

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
FRANCISCO JAVIER ROBLES OJEDA

DIRECTORA DEL REPORTE:
PRESIDENTA: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

REVISORA:
TITULAR: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA
TITULAR : DRA. MARIA SUÁREZ CASTILLO
SUPLENTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
SUPLENTE: MTRA. SUSANA GONZALEZ MONTOYA

ABRIL 2005

m 344726



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.

Dedicatorias

No hay una sola familia... las familias vienen en muchos tamaños, formas, y variedades, incluyendo las que tienen relaciones de sangre y las que no –familias de trabajo, parejas del mismo género, familias de amigos... nuestros amigos suelen involucrarse íntimamente en nuestros problemas y nuestros intentos para resolverlos. Son nuestros compañeros de conversación. Nos escuchan, se preocupan por nosotros, nos aconsejan.

Harlene Anderson (1999, pp. 122-123 y 128)

Me gustaría retomar este pensamiento de Anderson, para compartir este trabajo con mis familias de amigos y personas importantes en esta etapa de mi vida correspondiente a la maestría en psicología.

*En primer lugar, deseo referirme al "cuerpo" de esta residencia, quiero agradecer a cada una de las maestras(os) de la maestría, por haber compartido parte de su conocimiento y experiencia profesional y que ahora son parte de la mía propia. Con especial afecto a la **Dra. Xóchitl Galicia**, por su calidad humana y profesional, para mí es un placer haber tenido la oportunidad de que fuera mi tutora en la maestría. A la **Dra. Luz de Lourdes Equiluz**, por ser una de las personas más trascendentes en mi trayectoria "sistémica", afortunadamente tuve la oportunidad de compartir con ella un espacio de enseñanza "formal" en este periodo. Gracias a ambas por el tiempo dedicado a la revisión y comentarios acerca del presente trabajo.*

Quiero agradecer también a los que le dieron "alma" a esta etapa, a mis amigas(os) de la maestría, con los cuales fui creciendo profesionalmente, con quienes

compartí no solamente aspectos profesionales, sino también sueños, proyectos, viajes, cursos, además de lograr hacer "más ligeros" los momentos difíciles y estresantes que se presentaron. Gracias: *Rocío Villanueva, Gisela Alcántara, Samantha Chávez, Claudia Juárez y Sergio Mandujano.*

A cada una de las personas con las cuales conversé en los diversos escenarios terapéuticos y que son parte importante de este reporte.

A la UNAM por hacerme sentir en mi hogar en cada una de sus instalaciones -tanto en CU, como en la FES Iztacala-, a lo largo de mi formación como psicólogo y terapeuta sistémico.

A mis compañeras (os) de otros semestres e incluso de otras entidades con los que también compartí momentos agradables de esta maestría, en especial a: Chela, Rosy, Lilia, Liliana, Paty, Vicky, Blanca y Marino y a mis "otros amigos psicólogos": Ara, Claus, Bere, Yira, Martha.

Finalmente, a mi otra gran "familia" que tengo fuera del ámbito psicológico, por compartir parte de la experiencia personal que tuve en esta etapa y por ser parte importante de mi vida, gracias: Juanis, Caro, Isa, Alberto, Jimmy, Lety, Susy, Marco, Miri, Lolita, Mayte, Fer y Carmen.

Francisco Javier Robles Ojedá

Ciudad de México, abril de 2005

¹ E-mail: solucion20@hotmail.com

INDICE

PRIMERA PARTE INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

<i>1.1 Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide la Terapia Familiar:</i>	3
1.1.1. Características del campo psicosocial	3
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias	8
1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	13
<i>1.2. Caracterización de las entidades y sedes donde se realiza el trabajo clínico</i>	21
1.2.1. Descripción y análisis sistémico de las entidades y sedes	21
1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos	27

SEGUNDA PARTE MARCO TEÓRICO

<i>2.1. Análisis del marco teórico epistemológico</i>	33
2.1.1 Fundamentos de la terapia familiar sistémica	33
2.1.2 Modelo de terapia estructural	40
2.1.3 Modelo de terapia estratégica	46
2.1.4 Modelo de terapia breve del MRI	51
2.1.5 Modelo de terapia del grupo de Milán	56
2.1.6 Fundamentos de las terapias posmodernas	66
2.1.7 Modelo de terapia breve orientado a las soluciones	72
2.1.8 Modelo de terapia narrativa	79
2.1.9 Modelo de terapia basado en los procesos de reflexión	83
2.1.10 Enfoque colaborativo-conversacional	88

TERCERA PARTE
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

<i>3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas</i>	97
3.1.1. Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico del trabajo clínico con familias	97
3.1.3. Análisis del sistema terapéutico total	127
<i>3.2. Habilidades de Investigación</i>	134
3.2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa	135
3.2.2. Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa	138
3.2.2. Reporte de la investigación generada del espacio de tutoría	141
<i>3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria</i>	144
3.3.1. Elaboración de productos tecnológicos	144
3.3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria	150
3.3.3. Presentación de trabajos en foros académicos	151
<i>3.4 Consideraciones éticas: de la ética profesional a la ética relacional</i>	154

