 - 127) España: Paidós.
- Linares J.L. (2002) ¿Acaba la historia en el post - modernismo? Hacia una terapia familiar ultramoderna. *Psicoterapia y familia* 2, 3-13.
- Medina Mora, Borges, Lara Muñoz, Benjet, Blanco Jaimes, Fleiz Bautista, Villatoro Velázquez, Rojas Guiot, Zambrano Ruíz, Casanova Rodas y Aguilar-Gaxiola (2003)

Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 4, 1- 15.

Minuchin, S. (1995) *Familias y Terapia Familiar* (pags. 15 - 164) Barcelona: Gedisa.

Minuchin S. y Fishman H. Ch. (1998) *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós

Molina Avilés J.O. (2001) *Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar*, (pags. 3-39) Tesis de Maestría. Facultad de Psicología/UNAM. México.

Neimeyer R.A. (1998) Una invitación a las psicoterapias constructivistas. En Neimeyer R.A. y Mahoney M.J.(comps.) *Constructivismo en psicoterapia* (pags. 18-25) Buenos Aires: Paidós.

O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis M. (1997) *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Picó J. (1998) Introducción. En: Picó J. (comp.) *Modernidad y posmodernidad* (pags. 13-49) Madrid: Alianza Editorial.

Pittman III F.S (1990) *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis* (pags. 25-118) España: Paidós.

Rosman B.L (1991) El desarrollo familiar y el impacto de la enfermedad crónica de un hijo. En: Falicov C.J. (comp.) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pags. 405-429) Buenos Aires: Amorrortu editores.

Sánchez y Gutiérrez D. (2000) *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Selvini M. (1990) *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de MaraSelvini Palazzoli*. España: Paidós.

Sluzki C. (1982) *Process, structure and maps of the world in family therapy. Toward an integrated view of systemic models*. Presentado en la Primera Conferencia Bienal Internacional del MRI/ETC. Francia.

Sluzki C. (1998) *La red social: frontera de la práctica sistémica*, (pags. 37-48) España: Gedisa.

Watzlawick P., Beavin Bavelas J. Y Jakson D.D. (1997) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. (pags. 49-71) Barcelona: Herder.

White M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*, (pag. 261-280) Barcelona: Gedisa.

White M. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica* (pags. 19-82) Barcelona: Gedisa.

White M. Y Epston D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos* España: Paidós.

White M. (2002) *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa

Witzezaelle y García T.(1994) *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Residencia en Terapia Familiar

Proyecto de Investigación:

"Percepción de la Red Social en Menores en Situación de Calle Institucionalizadas"

Presentan:

Alfredo Ferrat Medina

Angélica García Olivares

MARCO TEÓRICO

Características del niño de la calle

El término "niño de la calle" se puede aplicar a una amplia gama de menores que pasan tiempo en las calles, sin embargo el pasar tiempo en la calle es circunstancial ya que si lo utilizamos como único criterio estaremos mezclando diferentes clases de niños con muy poco en común. Entre "los niños en la calle" podemos distinguir tres grupos que son los siguientes:

- 1) Niños con contacto continuo con su familia que van a la escuela y duermen en su casa y que solo salen a la calle a pasar el tiempo o a trabajar.
- 2) Niños con contactos ocasionales con la familia que trabajan en la calle, no van a la escuela y solo van ocasionalmente a su casa.
- 3) Niños sin ningún contacto familiar que consideran a la calle su casa ya que es ahí donde encuentran cobijo, comida y sustento y que son los verdaderos niños de la calle.

Entonces tenemos tres elementos que nos sirven para caracterizar al niño de la calle y son los siguientes:

- a) Vive en las calles con muy poco o nulo contacto con su familia
- b) La calle es la fuente de su subsistencia
- c) Esta inadecuadamente cuidado, protegido y supervisado por adultos responsables.

Por último podemos citar la definición que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha desarrollado para caracterizar al niño de la calle:

"Cualquier muchacho o muchacha para quien la calle en el sentido más amplio del mundo, incluyendo lugares deshabitados, tiraderos y otros lugares similares se ha convertido en su habitual domicilio y o fuente de sustento, y quien además es inadecuadamente protegido, supervisado y dirigido por cualquier adulto responsable".

Sin embargo es necesario dar más vida a las descripciones para saber exactamente de que tipo de personas estamos hablando, por lo tanto una descripción fenomenológica de los niños de la calle podría ser la siguiente (LeRoux et al 1998^a):

"Generalmente parecen mas chicos que lo que cabría esperar de su verdadera edad cronológica; presentan desnutrición aguda y crónica que retrasa su crecimiento, pero a pesar de su expresión furtiva y misteriosa y de sus actitudes irreverentes y

provocadoras para con el mundo revelan una madurez ominosa que va más allá de sus años".

Frecuentemente son más los varones que toman la calle, sin embargo la proporción de mujeres aumenta en los países asiáticos donde se dedican a la prostitución. Las mujeres generalmente han sido abusadas sexualmente y aceptan sin reparar la violencia hacia ellas. Los hombres también están a merced de la violencia extrema incluyendo incluso la violación. Temen ser lastimados, incapacitados, arrestados ya que la violencia policiaca es extrema y sin freno, así como el enfermar gravemente ya que no habrá modo de recuperarse.

Las historias parentales son muy similares; la mayoría proviene de casas con un solo padre, donde no hay ninguna figura paterna positiva, generalmente es la madre quien se ocupa de ellos (en la mayoría de los casos con serias limitaciones) y sin embargo han sufrido el rechazo parental y han sido tratados psicológica y físicamente mal por lo que son muy reticentes para confiar en los adultos y no admiten ningún tipo de autoridad. Muchos niños, no obstante estas situaciones tan desfavorables, cuando se encuentran en la calle añoran su casa y desean regresar porque fantasean que la situación de su familia cambio.

Las uniones que se dan de niños de la calle representan un sistema de compañía excepcional que reemplaza a la familia como fuente primaria de apoyo emocional y económico. El grupo les ofrece protección, apoyo, amistad y solidaridad y al usar la jerga callejera en común y defender un territorio desarrollan una fuerte identidad grupal. Entre más tiempo pasan en la calle mas se enredan en actividades criminales y autodestructivas, lo que se debe principalmente no a una maldad consciente sino a una falta de conciencia de las consecuencias de sus acciones.

Posibles causas del fenómeno del niño de la calle.

El incremento de niños de la calle se ha asociado primeramente a una rápida y desorganizada industrialización y urbanización en los países en vías de desarrollo. Otras causas que se han aducido para explicar el fenómeno es el rompimiento de la estructura familiar y la perdida de su sistema de valores. Mas directamente se ha observado que la descomposición en la familia que resulta de la perdida de un padre lleva a la familia a quedar bajo la tutela de un padre único generalmente la madre, empobrecida tanto económica como emocionalmente que no puede cuidar y proteger de sus hijos y que inclusive llega a maltratarlos.

Lo anterior deja a los niños vulnerables y con una ausencia de redes sociales que no les permiten salir adelante en momentos de crisis. La patología de la familia también motiva a los niños a dejar el hogar así como las migraciones constantes las constantes fricciones entre padres e hijos y sobre todo los continuos roces que se dan en las familias reconstituidas. Contrario a lo que se podría creer solo un

pequeño porcentaje de niños de la calle son huérfanos. La pobreza es otra causa que se ha aducido para explicar el fenómeno, muchos niños son empujados poco a poco a la calle para que obtengan recursos en ella. Causas menores son el fracaso escolar, los factores políticos de un determinado país o el querer una vida mejor o más llena de emociones que la actual. En resumen podemos decir que las causas que provocan el fenómeno del niño de la calle son predominantemente sociales y económicas (LeRoux et.al. 1988^a)

Cristina Botinelli (2000) realizó una investigación con familias de menores en esta situación ya institucionalizados. Encontró que estas familias se caracterizan por no acudir a los servicios de salud (centros de salubridad, atención a adicciones o violencia doméstica, etc.) cercanos a sus hogares; al estudiar de manera estructural a la familia encontró que los niños expulsados, al interior de la organización familiar, son el centro o sostén de la familia, o bien ocupan un lugar periférico, es decir son el miembro menos ligado al grupo familiar. En cuanto a la comunicación, la investigadora observó que estas familias centran su comunicación en los acontecimientos de la vida cotidiana, evitando hablar de los conflictos profundos por lo que el grupo atraviesa; también señala que en varios de los casos estudiados hay una comunicación de tipo "doble vínculo" hacia el menor expulsado. Botinelli señala que el egreso constituye una solución ya probada en estas familias, independientemente de que esta "solución" sea tomada con orgullo o desaprobación. En cuanto a los roles de género se encontró que estos están cristalizados y no corresponden a la realidad social y/o económica por la que atraviesa el sistema. Finalmente la autora señala que "las familias expulsoras están cruzadas por la violencia doméstica y en una proporción no pequeña, por el abuso sexual" (2000, pag. 66)

Contreras Solyomvary (1995) señala que el problema de los niños de la calle en nuestro país se incrementa a partir de la década de los ochenta cuando la ciudad presenta un acelerado proceso de urbanización aunado a una profunda crisis económica que tiene como consecuencia la formación de diversos barrios o comunidades marginadas alrededor de la ciudad de México, en donde la falta de empleos y la pobreza obligan a los niños a tomar las calles como fuente de trabajo, alejándose de sus hogares y abandonando los estudios.

En cuanto a las causas de permanencia en calle, esta misma autora señala que son diversos los atractivos que los menores encuentran en esta forma de vida y señala las siguientes:

- ◆ Las condiciones de subsistencia muchas veces son similares a las que encontraban en sus hogares, en algunos casos son mejores
- ◆ No sólo se cubren las necesidades de subsistencia básicas, sino que los menores encuentran la satisfacción a algunas de sus necesidades afectivas

- ♦ La decisión de permanecer en una zona se define por la presencia de personas adultas o de su misma edad que sustituyen el afecto y la seguridad que necesitan
- ♦ Uno de los principales atractivos es la libertad absoluta que les permite desarrollar y explorar -a su manera- aspectos que en la familia, escuela y otras instituciones que los rodeaban no encontraron

Contextualización del problema.

Actualmente hay más de 100 millones de niños que viven en la calle alrededor del mundo. El problema de los niños de la calle se ha incrementado en países de todo el mundo, especialmente en las grandes urbes. En el Perú a los niños de la calle se les llama "pájaros fruteros", en el Congo se les llama "golondrinas", en Filipinas oran en las iglesias por las personas para ganar dinero ya que los misioneros jesuitas se encargan de ellos, en Senegal recogen chatarra, en Asia; Latino América; Europa del este venden dulces, cigarros, son boleros lava-parabrisas o pepenadores. En Camboya son vendidos o comprados por sus empobrecidos padres. En Angola la guerra civil los ha forzado a vivir solos en las estaciones y vías del tren. En todos estos países algunos caen en manos de criminales que los prostituyen y corrompen, por ejemplo de los 60,000 a 100,000 niños prostitutos de Filipinas la mayoría son niños de la calle.

A los niños de la calle se les piensa en función de estereotipos, tales como "basura humana, manzanas podridas" pero no como sujetos e inclusive no como niños que de hecho están privados de los más esenciales derechos humanos. (Bellamy, 1997; Walsh 1997; Kaminsky 1995). Algunos estudios, (por ejemplo, D'Abreu; Mullis; Cook 2001) muestran que los niños de la calle tienen menos apoyos sociales, menos modelos de roles adultos estables y su desarrollo físico (medido mediante la masa corporal y otros índices de desarrollo físico) se encuentra por debajo que el de otros niños que no viven en la calle. El niño de la calle padece desnutrición permanente y esto se manifestara totalmente si es que acaso llegan a la adolescencia.

En cuanto a otras características que permean en los niños que conforman los grupos callejeros se ha encontrado la tendencia a manifestar rasgos agresivos y violentos, acompañados de tensión y ansiedad, por lo que algunos investigadores afirman que esto corrobora que la violencia en esta población es una estrategia de sobrevivencia que permite compensar sus "frustraciones" (Gómez Miguel y Santamaría González, 2001)

Algunos han escapado de la casa y de los malos tratos que ahí reciben pero otros trabajan en la calle para llevar dinero a su casa ya que el estar en la calle es su trabajo. A algunos les gustaría que simplemente desaparecieran e inclusive han

tratado de exterminarlos físicamente. (Bellamy, 1997), por ejemplo, el 23 de julio de 1993 aconteció la masacre de la candelaria en Río de Janeiro. Esa noche un oficial de policía que estaba fuera de servicio abrió fuego contra 50 niños de la calle que dormían en la plaza de la catedral de la Candelaria, seis niños murieron instantáneamente y otros dos fueron ejecutados de la misma manera en una playa cercana. Muchos otros niños resultaron heridos. (Walsh 1997)

En 1981 la UNICEF comenzó a ocuparse de instrumentar programas a favor de los niños de la calle. La implementación de legislaciones a favor de ellos es fundamental. (Bellamy, 1997) Los programas para rehabilitarlos son muy necesarios, el modelo clásico de atención comprende un acercamiento en tres etapas. En la primera, las acciones se emprenden en la calle y son llevadas a cabo por un nuevo tipo de profesional llamado educador de la calle que hace contacto con el niño de la calle, se vuelve su amigo y defensor, le proporciona consejo ayudándole a volver a confiar en el mundo adulto. Esta fase dura de seis a nueve meses para llevarse a cabo. En la segunda fase se lleva a cabo el diagnóstico y se elabora el plan de tratamiento para el niño de la calle. Esta fase dura aproximadamente una semana. La tercera y última fase puede tomar nueve meses o incluso más y consiste en el tratamiento físico, médico y psicosocial del niño de la calle en un lugar cerrado. Sin embargo una vez que el niño ha llegado a la calle y a abrazado la subcultura de la calle será muy difícil sacarlo de ahí (Kaminsky 1995) y entre más tiempo pasen en la calle peor es su prognosis (LeRoux et. Al. 1998b).

Ya hay segunda e inclusive tercera generación de niños de la calle, por lo que inevitablemente estas nuevas generaciones tendrán un sistema muy diferente que el de la norma. (Bellamy, 1997) En este sentido, Liliana Alcátara en un artículo presentado en el diario El Universal, (15 de febrero del 2004) cita a personal de *Ministerios de Amor* (institución de asistencia privada que trabaja en la Ciudad de México) quienes señalan que de cuatro años a la fecha ha habido un incremento importante en la tercera generación de menores callejeros; estos nacimientos generalmente son producto de abusos sexuales o de las uniones que dentro de los grupos se establecen. Esta institución alerta que de no tomar medidas sobre este fenómeno, en algunos años México tendrá índices de menores callejeros tan altos como los de Brasil (país que ocupa el primer lugar en América Latina con esta problemática)

En cuanto al consumo de sustancias, muchos niños de la calle ven la droga como una solución al sufrimiento que experimentan, y aunque no todos consuman inhalantes podemos asegurar que cualquier niño de la calle esta en muy alto riesgo de convertirse en adicto. En todo el mundo en vías de desarrollo el pegamento industrial o cemento es la sustancia de la que más se abusa ya que es barata, fácil de obtener y proporciona efectos casi inmediatos. Aunque el pegamento industrial es la sustancia más usada se ha observado recientemente que han aparecido nuevas sustancias derivadas de la actividad industrial, por ejemplo la mezcla de thinner y gasolina; el abrillantador doméstico y los aerosoles en spray. Estos solventes son

usualmente inhalados o bien son rociados directamente en la boca o en una estopa o "mona" y guardados en la boca. Un método reciente de consumo consiste en poner el solvente en una botella plástica (mamila) e inhalarla o succionarla. Se ha observado que drogas duras clásicas como la heroína y la cocaína han empezado a ser consumidas también. (Bellamy, 1997; Kaminsky 1995)

En América Central el solvente más comúnmente usado en la fabricación del pegamento industrial es el tolueno que causa dependencia física y psicológica así como también afecta el sistema nervioso central, no así el sistema nervioso periférico, cuando se prolonga el consumo de inhalantes y aumenta en dosis todos los sistemas orgánicos del cuerpo se pueden ver afectados pero sin embargo el más afectado clínicamente es el sistema nervioso lo que trae consigo un aumento de accidentes. Los niños de la calle no mueren directamente por el uso del pegamento industrial pero si mueren por los accidentes que la degeneración por su uso provoca. (Kaminsky 1995)

La atención al niño de la calle

Como se ha señalado, se han desarrollado metodologías de atención al niño de la calle, que pasan por señalar las etapas para acercarse a esta población y que en teoría derivan en la institucionalización de estos niños o en su reintegración al hogar.

En nuestro país son diversas las instituciones que atienden a esta población, encontramos entre las más importantes a Casa Alianza, Ednica y Hogares Providencia, pasando por una serie de instancias gubernamentales, programas religiosos y grupos basados en la metodología de alcohólicos anónimos (Los llamados anexos y grupos de 4to y 5to paso). Las tres instituciones señaladas comparten similitudes en cuanto a su trabajo con los menores en calle: en general emplean una estrategia gradual para el proceso de alejamiento de la calle que comienza con la labor de educadores callejeros quienes llevan el trabajo institucional directamente a los llamados puntos de reunión, que no son más que los lugares que estos menores utilizan para trabajar, dormir o drogarse.

Casa Alianza y Ednica desarrollan la estrategia en tres momentos: trabajo en calle, transición (en la que el menor se acerca las instalaciones de la casa hogar para recibir servicios básicos como alimentación y atención médica) y el último paso en el que se da el alejamiento de vida callejera a través de la incorporación de los menores a hogares alternativos (Gómez Miguel y Santamaría González, 2001) Casa Alianza, en esta última etapa, no descarta la posibilidad de reintegrar a los menores a sus hogares por lo que han desarrollado un programa especial para alcanzar este fin, y en los casos en los que esta reintegración no es posible se trabaja para que el menor logre llegar a subsistir por sus propios medios, fuera de la institución y la familia, pero también fuera de la calle, esta etapa se denomina vida independiente.

Sin embargo, actualmente son varias las voces que elevan críticas serias al trabajo y papel que juegan las instituciones que trabajan con esta población. Alonso López (1996) afirma que el concepto de "niño de la calle" es una construcción social necesaria para la existencia y definición de estos programas, que a la vez es utilizado por esta población para obtener los beneficios que brinda la asistencia institucional. La autora afirma que "la categoría tiene más que ver con las 'necesidades' de quienes trabajan o tienen algún interés en los niños y jóvenes que ocupan los espacios públicos para su sobrevivencia (...) que las propias necesidades de quienes así son categorizados" (pag. 17)

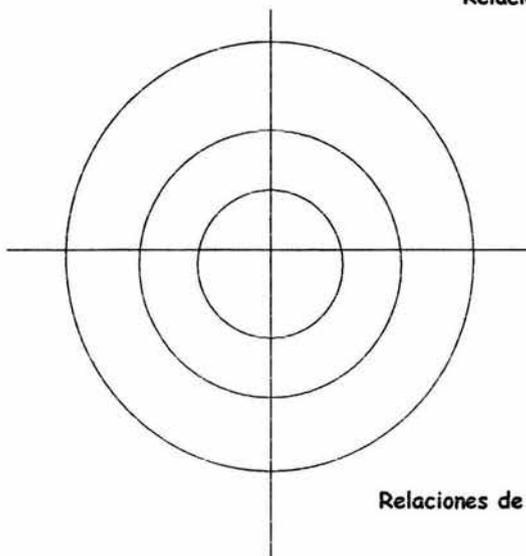
La Red Social

Habiendo analizado las diferentes características y opiniones acerca de los niños en situación de calles se hace necesario abordar el concepto de red social, que en el caso de esta población interesa en varios momentos, la influencia de esta red en el abandono del hogar, su papel en la sobrevivencia y permanencia de estos menores en la calle y el papel que las instituciones juegan como parte de la red de estos menores y que en algún momento puede determinar un cambio en su historia de vida.