CUARTA PARTE
ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DEL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

<i>4. Prácticas construccionistas en la terapia: conversaciones que invitan a la multivocalidad, la multitemporalidad y la generación de posibilidades</i>	171
4.1 Transiciones de la terapia hacia el construccionismo	171
4.2 Antecedentes de la postura construccionista en la teoría y práctica sistémica	172
4.3 Perspectiva construccionista y posmoderna	173
4.4 Terapias construccionistas	175
4.5 El construccionismo en la práctica terapéutica	176

	v
4.5.1 Prácticas conversacionales construccionistas	177
4.5.2 Prácticas conversacionales construccionistas en acción	184
Consideraciones finales	203
Referencias bibliográficas	207
Anexos	219



PRIMERA PARTE

*INTRODUCCIÓN Y
JUSTIFICACIÓN*

1.1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE LA TERAPIA FAMILIAR

Cuando empezamos a apreciar la validez local de cómo otros construyen el mundo, también estamos preparados para examinar las concepciones alternativas del funcionar humano.

Kenneth Gergen (1996, p. 177).

1.1.1. Características del campo psicosocial

La residencia de Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología surge de la necesidad de adecuar los conocimientos obtenidos por los profesionales de la psicología ante las problemáticas sociales, tomando en cuenta el contexto nacional, caracterizado por "transformaciones políticas, sociales y políticas que conlleva la modernización del país y su inserción en un mundo globalizado" (Nieto, 2002, pp. 2-3). Estas necesidades van a incidir en las diversas disciplinas que abordan estos fenómenos sociales: Economía, Sociología, Medicina, etc.; en el caso particular de la Psicología, es relevante conocer las características principales de estas problemáticas sociales, identificando las diferencias que presentan a lo largo del tiempo y de un contexto a otro.

En el caso específico de la Terapia Sistémica, la familia ha sido caracterizada como el principal sistema en el que incide su trabajo, a tal grado de usar en diversos campos el rótulo de Terapia Familiar para referirse a ésta. El sistema familiar ha sufrido una importante transformación en lo que respecta a su estructura y su dinámica a lo largo del pasado siglo y el presente, además de encontrar una diversidad de tipos de familias —o de no encontrar familias convencionales— aún en un mismo contexto social, lo que ha desarrollado y posibilitado que diversas problemáticas sean identificadas.

¿Cuáles han sido las principales transformaciones que ha tenido el sistema familiar?

A principios del siglo XX el modelo arquetípico de la familia correspondía a la siguiente estructura:

...formada por la pareja de esposos que reside en un hogar independiente con sus hijos no emancipados. La familia conyugal se funda en una división sexual del trabajo que mantiene la hegemonía formal del sexo masculino sobre el femenino, puesto que asigna los roles asociados con la crianza, el cuidado de los hijos y la realización de las tareas específicamente domésticas a la mujer y el papel de

“proveedor” de los medios económicos al hombre (Tuirán, 2001, pp. 24-25).

De acuerdo a estas características es como se concebía a “la familia” como una unidad doméstica que debía responder a esta estructura “universal”. Es precisamente, esta estructura basada en la familia conyugal la que se concebía como “funcional” y cualquier configuración o dinámica familiar que se alejara de este patrón podía ser considerada como potencialmente “disfuncional”. Sin embargo, esta estructura familiar no corresponde a las diversas realidades que se han encontrado a lo largo de la historia de nuestro país, un ejemplo de esto es que en la primera mitad del siglo XIX, aunque se consideraba que el “destino natural” de la mujer era ser madre dentro de un matrimonio, existía un índice considerable de madres solteras -entre el 18 y 33% de los nacimientos eran de mujeres solteras (Tuñón, 1998).

En esta visión tradicional se considera a la familia como un “santuario íntimo frente a un mundo público, impersonal, competitivo, frío y despiadado... como unidad aislada, autosuficiente, autónoma, impermeable a influencias externas” (Tuirán, 2001, p. 25), lo cual conlleva a la construcción de diversos mitos en torno a la familia, como el de “la armonía familiar”, que impiden ver fuentes de problemas que se generan en su interior debido a diferencias de edad, género o conflictos de poder o emocionales entre otros.

A nivel oficial se ha tenido que reconocer a sistemas diferentes que la familia, en este sentido se ha constituido el concepto de hogar, definido como el conjunto de personas que viven en una misma unidad residencial sin tener que compartir lazos sanguíneos ni articular una economía común (Tuirán, 2001). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se pueden identificar hogares familiares, caracterizados por “que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar”¹ y hogares no familiares, donde “ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar” (INEGI, 2004), a su vez, en los hogares familiares y no familiares se pueden encontrar diferentes subclasificaciones. En la tabla 1 se puede apreciar el aumento que han tenido los hogares no familiares, casi duplicándose de 1990 al año 2000.