El concepto de red social se utiliza con frecuencia en estudios sociológicos, y también es un elemento teórico importante para la terapia familiar con enfoque sistémico. Hay múltiples investigaciones y documentos que retoman y definen este concepto. Entre ellas encontramos la definición de Carlos Sluzki (1995, p.p. 35): "la red social personal es un sistema dinámico que evoluciona con el tiempo y las circunstancias". Este autor enmarca el concepto de red social como un elemento de gran importancia en los fenómenos de migración, señala que la ausencia o modificación de la red social personal como resultado de esta puede estar íntimamente relacionada con la aparición de trastornos psicológicos y con la aparición de problemas familiares. El mismo autor, en otro texto señala que la red social personal puede ser definida "...como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos

Amistades

Relaciones comunitarias



Familia

Relaciones de trabajo o estudio

Figura 1.

Mapa de red (Sluzki, 1998, pag.44)

de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis" (Sluzki, 1998, pag.42)

En el mismo texto el autor propone que la red social puede representarse como un mapa en el que se registran a todos los individuos con los que interactúa una persona (ver figura 1), este mapa estará dividido en cuatro cuadrantes:

- Familia
- Amistades
- Relaciones laborales o escolares
- Relaciones comunitarias, de servicio o de credo

Finalmente, el conjunto de quienes componen esta red o mapa serán los integrantes de la red social de un individuo.

Carlos Sluzki (1998) afirma que esta red puede ser evaluada con base en tres rubros: características estructurales, funciones del vínculo y atributos de cada vínculo.

- **Características del vínculo:**

- 1) *El tamaño de la red*, es decir, el número de personas que la componen. Esta variable puede indicar el grado de sociabilidad-aislamiento de un sujeto
- 2) *La densidad*, conexión entre miembros independientemente del informante; un nivel de densidad medio -marca el autor- es el que favorece la mayor efectividad de esta red
- 3) *Composición o distribución*, qué proporción del total de los miembros de la red está localizada en cada cuadrante y cada círculo; las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de distribución amplias.
- 4) *La dispersión*, el grado de accesibilidad, cercanía o distancia geográfica de las relaciones significativas. Este factor también se puede definir como accesibilidad o facilidad de acceso y contactos para generar comportamientos efectivos.
- 5) *La homogeneidad y la heterogeneidad*, diferencias de género y edad, así como diferencias socioeconómicas y socioculturales que enriquecen los intercambios de experiencias.
- 6) *Los atributos del vínculo*, grado de intensidad, compromiso y reciprocidad, frecuencia de los encuentros e historia de la relación.
- 7) *Tipos de funciones*, que cumple cada vínculo y por el conjunto.

- **Funciones de la red:**

- 1) *Compañía social*
- 2) *Apoyo emocional*
- 3) *Guía cognitiva y consejos*
- 4) *Regulación social*
- 5) *Ayuda material y de servicios*

6) *Acceso a nuevos contactos*

- **Atributos del vínculo**

- 1) *Funciones prevaletentes*: función o funciones que caracterizan a ese vínculo de manera predominante
- 2) *Multidimensionalidad*: también se puede denominar como versatilidad y se refiere al número de funciones que cumple determinado vínculo
- 3) *Reciprocidad*: si las funciones del vínculo se cumplen en dos direcciones, es decir para ambas personas que conforman dicho vínculo
- 4) *Intensidad*: se refiere al compromiso de la relación
- 5) *Frecuencia de contactos*
- 6) *Historia*: el tiempo que ha perdurado el vínculo y las experiencias previas a su formación

Rubli (1997) desarrolla su trabajo con base en las afirmaciones de Sluzki y señala que la red social está constituida por las relaciones que una persona percibe como significativas y que, recíprocamente, considera que son importantes para esas personas y que por lo mismo, puede recurrir a ellas en caso de necesidad. La misma autora señala que dichas redes son dinámicas, es decir, que a pesar de su relativa estabilidad se van modificando con el tiempo debido a factores internos relacionados con la capacidad del sujeto de vincularse y circunstancias del mundo exterior más o menos azarosas.

De acuerdo a las variables señaladas en los párrafos precedentes, Rubli (1997) señala que es posible clasificar a las redes según el grado de contención que le brindan, encontrando en los extremos a las siguientes:

- *Redes de alto riesgo*: son aquellas conformadas por un número reducido de miembros, de manera que siempre se acude a las mismas personas en busca de apoyo, lo que trae como consecuencia la saturación y sobrecarga de la relación. En este tipo de redes los miembros, o bien no se conocen bien, o se frecuentan esporádicamente, lo que impide que la información fluya continuamente. Otra característica es la dispersión geográfica y la poca apertura para conocer a nuevos miembros.
- *Redes de bajo riesgo*: son de tamaño mediano (considerado por la autora como ideal) y que favorecen las relaciones profundas con cada uno de los miembros. La interacción entre quienes constituyen la red es frecuente y el intercambio de información fluido y eficaz. Como son redes de porosidad abierta se permita la incorporación de nuevos miembros a la misma, quienes son seleccionados de acuerdo a sus principios, valores e intereses generales, lo que refuerza la cohesión del grupo.

- *Redes de mediano riesgo*: aquéllas que tienen atributos de las dos anteriores, no tienen la firmeza de las de bajo riesgo pero tampoco la pobreza o fragilidad de las de alto riesgo.

La autora concluye que los vínculos que establecemos son de vital importancia para la visión del mundo que construimos, que puede ser amenazador o por el contrario seguro. De acuerdo con esta visión del mundo es que el individuo enfrenta las crisis que se presentan a lo largo de la historia vital, los individuos aislados, con pocos y pobres vínculos -pertenecientes a redes de alto riesgo- sólo cuentan con sus recursos internos para solucionar estas crisis, lo que los deja expuestos a distintos grados de vulnerabilidad.

Milanese, Merlo y Machín (2000) señalan en su investigación sobre redes y farmacodependencia que existe una correlación positiva entre red social y salud; así mismo mencionan que la red puede ser un elemento extremadamente poderoso, capaz de producir sufrimiento y/o seguridad. Señalan que "la interconexión entre redes y el proceso de salud/enfermedad o bienestar/malestar puede entonces considerarse un hecho establecido. Es importante ahora evidenciar como no está del todo aclarado si es la ausencia de una red adecuada y que brinde soporte lo que produce estrés/malestar/enfermedad/muerte o si es el estrés/malestar/etc. lo que produce la ausencia de una red adecuada y que brinde soporte, o una combinación de ambas situaciones..."(pag. 84).

Estos autores subrayan la importancia de las redes en la prevención de conductas de alto riesgo como son la delincuencia y la farmacodependencia.

En otro estudio, el sociólogo Mario Bronfman (2000) analiza la relación existente entre la ausencia o poca efectividad de las redes sociales en la muerte infantil en familias de escasos recursos. El autor afirma que aunque el concepto de red es variado, generalmente se refiere a aquellas relaciones que no son institucionalizadas, que se refieren al intercambio entre individuos y grupos que permite sobrellevar los problemas cotidianos: "...el funcionamiento de las redes de ayuda mutua e intercambio dentro de un grupo o clase social determinada opera bajo ciertas condiciones, tales como la cercanía física, la confianza ... la voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas de dicha relación y la familiaridad mutua para descartar la posibilidad mutua de ser rechazado. Para Lomitz, una condición básica para establecer una relación de confianza es la igualdad de carencias entre los contrayentes de la relación" (pag.146)

Este mismo autor hace hincapié en que los elementos que constituyen la red no son estáticos, cambian con el tiempo y de acuerdo con diversos factores.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

La presente es una investigación que reúne elementos para ser clasificada como exploratoria y descriptiva ya que presenta un cuadro detallado de la cuestión a estudiar, y el escenario es social y/o de relaciones.

Objetivo:

Lo que se pretende al realizar este estudio es conocer como perciben su red social aquellos menores que han vivido en situación de calle y que actualmente se encuentran institucionalizados. No sólo nos interesa conocer la red social que mantienen actualmente, así como también aquella que les ayudo a sobrevivir en la calle, sino que también haremos especial énfasis para describir y aproximarnos al conocimiento de las características de la red social que percibían tener antes de su salida a la vida callejera.

El trabajo de campo:

Para realizar el presente trabajo se optó por el método de *entrevista cualitativa* ya que tiene la característica de ser flexible, no estructurado, no directivo, no estandarizado y abierto (Bogdan y Taylor, 1987). De esta manera esperamos captar el objeto de estudio en sus propias dimensiones, evitando así imponer nuestras categorías y preconcepciones.

Entre los tipos de entrevistas cualitativas, se encuentran las *entrevistas a profundidad* que tiene como objetivo, conocer actividades o acontecimientos que no pueden observarse directamente así como también la forma en que son percibidas interpretadas e integradas por aquellos que la vivencian. Puesto que el interés de esta investigación es explorar la red social a lo largo de la vida de chicos que han dejado la calle por la institución, consideramos que este método puede brindarnos una riqueza de datos que otros métodos oscurecerían o disolverían. De esta manera concordamos con Bogdan y Taylor (1987) cuando señalan que este tipo de entrevistas son adecuadas si:

- Los intereses de la investigación están claros y relativamente bien definidos
- Los escenarios o personas no son accesibles de otro modo
- El investigador tiene limitaciones de tiempo
- La investigación depende de una amplia gama de escenarios
- El investigador quiere esclarecer la experiencia humana subjetiva

Debido a que el proyecto que nosotros planteamos desarrollar, cumple con estas características consideramos que es adecuado que usemos dicha metodología.

Por otra parte, estos autores señalan que al momento de iniciar el trabajo de campo es difícil definir las características exactas de la muestra con la que se pretende trabajar (en cuanto a número, edades y sexo) ya que esta depende de las mismas características del fenómeno y no se pueden conocer de antemano. En nuestro caso en un principio consideramos la posibilidad de trabajar con 10 menores, 5 hombres y 5 mujeres. Sin embargo, al iniciar el trabajo en el campo decidimos cual sería el método de recogida de datos y el número de casos a trabajar. Se decidió elaborar entrevistas a profundidad en las que los menores pudieran contar la historia de su vida de manera extensa así como trabajar con mujeres, por último se redujo el número de entrevistas a 6. Las razones por las cuales se decidieron estas alternativas y no otras son las siguientes:

- Algunos métodos como las historias de vida requieren para su elaboración más de un encuentro con el informante, en el caso de la población que nos interesa esto se dificulta ya que se trata de una población flotante, por lo que no se garantiza más de un encuentro, además de que las características de estos menores no permiten mantener su atención más allá de una sesión. La entrevista a profundidad puede realizarse en una sesión sin perder rigor ni riqueza de datos
- Se decidió trabajar exclusivamente con mujeres ya que entre los varones encontramos serias reticencias para hablar con los investigadores. Los menores se negaban y cuando llegaban a acceder no proporcionaban información o lo hacían en cantidades mínimas. En contraparte, entre la población femenina encontramos una gran apertura hacia las entrevistas, cuando se corrió la información acerca de nuestro trabajo hubo chicas que se ofrecieron a hablar con nosotros sin la intervención de personal de la institución. Al obrar de esta manera perdimos la posibilidad de generalizar con entera confianza a ambos sexos, pero si hubiésemos forzado la participación de varones hubiésemos perdido confiabilidad.
- Como hemos señalado anteriormente, la institución requiere que quien realice investigaciones en sus muros deba cubrir trabajo de voluntariado. En nuestro caso, la carga de dicho trabajo asignada era muy pesada (ya que éramos los únicos terapeutas familiares disponibles en la institución) por lo que el tiempo que teníamos para realizar las entrevistas era poco y aún más, había que compaginarlo con el tiempo libre de las entrevistadas, La cantidad máxima de entrevistas que se pudo realizar bajo estas condiciones fue de 6 chicas. Aunque no se realizaron las 10 entrevistas que habíamos planeado originalmente podemos asegurar que todas se realizaron con el mismo rigor, tiempo e interés de ambas partes. Al respecto podemos señalar que la bibliografía consultada señala que cuando se emplea el método de entrevista cualitativa la muestra variará necesariamente, ya que si los investigadores deciden que la información colectada es satisfactoria no hay razón para continuar entrevistando a más informantes. En nuestro caso tomamos en

cuenta dos factores a saber: las entrevistas realizadas fueron muy ricas en información y el poco tiempo con el que contábamos ya había expirado puesto que nuestro voluntariado estaba por concluir.

Estas entrevistas se realizaron teniendo en mente un guión en el que marcamos los ejes que nos interesaba investigar:

- Historia de la familia de origen
- Relación con la madre
- Red social antes de salida a calle
- Adicciones
- Pareja
- Red social en calle
- Relación con la(s) institución(es)
- Red social actual
- Relación actual con la familia de origen

Sin embargo no se dejó de explorar cualquier aspecto que se mostrara relevante durante el curso de la investigación.

Las entrevistas se realizaron en un espacio proporcionado por el programa de Reintegración Familiar (al que los investigadores estaban adscritos como voluntarios), previa autorización del informante se utilizó una grabadora pequeña donde se registraba la misma. Las entrevistas fluctuaron entre los 30 minutos (la más corta) y una hora y media, dependiendo de la disponibilidad de nuestras informantes y de los tiempos de la institución. Es importante señalar que en cada entrevista se explicó el objetivo y se le solicitó a la informante que cambiara su nombre para mantener la confidencialidad. En algunos casos las chicas nos solicitaron que les obsequiéramos el cassette o la transcripción, desafortunadamente sólo en dos casos pudimos cumplir con esta petición.

Bogdan y Taylor (1987) señalan que cuando se utiliza este método para recogida de información, se hace necesario contar con controles cruzados que permitan corroborar datos de la historia del informante. En este caso, debido a la función que desempeñábamos en la institución, tuvimos la oportunidad de acceder a los expedientes de cada una de nuestras informantes, así mismo pudimos platicar de manera extensa con las personas asignadas al caso de cada menor, lo que constituyó una fuente de información invaluable que nos permitió establecer estos controles a los que los autores hacen referencia.

Resultados

Después de realizar las entrevistas el siguiente paso consistió en la transcripción y análisis de las conversaciones. Para el análisis de las entrevistas en un primer momento se ubicaron las categorías que se habían planteado previamente como guión de la entrevista, buscando aquellos indicadores correspondientes a dichas categorías. En una segunda lectura se redefinieron algunas categorías y se agregaron otras que no se tenían contempladas pero que nos parecieron de utilidad para el análisis.

De las categorías planteadas originalmente se mantuvieron las siguientes: *red social antes de salida a calle, pareja, red social en calle y red social actual*.

La categoría de historia de familia de origen se replanteó en tres categorías: *contexto familiar, características de la familia y relación actual con la familia*.

La categoría de relación con las instituciones resultaba demasiado amplia, ya que aquí se podía incluir a cualquier tipo de institución que tuviera relación con la menor o su familia antes, durante y después de la vida en calle (por ejemplo, instituciones de asistencia social, de salud, judiciales, escuela, etc) por lo que se decidió replantearla como *trayectoria institucional*.

Con la categoría de adicciones sucedía algo similar, ya que se podía referir al acceso a drogas durante la estancia en la familia y en la calle o a problemas de adicción en la familia, hasta la historia del desarrollo de la adicción de la menor. En vista de que nos interesaba centrarnos en la relación de las menores con las drogas y la vida en calle, decidimos replantearla como *historia de adicción*.

Se decidió eliminar la categoría de relación con la madre ya que resultaba ser un indicador contenido en las categorías referentes a la familia.

Finalmente decidimos plantear una nueva categoría que resultó de la lectura de las entrevistas, a la que se le denominó *estrategias de sobrevivencia*.

A continuación se presenta una descripción de cada una de las categorías con sus respectivos indicadores:

1. *Red social antes de salida a calle*: esta se refiere a las relaciones significativas que las menores identificaban antes de la salida a calle, centrándonos en la familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias. Los indicadores que encontramos fueron familiares que prodigaban cuidados necesarios para la sobrevivencia y/o emocionales, calidad de los cuidados recibidos, relaciones de amistad significativas con pares y relaciones con vecinos u otras personas que las menores identificaran como importantes para la sobrevivencia y escuela.

2. *Pareja*: relaciones afectivas con o sin carácter sexual que resultaran significativas para las menores; aquí los indicadores son violencia, protección en calle, consumo de sustancias, actividades ilícitas, procreación de hijos.

3. *Red social en calle*: nuevamente se recurre a la definición planteada por Carlos Sluzki en el sentido del conjunto de relaciones que la persona concibe como significativas; los indicadores son: compañeros del grupo de calle, vecinos del punto de calle, trabajadores de instituciones y las instituciones mismas.

4. *Red social actual*: aquí se repite la definición de red social y los indicadores encontrados fueron personal de la institución, familiares y pares dentro y fuera de la institución.

5. *Contexto familiar*: se refiere al contexto socioeconómico y cultural de la familia; los indicadores fueron trabajo de los padres o tutores, contexto de la colonia y trabajo infantil.

6. *Características de la familia*: los elementos que definen esta categoría tienen que ver con la estructura familiar misma y con la historia familiar, los indicadores encontrados fueron ausencia de uno de los progenitores, violencia familiar, abuso sexual, adicciones en algún miembro de la familia, relación con la madre, múltiples parejas del progenitor presente, relación con otros familiares y abandono de ambos padres.

7. *Relación actual con la familia*: se refiere al contacto familiar que las menores mantienen con sus familias a partir de la entrada a la institución. Esta categoría resulta importante en vista de que la institución en la que se realizó la investigación contacta a la familia de los menores institucionalizados; los indicadores fueron, ausencia de contacto familiar, contacto familiar esporádico e intentos de reintegración familiar.

8. *Trayectoria institucional*: por esta categoría entendemos las diversas instituciones que coadyuvan a la sobrevivencia de los menores en la calle, a aquellas que se especializan en el tratamiento de las adicciones y a aquellas que tienen por objetivo que los menores dejen la vida en la calle; los indicadores que encontramos aquí son anexos, instituciones religiosas y salidas a calle.

9. *Historia de adicción*: con esta categoría se alude al consumo de sustancias y a como las menores comenzaron el consumo; los indicadores son, grupo de pares, estrategias para conseguir sustancias y tipos de sustancias consumidas.