Los medios de comunicación, en especial el cine y la televisión son un claro reflejo de esta transformación², donde a mediados del siglo XX se podía identificar en un sinnúmero de producciones a la clásica familia conyugal con los roles

¹ De acuerdo al INEGI (2004) el jefe del hogar es la persona reconocida como tal por los demás integrantes del hogar; puede ser hombre o mujer.

² Una excelente exposición de este tema es presentado en el capítulo “La familia en la pantalla” (2003) de la serie “México, Nuevo Siglo” producido por Clío.

tradicionales ya mencionados³ y que ahora, en pleno siglo XXI en programas de gran audiencia se suman a esta “familia tradicional” nuevas configuraciones sociales, como grupos de solteras y solteros que viven en un mismo hogar; mujeres solteras, independientes, profesionistas; parejas de homosexuales o lesbianas, padres o madres solteras; y familias de estructura conyugal que presentan una dinámica que en otro tiempo podía haberse considerado como “disfuncional”⁴.

Tabla 1. Hogares por sexo del jefe, tipo y clase de hogar, 1960-2000

Sexo del jefe Tipo de hogar Clase de hogar	1960	1970	1990 ^a	2000 ^a
Total de hogares ^b	6 784 093	9 816 633	16 202 845	22 268 916
Familiares ^c	6 429 150	9 081 208	15 236 448	20 751 979
No familiares	ND	ND	879 194	1 498 613
Hogares con jefe ^b	5 857 667	8 111 399	13 397 357	17 671 681
Familiares ^c	5 655 475	7 695 273	12 903 414	16 869 777
No familiares	ND	ND	450 746	790 399
Hogares con jefa ^b	926 426	1 705 234	2 805 488	4 597 235
Familiares ^c	773 675	1 385 935	2 333 034	3 882 202
No familiares	ND	ND	428 448	708 214

NOTA: Para 1960 y 1970 la información se refiere a familias censales mientras que para 1990 y 2000 corresponde a hogares, lo cual significa que no son enteramente comparables. En efecto, la familia censal consiste en un núcleo conyugal al que pueden agregarse hijos, otros parientes y/o no parientes. En cambio, un hogar, específicamente de tipo familiar, puede incluir más de un núcleo conyugal y por tanto más de una familia censal, pero las relaciones de parentesco de todos los miembros del hogar se ordenan en torno a un solo jefe, quien puede o no formar un núcleo conyugal. La diferencia consiste en la mayor complejidad que puede presentar la estructura de un hogar al tener la posibilidad de incluir más de un núcleo conyugal. Estos cambios conceptuales se deben tener en cuenta debido a que afectan los resultados y en ocasiones los datos no dan cuenta de los comportamientos que se venían observando o de la tendencia esperada.

^a Excluye a los hogares no especificados como familiares o no familiares.

^b Para los años de 1960 a 1970 el total de hogares corresponde a la suma de las familias censales y las personas solas.

^c Para los años de 1960 a 1970 el total de hogares familiares corresponde al número de familias censales. Para 1990 y 2000, los hogares familiares incluyen a los hogares no especificados.

^d Para el año 2000, están conformados por hogares ampliados, compuestos y hogares no especificados.

^e Para los años de 1960 a 1970 el total de hogares unipersonales corresponde al total de personas solas. Cabe recalcar que el total de hogares unipersonales es igual al total de la población que en ellos reside.

ND No disponible.

FUENTE: Para 1960: DGE. *VIII Censo General de Población, 1960*. México, D.F., 1962.

Para 1970: DGE. *IX Censo General de Población, 1970*. México, D.F., 1972.

Para 1990: INEGI. *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. Aguascalientes, Ags., 1992.

Para 2000: INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*. *Tabulados Básicos*. Aguascalientes, Ags., 2001.

Estas transformaciones conllevan nuevas problemáticas a afrontar para las familias, parejas e individuos; por ejemplo, adaptarse como madre soltera a la doble carga de trabajo —en el hogar y fuera de éste—; o el creciente número de hijos

³ Ejemplos de estas producciones son: “Madre querida”, “Cuando los hijos se van” o “La familia Patridge”

⁴ Esto se aprecia en programas como: “Friends”, “Sex and the city”, “Mirada de mujer”, “Queer as folk”, “Papá soltero”, “Malcom in the middle” o “La segunda noche”.

que son cuidados la mayor parte del tiempo por sus abuelos, lo que implica la negociación entre padres y abuelos acerca del establecimiento de límites y reglas en el hogar,

Características socioeconómicas

Es indispensable conocer los aspectos socioeconómicos, culturales y políticos sucedidos en nuestro país para comprender estos cambios sucedidos en las familias. La complejidad de esta temática rebasa los alcances del presente trabajo, sin embargo en las siguientes líneas se pretende presentar algunos datos que nos permitan tener una mínima perspectiva de dicho contexto histórico-social.

En nuestro país, se vivió entre 1958 y 1968 un período denominado como el “milagro mexicano” donde el crecimiento anual del PIB alcanza el 6%, siendo superior a la tasa de crecimiento demográfico. En la década de los setentas este modelo económico empieza a presentar señales de crisis, “en parte por el crecimiento de las ciudades que conlleva el de las clases medias” (Tuñón, 1998, p. 177). Es a partir de 1980 cuando se entra en un período recurrente de crisis, alternadas por pequeños períodos de estabilidad económica que preceden a una nueva crisis lo cual ha repercutido en las familias, acentuando las diferencias económicas en la población. Esto produjo un impacto en las familias, las cuales tenían que aprovechar las diferentes oportunidades económicas que se les presentaban, lo que influyó en su estructura y dinámica relacional. En este sentido; Tuñón (1998) comenta acerca del impacto que ha tenido la crisis económica en la dinámica familiar:

...antes de la crisis se ocupaban del trabajo asalariado mujeres jóvenes y solteras, o bien adultas divorciadas, separadas o viudas; con la irrupción de la crisis, después de 1982, ya no es así: el trabajo no se deja al contraer matrimonio y se incrementa entonces el número de mujeres casadas y con hijos en el mercado laboral (Tuñón, 1998, p. 180).

Otro aspecto importante que incide en las relaciones familiares han sido los cambios en las condiciones demográficas, de acuerdo al censo del 2000 (INEGI, 2004), el país tiene 97 millones de habitantes y el índice de crecimiento ha disminuido en las últimas décadas:

En 1930, la tasa promedio anual de crecimiento de la población era de 1.7 por ciento, y para 1960 de 3.4 por ciento... desde los medios oficiales [se] alentaba a la mujer que tenía muchos hijos. Entre 1940 y 1980 la población urbana creció once veces, básicamente en seis ciudades. En 1975 la media de hijos por mujer era de seis, pero en 1985 se había reducido a cuatro y en 1995 a tres (Tuñón, 1998, pp. 178-179)

Con respecto a la esperanza de vida, ésta "ascendía a 36 años en 1930, mientras que en la actualidad es de 75 años" (Tuirán, 2001, p. 32), esto ha ampliado el tiempo potencial de convivencia en la familia, por ejemplo, en 1930 una pareja que se casaba a los 30 años tenía poca probabilidad de llegar a cumplir 20 años de casados, mientras que en la actualidad existiría una gran probabilidad de que pudieran superar los cuarenta años de matrimonio, sin embargo, en muchos casos, esta posibilidad de mayor tiempo de vida en pareja, ha llevado a éstas a un desgaste que provoca la separación y el divorcio.

Como se ha mencionado con anterioridad, esto repercute en la dinámica de las familias, donde se pueden identificar un sinnúmero de patrones familiares que corresponden a esta diversidad de características sociales, económicas y demográficas, esto es ejemplificado claramente en las tendencias reproductivas en las últimas décadas: podemos encontrar a mujeres de escasos recursos con más de tres hijos que empezaron su maternidad antes de los 20 años y en el otro extremo a mujeres con un mayor nivel económico y oportunidades sociales que ejercen su sexualidad, pero que inician su maternidad después de los 30 años (Sánchez, Espinoza, Ezcurdía y Torres, 2004).

De acuerdo a Tuirán (2001) estos cambios demográficos han provocado los principales efectos en los sistemas familiares:

- i) la multiplicación y transformación de los eventos y sucesos que ocurren en la vida de los individuos y las familias; ii) un número creciente de núcleos familiares de descendientes, y iii) la ampliación del propio "espacio familiar" a través del establecimiento de redes de intercambio, cooperación y reciprocidad entre distintas generaciones, ya sea viviendo bajo un mismo techo o por medio de arreglos residenciales independientes de naturaleza variada (p. 32).

Esto ha repercutido en la estructura y dinámica familiar, donde se pueden resaltar los siguientes aspectos: emergencia de diversos tipos de familias, destacando los hogares de tipo ampliado y compuesto y los monoparentales jefaturados por mujeres; reducción en el tamaño promedio de la familia; gradual debilitamiento del modelo patriarcal de la familia donde el hombre es el proveedor único y la mujer es la encargada exclusiva del hogar y la crianza de los hijos; un incremento en las separaciones y los divorcios; un aumento de las relaciones sexuales antes del matrimonio entre adolescentes y jóvenes (Salles y Tuirán, 1998).