10. *Estrategias de sobrevivencia*: finalmente encontramos una serie de estrategias que las menores implementan para sobrevivir en calle, los indicadores son robo, charoleo, prostitución, relación utilitaria con familiares, vecinos de la zona e instituciones, e integración a un grupo callejero

Cada una de las categorías planteadas resultaron ser una constante en las entrevistas realizadas, la mayoría de los indicadores señalados también se encontraron en las historias de las menores entrevistadas.

De acuerdo a estas categorías y sus respectivos indicadores encontramos las siguientes generalidades en las historias:

1. *Red social antes de salida a calle*: A veces había una señora que me daba de comer o cosas así, como veía que tenía hambre a veces le pedía un taco y me lo daba, porque a veces todo un día me dejaba sin comer mi papá... En las historias de las menores la constante fue una red social que podría calificarse como de alto riesgo (Rubli, 1997) en la que las personas que se encontraban a cargo del cuidado de las menores pasaban poco tiempo con ellas, en la mayoría de los casos la asistencia a la escuela era irregular lo que terminó en la deserción desde los primeros años de la escuela primaria; ninguna de las menores recuerda haber recibido apoyo de algún maestro o autoridad escolar, por lo que su paso por el sistema educativo les resulta poco significativo. Las amistades en el barrio y en la escuela se encontraban en una situación muy similar a la de

ellas, por lo menos en tres de las historias revisadas las primeras huidas de la casa y las primeras experiencias con droga fueron en compañía de estas amistades. En cuanto a la relación con otros miembros de la comunidad encontramos que las menores recuerdan que algunos vecinos las apoyaban proporcionándoles comida, vestido o defensa de alguna agresión de manera esporádica. La familia de las menores se encontraba, en todos los casos aislada, sin contar con el apoyo de familia extensa o amistades que pudieran brindar algún tipo de apoyo en la crianza de las menores. Los cuidados recibidos eran apenas suficientes para cubrir las necesidades de alimentación y vestido, en algunos casos solo se cubría la alimentación. Otra característica importante que encontramos fue que ninguna de las menores recordó a alguna persona o institución que le brindara algún tipo de protección significativa o que intentara impedir la salida a calle.

- 2. Pareja. Después empecé a andar con el chavo de la foto, con el cual formé una relación, según era por protección y ya después, pues ya no quería que yo le hablara a nadie, con el tiempo quería que caminara con la cabeza abajo, no le hacía caso y después tenía poco cuando empezó a golpearme, y quería que yo hiciera el amor con él. cuando él quisiera...* Sólo en una historia encontramos que la menor no estableció alguna relación de pareja en calle, en este caso ella se definía como lesbiana y no reportó haber establecido relaciones de pareja con sus compañeras de calle. En las demás historias encontramos que la llegada al grupo de calle es casi simultánea al establecimiento de una relación de pareja con algún miembro del grupo, preferentemente con jerarquía; estas relaciones están marcadas por la protección que la pareja brinda a la menor en los primeros días de convivencia con el grupo, la pareja provee alimento, droga, vestido e instruye a la menor en las reglas básicas de sobrevivencia. En uno de los casos encontramos que la menor se vio involucrada en robos acompañando a su pareja. La historia de violencia se repite de manera dramática, una vez que la menor se ha insertado al grupo comienzan las agresiones verbales y físicas en su contra, algunas veces motivadas por los celos, otras cuando la menor intenta alejarse de la calle o retoma el contacto con la familia, en muchas ocasiones se le culpabiliza por la falta de droga o dinero o por problemas con el grupo. En uno de los casos, la violencia fue la causa por la que la menor decidió ingresar a Casa Alianza motivada por el miedo más que por la idea de dejar la vida de calle. En las historias se repite el que las menores sigan a sus parejas de un punto de pernocta a otro, o que incluso decidan ingresar a una institución cuando su pareja lo hace. Los episodios de agresión por parte de otros miembros del grupo y/o de la comunidad se presentan cuando la menor se encuentra alejada de su pareja (ya sea por que se rompió la relación, porque él ha sido institucionalizado o porque se ausentó por un periodo más largo al acostumbrado del grupo) Son comunes las historias de relaciones al interior de las instituciones, las cuales generan conflictos con los pares y muchas veces con el mismo personal de la institución. *No me dejaban salir fue cuando conocí a otro chavo, era mi disturbio y empecé andar ahí en el anexo y me gustaba un*

montón empezamos a andar, el tiempo que me tarde en el anexo fue el tiempo que anduvimos y al otro día de mi salida del anexo me fui con él a vivir...En los casos que encontramos que se establecieron relaciones en la institución es común encontrar que las menores escapan cuando sus parejas también deciden hacerlo; dos de las entrevistadas tienen hijos, pero sólo una procreo con su pareja de calle, la otra reporta haber quedado embarazada como resultado de una violación.

3. *Red social en calle: Ya de ahí me salía más, era entrar y salir, y ya empecé a salirme más, empecé a quedarme en la calle, deje la droga un rato, me volvía a salir, ya después se me hizo bueno quedarme a convivir con los chavos...El grupo de calle resulta ser la relación a la que constantemente hacen alusión las menores y que identifican como la más importante, sin importar que este matizada por agresiones y pleitos, aún cuando las menores llevaran un buen proceso en la institución el grupo de calle continúa siendo significativo y añorado, muchas veces se refieren a ellos como los hermanos o carnales y la relación continúa muchas veces aún al interior de la institución. Hablan del grupo de calle como aquel que las protegió y las acogió cuando salieron de sus casas, en las entrevistas intercalaron una gran cantidad de anécdotas referentes a esta relación, es importante señalar que en el grupo encuentran historias similares a la suya lo que crea un vínculo que tal vez sea el más importante que han tenido en su historia de vida. En cuanto a las instituciones que trabajan con niños en situación de calle recuerdan que estas les proveían de atención médica, comida y vestido (necesidades básicas), especialmente las instituciones religiosas que ocasionalmente trabajaban con ellos. *Esos son de la gasolinera, a mi ellos me daban agua para bañarme o cuando no teníamos para comer les decía te voy a traer tu refresco y me decían que sí y me compraban una torta o les decía no he comida y me decían espérate, ya mero como y me daban de lo que les ponían sus esposas, luego llegaban sus esposas y les preguntaban que a quien era a la que le daban la comida y en vez de que se enojaran ya luego me llevaban a mi también, una tortita, luego le lavaba su puesto al de las tortas en la noche y ya en la mañana me daba mi torta y mi refresco, también luego iba y me mandaban por sus mandados y me daban dinero. Cuando llovía y no teníamos lona, nada más tapábamos bien las cosas y nos íbamos ahí a la gasolinera y ahí nos sentábamos y si toda la noche llovía nada más íbamos por nuestras cosas y nos dejaban dormir ahí a un costado...La mayoría hace referencia a trabajadores y/o vecinos de la zona con los que mantenían contacto cotidiano y que les daban consejos o de los que obtenían algún tipo de ayuda que cubriera las necesidades básicas de sobrevivencia, sin embargo, también es frecuente encontrar que estos personajes eran los que las agredían constantemente, llamando a la policía, insultándolas o incluso intentando obtener favores sexuales de ellas. Una figura importante y constante en todas las historias es la del educador de calle, cada una de ellas hace alusión a alguno de estos educadores como factor determinante para dejar la vida de calle; al indagar más sobre este punto encontramos que el**

educador de calle representaba una figura diferente a los demás actores de la calle que les daba un trato que no recibían de otras personas. *Le conté a D (educador de calle) lo que había pasado, y me dijo siento decírtelo pero te lo dijo y me quedé aquí, me dijo que que pensaba hacer, ya me abrazó, y me dijo que todo iba a estar bien, me trajeron a poner una demanda pero no la quise poner, entonces me dijo que si me iba a ir a mi casa, iba a volver allá a que me pegara, me quería quedar aquí o si quería ir a otro lado, ellos me apoyaban, me estaba abrazando y me dijo que decidiera lo mejor para mí, que era mi decisión, ya después me quedé aquí, me pasaron a comer y después me dejaron dormir..*

- 4. Red social actual : Quiero mucho a S (personal de la institución) y me cae muy bien es la única y a la madrina de mi hijo, me dice que no me vaya para que me junte para mi cuarto, ahorita me estoy esperando porque quiero conseguir trabajo.* Llama la atención la poca información que proporcionaron en este punto, sólo en tres entrevistas las menores refirieron mantener una relación significativa con personal de la institución, en dos de ellas comentaron que era una relación importante porque la persona era simpática y en otra por que la escuchaba. Llama la atención que en los tres casos se trata de la misma persona. El contacto con la familia en algunos casos es esporádico, en otros es nulo. Las relaciones más fuertes al interior de la institución resultan ser nuevamente los pares con quienes comparten la mayor parte del día y actividades, estas relaciones van desde la amistad estrecha y la complicidad para romper las reglas de la institución hasta el enfrentamiento abierto. En uno de los casos de una menor que trabaja fuera de la institución refiere que sus relaciones con compañeros de trabajo (chicos de la misma edad) es lejana.
- 5. Contexto familiar Ahí a la vulca, me quedaba ahí y andaba toda mugrosa, mi papá componía llantas, no me cambiaba, no tenía ropa, me ensuciaba muy rápido porque como las llantas son muy sucias, y entonces me quedaba y a veces mi papá tampoco me daba de comer y andaba ahí nada más de vaga, andaba nada más viendo que hacía, después me fui a casa de mi abuelita.* Encontramos que el contexto familiar está marcado por la pobreza, en uno de los casos extrema. Todas las chicas provienen de los cinturones de pobreza de la ciudad, algunas pasaron sus primeros años en vecindades, una de ellas en una casa de cartón sin ningún servicio; los trabajos que realizan los tutores y progenitores se relacionan al comercio informal, el trabajo doméstico y la construcción. En todos los casos encontramos que el trabajo que realizan los tutores o progenitores es poco constante y esto se refleja en los ingresos familiares. *Ahí por mi barrio ahí se juntan varias bandas y pues yo me juntaba con una de ellas...* Los barrios de los que proceden las menores se caracterizan por un alto grado de inseguridad y el fácil acceso a las drogas. *Yo trabajaba desde las 6 de la mañana, porque me salí de la escuela. De 6 de la mañana a 12 de la noche y yo trabajaba...* En todos los casos encontramos que las menores comenzaron a trabajar desde muy pequeñas, en el trabajo doméstico o en el apoyo a las actividades de sus padres o familiares.