Estos cambios demográficos y sociales han transformado no sólo la estructura y la dinámica relacional del sistema familiar, sino también la secuencia y la edad cronológica en la que las personas transitaban por las diversas fases que habían sido identificadas como parte de su "ciclo vital": edad en que inicia el

desprendimiento del hogar paterno y la formación de la pareja; familia con hijos pequeños, en edad escolar y adolescencia y con hijos adultos y el reencuentro de la pareja sin hijos o nido vacío; por ejemplo, actualmente casi la mitad de la población de entre 20 y 29 años y una tercera parte del rango de 30 a 40 años se encuentra soltero (ver tabla 2). En algunos casos, esto provoca el retraso del abandono del hogar paterno, o por el contrario, la búsqueda de independencia al vivir

Tabla 2. Distribución porcentual de la población de 12 años y más según estado conyugal para cada sexo y grupo decenal de edad, 2000

Grupos decenales de edad	Población de 12 años y más	Estado conyugal					
		Soltero	Casado	Unido	Separado	Divorciado	Viudo
Total	69 235 053	37.2	44.6	10.3	2.6	1.0	4.3
12 a 19 años	16 384 550	92.8	3.4	3.5	0.3	0.0	0.0
20 a 29 años	17 228 877	42.1	40.0	15.2	1.9	0.5	0.3
30 a 39 años	13 489 061	13.2	66.6	14.4	3.3	1.4	1.1
40 a 49 años	9 266 924	7.7	71.1	11.4	4.5	2.1	3.2
50 a 59 años	5 917 184	6.4	69.3	8.8	5.0	2.1	8.4
60 y más años	6 948 457	5.9	54.2	5.8	4.0	1.3	28.8
Hombres	33 271 132	39.9	45.8	10.4	1.4	0.6	1.9
Mujeres	35 963 921	34.6	43.6	10.2	3.7	1.3	6.6

NOTA: En las distribuciones se excluyó el no especificado del estado conyugal.

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos. Aguascalientes, Ags., 2001.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias

Lo más difícil para mí ha sido la educación que le proporciona mi madre a la niña y lo que yo le quiero inculcar... ¡Hay un abismo de generaciones entre ella y yo! Mi madre quiere que la lleve a la iglesia... Y para mí no es importante... Si yo le decía: "Dale de comer esto a la niña", ella me decía: "Hay que darle otra cosa". Mi mamá le enseña que tiene la obligación de atender a mi hermano... Y yo le digo que no es su padre.

Testimonio de una madre (en Sánchez, 2003, p. 186)

Como se mencionó anteriormente, estos cambios sociales han impactado en la población, lo que conlleva a identificar la existencia de diversas problemáticas que aparecen en nuestra sociedad, o que antes eran ignoradas y ahora se posibilita su visibilidad. A continuación se describirán tres áreas donde se presentan estos problemas: a) las relacionadas con los cambios estructurales en los sistemas familiares; b) los relacionados a los cambios en las relaciones familiares; y c) los relacionados a los diferentes contextos socioeconómicos del país.

a) *Problemas relacionados con los cambios estructurales en los sistemas familiares*⁵

Las diversas configuraciones familiares -que difieren de la estructura de la familia conyugal-, plantean diferentes retos para sus integrantes: adecuación a nuevos roles inter e intrafamiliares, falta de apoyos socioeconómicos en el contexto donde viven, etc. Una de estas estructuras familiares que con más cotidianeidad se presentó en los consultantes que solicitaban servicio terapéutico fue la conformada por familias monoparentales, en su mayoría integradas por hijas o hijos en edad escolar, una madre que tenía que laborar fuera del hogar y la abuela, que era la principal responsable de cuidar a los(as) niños(as), en ocasiones aparecían otros adultos (tíos, primos, cuñadas, etc.) que apoyaban a la familia.

Otro aspecto relacionado a las estructuras familiares eran los sistemas familiares en transición, es decir, familias que se encontraban en proceso de disolución del vínculo de pareja, en estos casos, la madre era la que tomaba la iniciativa para la separación; o las llamadas familias reconstituidas, integradas por una pareja con hijos o hijas de vínculos anteriores. Esta problemática concuerda con el aumento en el índice de divorcios en relación al número de matrimonios ocurridos en nuestro país, que a su vez, contribuyen al aumento de familias monoparentales (ver tabla 3).

Tabla 3. Relación divorcios-matrimonios, 1970-2003

Año	Relación de divorcios (por cada 100 matrimonios)
1970	3.2
1980	4.4
1990	7.2
2000	7.4
2001	8.6
2002	9.8
2003	11.0

FUENTE: Para 1971 y 1980: INEGI. *Cuaderno No. 1 de Población*. Aguascalientes, Ags., 1989.
Para 1990 a 2003: INEGI. *Estadísticas de Nupcialidad*.

⁵ Es importante aclarar que esta división se realiza con fines didácticos, ya que cualquier problemática que se presente deberá ser concebida como producto de múltiples factores y que los problemas que se comentan son los presentados con mayor frecuencia en los diversos escenarios de atención psicoterapéutica en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica durante el período 2002-2004.

b) Problemas relacionados a los cambios relacionales en los sistemas familiares

Un aspecto que ha influido de manera importante en las problemáticas presentadas en la dinámica familiar son las diferencias de género y las generacionales, esto implica en muchos casos conflictos ideológicos acerca de lo permitido y lo prohibido dentro y fuera de la familia. En las últimas décadas, principalmente a través de los movimientos feministas han tenido una gran repercusión en la promoción de una mayor equidad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos –incluido, el familiar. A través de esta conciencia, se ha posibilitado que se hagan visibles y se puedan abordar con apoyos extrafamiliares diversos problemas que antes se pensaban eran de dominio exclusivo de la familia o incluso que era natural que todas ellas lo pasaran⁶.

Una problemática que comúnmente se presentó en los casos de terapia y que estaba asociada con esta transformación en las relaciones de género fue la violencia familiar, principalmente la violencia emocional y la física, lo cual concuerda con estadísticas recabadas por el INEGI (2004) y por el Instituto Nacional de las Mujeres (2004), donde se aprecia que casi la mitad de las mujeres ha sufrido un incidente de violencia. Es interesante apreciar que este porcentaje disminuye al aumentar el rango de edad, por ejemplo, el 55% de las mujeres de entre 15 y 19 años de edad mencionan haber sufrido un acto de violencia en relación a un 35% de las mujeres de 50 años o más, sería conveniente indagar acerca de los factores involucrados en esto (ver tabla 4).

Tabla 4. Mujeres y porcentaje de mujeres con al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por grupos de edad, 2003

Grupos de edad	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
Total	19 471 972	9 064 458	46.6
15 a 19 años	591 442	330 224	55.8
20 a 24 años	1 834 311	931 718	50.8
25 a 29 años	2 606 924	1 377 548	52.8
30 a 34 años	2 923 017	1 473 121	50.4
35 a 39 años	2 766 515	1 348 656	48.8
40 a 44 años	2 252 210	1 097 650	48.7
45 a 49 años	1 943 713	901 563	46.4
50 años y más	4 553 840	1 603 978	35.2

FUENTE: INEGI. *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003*. Aguascalientes, Ags., México, 2004.

⁶ Ejemplo de este pensamiento son las frases populares: “la ropa sucia se lava en casa” o la indicación a la mujer de “tener que cargar con su cruz”

Otro problema que se presentó, sobre todo al trabajar con población adolescente era los conflictos intergeneracionales, es importante comentar que en el caso de las mujeres adolescentes, se añadía a estas diferencias intergeneracionales las problemáticas de género, ya que, en muchos casos las generaciones de padres o abuelos se caracterizaban por normas de conductas más tradicionales y rígidas en cuanto a la conducta de hombres y mujeres, lo cual entraba en contradicción con la generación de las hijas o nietas, caracterizada por la búsqueda de normas de conducta más flexibles y equitativas.

c) Problemas relacionados a los cambios socioeconómicos

El aumento de la esperanza de vida ha desarrollado diversas problemáticas en la población, por ejemplo, en el ámbito de la salud se ha incrementado el número de personas con enfermedades crónicas, lo que provoca en las familias cambios importantes en los roles que tienen cada uno de sus integrantes. En este mismo sentido, la mayor esperanza de vida en las mujeres en relación con los hombres, provoca en muchos casos de mujeres mayores de 60 años, que se enfrenten a la muerte de seres queridos –amigos(as), pareja, incluso hijos-, lo que les conduce a reflexionar acerca de diferentes temas relacionados a su propia vida en esta edad: la soledad, el deterioro en las capacidades físicas y mentales así como la proximidad con la muerte (Belsky, 1996, Montes de Oca, 2001) y en los casos en que se quedan bajo el cuidado de familiares, se pueden generar problemáticas en el hogar. Todo esto incide en cada uno de los integrantes de las familias, que en muchos casos requieren de un apoyo psicoterapéutico para poder afrontar los cambios y nuevas tareas que se les presentan.

La situación económica ha impactado en los individuos, debido a la necesidad de buscar fuentes de recursos económicos, esto aunado a los cambios en las estructuras familiares, que en muchos casos enfrenta a madres o padres solos ante la responsabilidad de mantener a sus hijos o hijas, incide en los aspectos emocionales, generando ansiedad, depresión, tensiones familiares, etc. Un claro ejemplo de esto son las estadísticas del INEGI (2004) acerca de las causas de los suicidios, donde se encuentran aspectos relacionales y emocionales –conflictos familiares y amorosos- como los principales motivos para desencadenar esta situación, sin embargo, debemos considerar también la presencia de aspectos socioeconómicos –las dificultades económicas y enfermedades graves- como aspectos relevantes en esta problemática (ver tabla 5).