6. *Características de la familia: me crié en Lindavista con mi papá y con mi mamá, bueno pero con mi mamá nada más estuve un tiempo cuando tenía como 3 años, pero no la recuerdo muy bien, vivía con mi hermano y mi otro hermano, después mi mamá se fue y nos dejó solos con mi hermano, mi abuelita y mi papá, pero nunca supe porque, porque se habían alejado o cosas así, no? ...* En todos los casos encontramos que hay ausencia de uno de los progenitores, en la mayoría se tiene poca información sobre el padre o madre que se ausentó ya que la separación sucede cuando las menores son muy pequeñas. En los dos casos en los que la madre se fue, las menores se quedaron al cuidado del padre, en ambos el padre era alcohólico y delegaba el cuidado de los hijos a otras personas. Sólo en una de las historias encontramos que la menor desconocía quienes eran sus padres y la persona que se quedó a su cuidado no tenía ningún parentesco con ella. En las demás historias encontramos que el progenitor que se queda solo establece nuevas parejas con quienes procrean hijos. En los casos en los que las menores viven con la madre la relación está marcada por la violencia física; cabe señalar que la relación con la madre (en todos los casos) se reanuda cuando la menor ingresa a la institución) aunque no se trate de una relación constante el contacto se recupera, aún en los casos en los que la madre estuvo ausente desde los primeros años de vida, no así con el padre. Encontramos también que los niños van pasando de un familiar a otro sin que tengan una residencia estable. *Cuando le dije a mi mamá que mi hermano quiso abusar de mí, me dijo que era una mentirosa, y ya cuando le volví decir a mi mamá que mi hermano me quería comprar con mil cosas, entonces mi mamá dejó de ser así como muy estricta y entonces mi mamá ya me ponía más atención pero pues ya no era lo mismo...* En cuatro de las historias las menores refieren intentos de abuso sexual por parte de algún familiar, aunque en ningún caso reconocen que el abuso se haya consumado.
7. *Relación actual con la familia: Pues es que la familia de mi mamá sabe donde vivimos, me buscaron y me dijeron que mi mamá nos quería ver, pero a mi porque a mi hermano no lo quiere (...) y se fue a EU, me quería llevar allá, está viviendo allá. Hablamos mi mamá y yo, nos quería llevar a las dos, me dijo que me quedara en casa de mi abuelita, le prometí que no me iba a salir pero yo no quería estar, y que me salgo y entonces fue cuando perdí el contacto con ella, hasta que vino mi hermano el de EU aquí a Casa Alianza y me buscó a mi y a mi hermano J cuando estaba anexado, a mi me daba dinero (...) nos llevamos muy bien mi hermano yo porque el no quiere a mi papá, y yo no quiero a mi mamá, quieren que me vaya con todo y mi hija, pero quieren que me vaya, yo aparte y ella aparte, así la quieren cruzar, pero me dice mi tía que no que esta muy mal, que que tal que no la vuelvo a ver, le digo, pues no ...* Salvo en el caso de la menor que no tiene información sobre su familia, la institución ha contactado a los familiares de las menores pero en ningún caso ellas contemplan como alternativa reintegrarse a la familia, sea esta nuclear o extensa. El contacto es esporádico, sólo en un caso se realizan visitas familiares pero la menor niega la posibilidad de volver a vivir con su familia.

8. *Trayectoria institucional: yo me quede sola en la calle y me llevaron hasta la Gabriel Hernández, fue la primera casa hogar que yo toque con el Estopas, creo que Parque Urbano se llamaba, ahí conocí también a chavos, pero ya a la semana me salí con las dos Gabys...* En todos los casos encontramos que las menores han pasado por lo menos por una institución antes de ingresar a Casa Alianza. Algunas de las instituciones son religiosas pero su permanencia ha sido breve; *el anexo esta en Texcoco ¿cómo decidiste entrar al anexo? Porque supuestamente ya quería dejar desde hace mucho tiempo la droga, lo agarré como un pretexto, terminé mi etapa de estar ahí pero volví a lo mismo, no duré ni dos días entera. Y pues, estuvo chido, nada golpes, pero no era lo mío...* La mayoría ha ingresado por lo menos una vez en su vida a anexos (grupos que trabajan con la metodología de Alcohólicos Anónimos); sólo dos concluyeron el programa pero volvieron a recaer y las demás se escapan antes de concluir. Entre las razones por las que dejan los anexos e instituciones las más comunes son por una pareja, amigos que deciden escapar, malos tratos o conflictos con pares.
9. *Historia de adicción: al 3er día empecé a ver como andaban moneando todas, y les decía dame u pedazo y me decían no, no me querían dar droga, esa vez no había nadie y que le digo a un chavo dame un pedazo y me dice, ya te drogaste y le dije no, yo ya me drogo, ya me regalo el pedazo y empecé a sentir como me atontaba, me empecé a marear, fue cuando agarré el activo* En las entrevistas encontramos que las menores inician el consumo constante al momento de integrarse al grupo de calle, en todos los casos comienzan con el consumo de solventes y alcohol; las menores, una vez integradas al grupo, dedican una parte importante del día a conseguir dinero para comprar solventes y el consumo se da durante la mayor parte del día. La pareja dentro del grupo también juega un papel importante ya que es quien proporciona la droga o bien, ellas realizan actividades que permitan proveer la droga para ella y el compañero. Las menores relatan que muchas veces hay conflictos con otros niños del grupo por la droga y son comunes las peleas físicas para despojar a otros de la sustancia. Después del activo reportan el consumo de derivados de la cocaína (conocidos como roca) y marihuana. Las menores que pasaron por grupos de auto ayuda y tratamientos de adicción refieren que al volver a salir a calle y reintegrarse al grupo reinician el consumo casi de inmediato. *Yo sé que la droga no la podemos controlar porque ella nos controla, y así se llevan las cosas...*
10. *Estrategias de sobrevivencia: a veces me iba con una chava y con ella a veces ahí estábamos, empezábamos a drogarnos y fue cuando conocí a Y, y Y ya sabes, no, que las prostituye, me fui con ella, se me hizo fácil, me dijo vámonos y vas a estar bien y yo dije va, y me quedé con ella en un hotel y esta Y me dijo pues te van a dar dinero, párate en una esquina y lo que ganes me lo das...* En la sobrevivencia en calle encontramos que las menores recurren en alguna ocasión al robo (en algunos casos de manera indirecta como cómplices en casos de robo calificado) en la modalidad de *fardeo* o robo hormiga en centros comerciales. *Porque nosotros charoleábamos, le pedíamos dinero a la gente, entonces pedíamos para comer, mi hermano yo, como estábamos chiquitas pues la gente si nos daba dinero...* La principal estrategia de sobrevivencia es el *charoleo*, es

decir, pedir dinero en calle. Algunas menores refieren haber recurrido a su familia en algún momento para pedir apoyo económico o para recuperarse después de algún incidente en calle, pero el contacto es momentáneo. En un caso una de las menores aceptó haber recurrido a la prostitución como una manera de tener un mejor nivel de vida en calle (obtener mejor ropa y poder pagar un hotel para pasar la noche) La principal estrategia es la integración grupo de calle, ya que este asegura compañía, protección contra agresiones de otros actores de la calle y un medio para conseguir droga; en el grupo de calle aprenden a pedir dinero, a que instituciones acudir cuando requieren de algún servicio y los lugares en los que pueden pernoctar.

CONCLUSIONES

Del análisis de las entrevistas y de las categorías encontradas podemos dividir las conclusiones en características de la familia y características de la red social. En el rubro de características de la familia encontramos los siguientes puntos:

- En las entrevistas realizadas observamos que las familias de las que provienen nuestras informantes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, en el que la prioridad familiar es la sobrevivencia y la obtención de recursos económicos que cubran necesidades básicas y en algunos casos adicciones.
- Se trata de familias en las que los padres se encuentran separados, alguno de los padres está ausente (generalmente la menor cuenta con poca información acerca de las causas de esta ausencia o incluso ignora quien podría ser su padre o madre, o bien desconoce la situación actual del progenitor ausente) o en la que ambos se ausentaron, dejándola al cuidado de algún familiar o tutor.
- El padre o la madre cuentan con una nueva pareja y la familia se compone con los hijos de anteriores relaciones. En algunos casos, en los que la madre ha criado sola a los hijos, estos son resultado de diferentes relaciones.
- El cuidado de los hijos se delega hacia algún miembro de la familia extensa (abuela o tías) ya sea por que el progenitor (o progenitora) tienen la necesidad de trabajar o presenta problemas de adicción, alcoholismo o se dedica a actividades delincuenciales.
- El común denominador de las entrevistas es el referente a la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual, por parte de los mismo padres o de los familiares a los que el cuidado ha sido delegado.
- El trabajo infantil es otra de las características que encontramos en estas familias, ya que debido a las carencias económicas del grupo familiar se hace necesario que estas niñas salgan a conseguir recursos económicos para apoyar la subsistencia de la familia.