Tabla 5. Suicidios registrados según causa, 1990-2003

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave e incurable	Enajenación mental	Remordimiento	Se ignora	Otras causas
2000	2 736	221	90	291	187	110	49	1 569	219
2001	3 089	237	87	275	197	142	32	1 771	348
2002	3 160	239	112	331	158	119	31	1 831	339
2003	3 327	246	110	301	170	140	42	2 037	281

^a Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal, Guerrero y Campeche.

^b Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.

FUENTE: INEGI. *Estadísticas sobre Intentos de Suicidio y Suicidios*.

El papel que juegan los aspectos socioculturales en los trastornos psicológicos se puede apreciar en los resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (en Medina-Mora, Borge, Lara, et al, 2003), donde se diferencian los trastornos mentales de acuerdo al sexo de las personas, encontrándose que los hombres presentaban una mayor presencia de la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso del alcohol, asociados a una conducta masculina, caracterizada por agresividad, permisividad para hacer uso de bebidas alcohólicas y realizar conductas de riesgo; mientras que los principales trastornos presentados por las mujeres eran las fobias (específicas y sociales) y episodios de depresión mayor, asociadas a conductas femeninas, como la expresión de sentimientos.

Finalmente, las instituciones donde interactúen las personas son elementos importantes para identificar problemáticas específicas, por ejemplo, en los casos que eran canalizados por instituciones educativas –escuelas de educación primaria, secundaria y nivel medio superior- los objetivos manifestados por los consultantes eran los emanados de estas instituciones: mejorar el rendimiento escolar de los niños(as) o jóvenes, mejorar su conducta o su atención en clase; por otra parte, cuando la canalización la realizaba una institución médica -como el ISSSTE-, los motivos de consulta estaban asociados a trastornos mentales, basados en diagnósticos psicológicos o psiquiátricos (por ej., depresión, ansiedad, stress postraumático, etc.); cuando las familias llegaban sin alguna canalización específica, los problemas eran especificados como conflictos familiares, tristeza, etc., o de acuerdo a lo aprendido en las instituciones a las que previamente habían acudido los consultantes.

Estas transformaciones que se han comentado plantean la necesidad de abordarlas a través de posturas que tengan en cuenta los aspectos relacionales y contextuales de los individuos. En este sentido, los diversos modelos de terapia

familiar son un recurso importante, debido a la importancia que le dan a estos aspectos. A continuación se comentará de forma breve algunos aspectos de las terapias sistémicas que posibilitan abordar las problemáticas que presentan los consultantes.

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

Traten de escucharnos a nosotros [los padres]... A menudo hemos sentido que los médicos sólo oían lo que querían oír y descartaban el resto sin comentarios... se lo consideraba inválido o sospechoso porque venía de personas incompetentes... pero nosotros conocemos a nuestras hijas mejor que nadie. Conocemos sus reacciones y sus sentimientos... sabemos, mejor que cualquier enfermera o médico, cuando se puede confiar en ellas.

Relato de una consultante (en Anderson, 1999, p.p. 34-35).

En el presente siglo XXI se puede identificar la coexistencia de la enseñanza y la práctica de los diversas perspectivas de la terapia sistémica, diversas aplicaciones en los tres niveles de prevención, así como la búsqueda de integración con otras perspectivas teóricas, como el psicoanálisis o el humanismo. A lo largo de su historia ha estado relacionada con los contextos sociales donde se ha desarrollado, buscando dar respuesta de forma más adecuada a las problemáticas que surgen en ellos, en este sentido se pueden ubicar tres etapas en el desarrollo de la terapia familiar sistémica: a) la etapa en la que se asume la perspectiva de la teoría general de los sistemas y la cibernética de primer orden; b) la etapa en la que se asumen los fundamentos del constructivismo y la cibernética de segundo orden; y c) la etapa en que se asumen aspectos de la postura del constuccionismo social y del posmodernismo. De forma breve se comentarán a continuación algunos aspectos relevantes de estas etapas.

a) Es a partir del desarrollo de la Cibernética y de la aplicación de la Teoría de los Sistemas⁷ como se empieza a asumir una visión circular en la psicología con el fin de responder a la necesidad de atender de forma efectiva y urgente a la población que había desarrollado trastornos neuróticos y/o esquizofrénicos (Ceberio y Watzlawick, 1998), los cuales no eran tratados adecuadamente, teniendo una visión lineal basada en la atención centrada en el individuo. Anderson (1999) menciona lo siguiente:

⁷ Conceptos relativos a la epistemología y los diversos modelos de la terapia sistémica se desarrollarán con mayor profundidad en la parte II del presente trabajo, correspondiente al marco teórico que sustenta el trabajo clínico realizado en la residencia de Terapia Familiar Sistémica.