- Encontramos que en las historias de nuestras informantes las familias no cubren necesidades afectivas ni materiales, preocupándose poco por el cuidado operacional de los hijos (higiene, salud, alimentación)
- En algunos casos, la familia extensa está totalmente ausente; las menores desconocen o tienen poco contacto con los familiares de los progenitores y del o la progenitor a cargo. Predomina la percepción global de la familia extensa como un grupo que rechaza o al que no se pertenece.

En cuanto a las características de la red social antes, durante y después de la vida en calle encontramos los siguientes puntos:

- Antes de la salida a calle la red social de las menores está compuesta por pocas personas, generalmente algún vecino, algún miembro de la familia extensa y uno de los progenitores o el tutor; las instituciones se encuentran prácticamente ausentes. La densidad de la red es baja, ya que hay poca conexión entre las personas que componen la red de las menores. Las personas que componen la red se encuentran alejadas de las menores, aunque la convivencia sea cotidiana, conocen poco sobre las necesidades y experiencias de las niñas; así mismo el acceso a esta red resulta difícil, en el caso de la familia extensa debido a que se tiene poca o nula información sobre los familiares y en la familia de origen, la misma dinámica familiar no permite que las menores establezcan relaciones de cercanía; así mismo las relaciones con las personas del entorno también son lejanas y de difícil acceso ya que son esporádicas (dentro del mapa de red social del la figura 1 estarían ubicados en el último cuadrante), aún cuando geográficamente resulten cercanas; amistades de los progenitores, maestros y personal de salud ni siquiera son mencionados en las entrevistas. Las menores desconocían si había instituciones que pudieran apoyarlas y los vecinos resultaban ser una red de difícil acceso ya que el contacto era esporádico. Se trata de redes homogéneas, en el que no hay un intercambio de experiencias que pudiera dar como resultado alternativas de solución a la problemática familiar. En cuanto a los atributos del vínculo, las redes de nuestras informantes son muy pobres ya que no hay cuidado, la reciprocidad es mínima o nula y aún cuando haya convivencia cotidiana el contacto no toca lo afectivo. Podemos concluir que las redes de las menores, antes de su salida a calle no cumplían con ninguna de las funciones que de acuerdo a Sluzki (1998) caracterizan a una red social efectiva.
- En calle encontramos una red social con características similares; sin embargo, el grupo callejero a diferencia de la familia, proporciona compañía social y en algunos casos apoyo emocional (tanto como se puede brindar de menor a menor); tal vez la más importante sea la ayuda material y de servicios que provee el grupo callejero (que en la familia no siquiera era cubierta) Sin embargo, es una red de alto riesgo debido a que a que está conformada por un número reducido de miembros; el grupo de calle resulta ser con el que se acude de manera cotidiana, lo que no permite que se generen nuevas alternativas de solución a problemas (sin contar que quienes componen el grupo se encuentran

en la misma situación que las menores) y no permite que sus miembros establezcan relaciones más allá de las que el grupo considera apropiadas (el mismo grupo indica con que vecinos e instituciones se puede tener contacto) Durante la vida en calle la relación con la familia queda cancelada o resulta esporádica, además de que es común que los menores busquen un grupo que geográficamente este alejado de su lugar de origen. Sin embargo, en calle entra en juego un elemento que estaba ausente en la familia, las instituciones que realizan trabajo con menores en situación de calle. Estas instituciones, como miembros de la red social, proporcionan apoyo emocional, ayuda material y de servicios, guía cognitiva y consejos y sobre todo, acceso a nuevos contactos. La figura más fuerte en este sentido es la del educador de calle a quien perciben como proveedor de afecto y apoyo significativo. En las entrevistas realizadas encontramos que esta figura resulta ser la más fuerte y efectiva en la vida en calle.

- En cuanto a la red social dentro de la institución, contrario a lo que esperábamos encontrar, las menores perciben que las relaciones dentro de esta son poco significativas, estableciendo relación con una sola persona dentro de la institución. Se trata nuevamente de una red de alto riesgo por los contactos limitados con otros actores y las pocas posibilidades de establecer nuevas relaciones que no estén dentro del mundo de la calle. La red social en la institución está conformada por la familia, con quienes mantienen contacto esporádico y a la que no identifican como una alternativa de vida, por el personal de la institución y la institución misma a la que perciben como una fuente de apoyo material. Las menores que llegan a establecer relaciones fuera de la institución refirieron que no las consideran significativas, es decir, aquellas que asisten a una escuela o trabajan, no logran establecer relaciones importantes en estos entornos. Al tratarse de una red social homogénea, encontramos que las relaciones tanto con el personal como con los demás menores institucionalizados son conflictivas y poco efectivas para la resolución de problemas, aunque a diferencia del entorno familiar y de calle si es en los hechos una red más efectiva, por lo que a regulación social y a ayuda material y de servicios se refiere.

De todo lo anterior llegamos a la conclusión que las características de la red social de las menores y sus familias juegan un papel determinante para iniciar la vida en calle.

La forma en que las menores construyen esta red a lo largo de su vida no varía, ya que esta continúa teniendo características similares a lo largo de su vida, tanto en calle como en instituciones.

Al no poder observar como se teje esta red social en los hechos, tenemos como único referente la experiencia de nuestras informantes, sin embargo, el cómo han construido su experiencia respecto a la red social nos lleva a pensar que en los hechos está no ha sido efectiva, ya que aún en la vida dentro de la institución las menores no son capaces de identificar personajes que puedan apoyarlas en la

resolución de sus problemáticas y/o brindarles alternativas de vida diferentes a la calle y la institución.

Podríamos pensar que al percibir una red social débil, la experiencia de sobrevivencia en calle y los patrones que en esta se gestan seguirán siendo los que dominen a lo largo de su vida ya que han sido los más efectivos en su historia de sobrevivencia.

Llama la atención, que aún cuando han pasado un periodo largo en la institución, las relaciones afectivas más importantes continúan siendo aquellas que establecieron en calle.

Si trasladamos todo lo anterior a la situación de los menores que se encuentran en situación de calle podríamos adelantar que la opción de abandonar el hogar tiene una fuerte relación con las características de la red social que rodea sus primeros años de vida; que la permanencia en calle y la dificultad con la que se encuentran las instituciones que trabajan con estos grupos para ofrecer una opción de vida diferente, se relaciona también con las características que estos menores encuentran en los grupos callejeros, que resultan ser mucho más efectivos y significativos a los que encontraban en casa.

Finalmente, creemos que la corta permanencia en las instituciones tendría que ver también con las pocas posibilidades que esta le brinda a los menores para establecer una red social más amplia, significativa y efectiva.

Bibliografía

Adler Lomitz L. (1994) Supervivencia en una barriada en la ciudad de México. *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de Antropología Latinoamericana*. México: Miguel Angel Porrúa/UNAM

Alonso López . (1996) *¡Nos desprecian porque somos pobres! Desarrollo de un estilo de vida en los espacios públicos: las bandas de niños y jóvenes de Garibaldi y Casa de Todos*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.

Bellamy. C (1997). *Children of the streets*. En: *Natural History*. 106. 6 P4.

Bronfman M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. (143-150). México:UNAM/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Contreras Slyomvary S.I. (1995) *Los niños que viven en la calle: un grupo en Taxqueña. Estudio Descriptivo*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.

D'Abreu, R.C.; Mullis, A.K.; Cook, L.R.(2001). Social support and the ability to adapt to life among brazilian street children and non-street children. *Journal of social psychology*. 141. 1. pp127-130.

Donald, D y Swart-Kruger, J.(1994). The south african street child; developmental implications. *South African Journal of Psychology*. 24.4 pp169-175.

Gómez Miguel M.I., y Santamaría González G. (2001) *Representación de la familia en adolescentes de la calle institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.

Hernández S. R., Fernández C. C., Baptista L. P., (1998). *Metodología de la investigación*. (305-309). México: Mac Graw Hill.

Kaminsky. D. C(1995). Street children. *World Health*. 48. 4. p26-28.

Le Roux. J y Smith. C.S. (1998a). Causes and characteristics of the street child phenomenon: a global perspective. *Adolescence*. 33, 131, pp683-689.

Le Roux. J y Smith. C.S. (1998b). Public perceptions of, and reactions to, street children. *Adolescence*. 33, 132, pp901-914.

Le Roux. J y Smith. C.S. (1998c). Is the street child phenomenon synonymous with deviant behavior?. *Adolescence*. 33, 132, pp915-926.

Milanese E.; Merlo R.; Machín J. (2000). *Redes que previenen* (p.p. 111-113)
México: Instituto Mexicano de la Juventud/SEP

Monteiro, J.M.C. y Dollinger, S.J.(1998). An autophotographic study of poverty, collective orientation and identity among street children. *Journal of Social Psychology*. 138. 3. Pp403-406.

Neuman. W.L(1997). *Social research Methods*. Allyn and Bacon.

Rubli D. (1997). *El equilibrista y su red: redes internas y redes sociales*.
Psicoterapia y Familia. VII .1

Scanlon. T.J.; Tomkins. A.; et al (1998). Street children in latin America. *British medical journal*. 316. 7144. P1596-1600.

Sluzki C. (1995). *Migración y las vicisitudes de la red social*. Psicoterapia y Familia Especial 5º Congreso. Pag. 35

Taylor S.J., Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (100-104) México: Paidós.

Walsh. C.(1997). Street children around the world. *America*. 177.8. pp18-21.

ANEXO 2

En la Historia de un México Reciente: *Los Olvidados* de Buñuel y los Niños de la Calle

Los Olvidados de Luis Buñuel resultó ser una de las cintas más controvertidas de su época. En un sexenio en el que el gobierno mexicano buscaba mostrar al mundo la cara del desarrollo económico y la prosperidad de su población, llega un extranjero (con amistades sospechosas a los ojos de las buenas conciencias de la época) a desnudar la realidad de los cinturones de pobreza que comenzaban a surgir alrededor de la ciudad de México. Pero Buñuel no se conformó con mostrar las desigualdades económicas, fue a fondo en el análisis de la descomposición social que se gestaba alrededor de estas zonas marginadas, generando problemas sociales que hoy en día, no solo no han desaparecido sino se han agudizado.

Una de estas problemáticas es la referente a los menores en situación de calle, mejor conocidos como niños de la calle. *Los Olvidados*, resulta entonces el primer documento acerca de esta población. Aunque los jóvenes retratados en esta película distan mucho de los que actualmente pululan por zonas de la ciudad como el Centro Histórico, lo cierto es que comparten rasgos esenciales que hermanan la situación por la que esta población atraviesa. Valga un ejemplo: el Ojitos, de extracción indígena abandonado por sus padres a su suerte en las calles de una ciudad que no conoce; un porcentaje importante de menores callejeros proviene de provincia, generalmente de extracción indígena - campesina, que arriban a la ciudad en compañía de sus padres buscando mejores oportunidades de vida, o en su defecto, emprenden la aventura por cuenta propia huyendo de las condiciones de maltrato y de miseria que encuentran en sus hogares. El mismo Pedro, quien es lanzado a las calles a conseguir el sustento para el hogar, comparte la misma historia con cientos de niños que hacen de la calle su lugar de trabajo, y que en algunos casos toman contacto con otros niños que ya habitan la vía pública para, paulatinamente, integrarse a ese estilo de vida.

Buñuel retrata condiciones que hasta nuestros días continúan repitiéndose, esquemas que generan la expulsión de menores a las calles de las grandes urbes: las adicciones, la explotación infantil, el maltrato y el abandono. La familia del protagonista refleja condiciones de vida que siguen repitiéndose en muchas de las familias de menores en situación de calle: familias con un solo progenitor (en este caso la madre) que mantiene o intenta mantener distintas relaciones de pareja que resultan en un elemento de tensión al interior de la familia.

El elemento que resulta más interesante - a la vista de quien esto escribe - es el contexto en el que se desarrolla la película. En el fenómeno de niños callejeros como lo conocemos ahora, se señala como elemento de crisis o de origen, la urbanización de la Ciudad de México que se da a principios de los 80, urbanización que atrajo a miles de personas de provincia que decidieron emigrar en condiciones poco favorecedoras. *Los Olvidados* crecen en una urbe que empieza a industrializarse, en un momento en el que la economía mexicana comienza a

presentar un crecimiento definido, en el que la Ciudad de México comienza a crecer a pasos agigantados por el intenso flujo migratorio y en el que por supuesto, las diferencias se acentúan, por ejemplo: en la década de los 50's la repartición de la riqueza era inequitativa, un 10% de las familias privilegiadas del país recibían casi la mitad del ingreso nacional, mientras que el 40% de las familias pobres del país recibían el 14%.

Pero en esta cinta no todo es crudeza. Otro elemento importante en la historia que nos narra Buñuel es la posibilidad de redención o salvación para quien está a un paso de perderse, en la cinta el profesor encarna esta posibilidad, el internado como refugio de los problemas del mundo exterior. Desde muchos años atrás han existido instituciones encaminadas a atender a niños en condiciones vulnerables (huérfanos de epidemias o guerras, delincuentes juveniles, etc.) Con el correr de los años estas instituciones se han especializado; actualmente, las instancias que atienden a la infancia están divididas de acuerdo a las características de cada población; para los menores en situación de calle tal vez el símil con la figura del maestro resulten ser los educadores de calle o los consejeros, figuras que tal vez no tienen la inocencia del profe de Pedro pero si cuentan con mayor especialización.

El atisbo de una esperanza en una situación que parece no tener salida es importante. Salvador Minuchin, terapeuta familiar argentino que trabajó en los 60 con poblaciones marginadas en Estados Unidos, señalaba que al iniciar su trabajo con familias problemáticas y pobres, su labor se estrellaba con la convicción institucional de que poco había que hacer por ese tipo de familias, pareciera ser que las instituciones de asistencia pública ponían en práctica el dicho *árbol que crece torcido jamás su rama endereza*. Sin embargo Minuchin trabajó con estas familias con la consigna de que las condiciones o el contexto en el que un individuo se desarrolla no determinan su futuro, es decir, el hecho de crecer en una familia destruida y en medio de la pobreza no significa, necesariamente, un futuro negro.

Sirva esta cinta para la reflexión sobre un problema que no es nuevo, que se ha gestado a lo largo de medio siglo y que aunque ha modificado algunas de sus características en el fondo no ha cambiado: las desigualdades sociales, la falta de alternativas laborales y educativas y las problemáticas que de todo esto se derivan, generan una población que se encuentra en condiciones francamente inhumanas, niños que no cuentan con más protección que la que brinda la calle, si es que la calle puede proteger de algo. Entonces resulta que la Historia de un México Reciente, es la historia de la marginalidad y la pobreza.

- **Filmografía sobre el tema (década de los 50's):**

El papelerito (México, 1950) Director: Agustín P. Delgado

Víctimas del pecado (México, 1950) Director: Emilio *Indio* Fernández

Los olvidados (México, 1950) Director: Luis Buñuel

El camino de la vida (México, 1956) Director: Alfonso Corona Blake

- Filmografía actual sobre el tema:

Lolo (México, 1992) Director: Francisco Athié

Hasta morir (México, ¿?) Director: Fernando Sariñana

¿Cómo ves? (México, 1985) Director: Paul Leduc

La banda de los Panchitos (México, 1985) Director: Arturo Velasco

Rodrigo D. No futuro (Colombia, 1992) Director: Víctor Gaviria

La vendedora de rosas (Colombia, 1998) Director: Víctor Gaviria

De la calle (México, 2001) Director: Gerardo Tort

Álbum de familia: Rocco y sus hermanos

Esta película de Visconti presenta la situación de una familia migrante en la Italia de los 60. La historia de la familia Parondi, presentada por el director, podría ser la de cualquier familia latina que se ve obligada a abandonar el pueblo natal para buscarse la vida en una gran urbe.

Llama la atención el choque de valores de la familia pueblerina que tiene que adaptarse a las contradicciones y dificultades que presupone un cambio tan radical. Como punto de partida para este análisis está la actitud de la madre, quien al enfrentarse a los cambios se cierra totalmente a la nueva realidad, como si quisiera preservar las costumbres de la familia encerrándose en su pequeño departamento a lodo y piedra, lanzando a los hijos a luchar por el pan mientras al interior del hogar les exige que mantengan la lealtad a la familia y a los mitos que, podríamos especular, tienen sus raíces en costumbres ancestrales de la Italia rural.

Nadia, la mujer que se prostituye y que comparte los mismos orígenes de los Parondi es el elemento simbólico que representa a la gran ciudad, en la que la lucha por la sobrevivencia permite todo. Nadia ha cambiado su sistema de valores por uno nuevo que al parecer le ha permitido sobrevivir a una nueva realidad, la utilización de su cuerpo como medio para salir de la pobreza. Sin embargo, Nadia irrumpe involuntariamente en la vida de los Parodi provocando la tragedia y la irremediable disolución de la familia.

Más allá del análisis social de la migración, este fenómeno nos permite analizar los cambios que enfrenta una familia ante un hecho, que, inevitablemente introduce un factor de crisis al interior del grupo. Desde la teoría del terapeuta familiar Salvador Minuchin, podríamos aventurar que nos encontramos ante un grupo rígido, que al no permitir la entrada de información nueva del exterior (en este caso los usos y costumbres de la ciudad) y al no modificar las reglas familiares, tiene como consecuencia una serie de problemáticas encarnadas en Simone (la bebida, el juego y las conductas agresivas) Desde este enfoque, podríamos observar la dislocación de las jerarquías al interior de la familia, en la que la madre exige a sus hijos tomar el rol de padre (no en un sentido erótico, en un sentido de autoridad y manutención que implica el rol parental) y cuando estos deciden no hacerlo son expulsados de forma violenta del grupo familiar, como en el caso del mayor Vincenzo, quien se ve obligado a romper con la familia para poder empezar una relación de pareja.

Pareciera ser que a cada uno de los hijos se les ha asignado un rol en la familia, en el que Simone será la promesa, finalmente no cumplida, de triunfo en la nueva vida de la familia y Rocco será el que tendrá que sacrificarse a un destino que a primera vista no resulta tan trágico, pero con el que él no estará nunca de acuerdo. Rocco resulta ser el gran salvador de la familia, el que cumplirá los sueños de gloria al convertirse en un boxeador exitoso, dejando de lado sus sueños de volver al pueblo y sobre todo, sacrificando el gran amor que siente por Nadia, amor que pareciera ser la tabla de salvación para ella, su salida de un destino oscuro. Ciro, quien al parecer no tiene un papel fundamental en la trama, al ser el hijo trabajador alejado del triángulo amoroso que protagonizan sus hermanos, jugará un papel

primordial en el destino futuro de los Parondi; pareciera ser que él estará destinado a preservar el gran mito familiar, ese mito rígido que no permite la adaptación familiar. Desde la escuela de Milán se plantea que los mitos familiares arraigados llevan a síntomas importantes como la anorexia y la esquizofrenia; en la historia de los Parondi pareciera ser que el mito se relaciona con el éxito y la unidad familiar, quien no cumple con estas dos condiciones es repudiado. Recordemos la última frase de Ciro, que parece resumir la gran tragedia de la familia: *somos ramos de una misma espiga y debemos dar frutos, si uno no sirve hay que tirarlo.*