La emergencia de este paradigma particular en ese momento histórico particular puede apreciarse mejor si se considera el discurso cultural más genérico de las décadas de 1950 y 1960 —el desplazamiento desde las nociones románticas del individuo hacia la tecnología de las interrelaciones y los sistemas complejos-, y especialmente el contexto estadounidense —el período de posguerra, los estilos de vida estables, pro-familiares, el crecimiento y desarrollos económicos, las explosiones tecnológicas en el área de las metodologías científicas y, en su momento las computadoras (pp. 45-46).

b) El desarrollo de modelos de terapia breve responde al estilo de vida americano característico de la segunda parte del siglo XX, basado en el pragmatismo operativo, el vertiginoso ritmo de la vida cotidiana y las necesidades de las empresas de contar con atención rápida para sus empleados. Los eventos que promovieron la emergencia de estos modelos fueron principalmente los trabajos e investigaciones con relación a la llamada cibernética de segundo orden y al constructivismo.

c) El desarrollo de modelos terapéuticos posmodernos responde a la demanda social de tomar en cuenta a grupos considerados minoritarios —homosexuales, indígenas, con necesidades especiales- que eran relegados en la sociedad y como respuesta al proceso de globalización, rescatando las particularidades de cada grupo social (Ceberio y Watzlawick, 1998).

El desarrollo de la terapia familiar en México aparece en la segunda parte de la década de 1960, en este sentido, diversos autores (Eguiluz, 2004; Macías, 1988; Sánchez, 2000) mencionan la cercanía geográfica de nuestro país con Estados Unidos como un aspecto importante para su desarrollo, ya que permitió que algunos psicólogos mexicanos recibieran entrenamiento en terapia familiar y empezaran a difundir su trabajo basado en estos enfoques.

En también en esta época donde se presentan diversos fenómenos sociales:

...hay que recordar que durante esos años ocurren en todo el mundo movimientos estudiantiles... en México son recordadas... la represión del movimiento estudiantil y la matanza de Tlatelolco el 2 de octubre de 1968 (Eguiluz, 2004, 226).

Esto coadyuvó a que los enfoques sistémicos, que toman en cuenta aspectos relativos al contexto, fueran tomando relevancia ante otras perspectivas terapéuticas dominantes en esa época, como lo eran el psicoanálisis o el análisis experimental de la conducta que centraban su interés en el individuo de forma aislada.

En la década de 1970 empiezan a fundarse los primeros institutos que

trabajan con terapia familiar, como el Instituto de la Familia (IFAC) y el Instituto Mexicano de la Familia. En la década de 1980 se da un auge importante en el desarrollo de la terapia familiar en México, con la fundación de institutos como el Instituto Latinoamericano de la Familia (ILEF), Personas, Cencalli, el Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB), entre otros; y se empieza a adoptar diversos enfoques sistémicos en diversos programas de posgrado y diplomados, como los de la Universidad de las Américas (UDLA) o la UNAM. Un evento importante en esta década es la fundación de la Asociación Mexicana de Terapia Familia (AMTF) en 1981, a través de ésta se empiezan a organizar los congresos nacionales de Terapia Familiar y se publica semestralmente la revista *Psicoterapia y Familia* a partir de 1986 y 1988 respectivamente.

Durante la década de 1990 las perspectivas posmodernas que influyen en el ámbito terapéutico se ven reflejadas en la aparición de nuevas instituciones, como el Centro de Desarrollo y la Investigación para la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI), Grupo Campos Eliseos y Alinde, el surgimiento de nuevos cursos o diplomados en las instituciones y universidades que enseñan terapia familiar (Eguiluz, 2004; Eguiluz y Robles, 2004; Sánchez, 2000). Este incremento en las instituciones de la terapia familiar puede responder a la visión que ofrece estos modelos sistémicos para comprender los diversos contextos familiares, la especialización en diversos problemas específicos –violencia familiar, abuso sexual, adicciones, etc.– que han desarrollado estas instituciones y el incremento de la demanda de los consultantes a buscar servicios especializados –como es la psicoterapia– a diferencia de servicios de salud más generales (Medina-Mora, Borge, Lara, et al, 2003).

Aspectos de la terapia sistémica que contribuyen para abordar las problemáticas emergentes en las últimas décadas

Como se había comentado en el presente capítulo, las transformaciones en los sistemas sociales en que incide la labor psicoterapéutica se comprenden mejor a partir de los cambios estructurales y relacionales en las familias dentro de un determinado contexto socioeconómico; es justo en estas áreas donde los diversos modelos de la Terapia Sistémica se muestran como una alternativa importante. En los siguientes párrafos se abordarán diversos aspectos de los sistemas familiares así como algunos elementos teórico-prácticos de la terapia sistémica que inciden en su comprensión.

a) Imposibilidad de concebir a los sistemas sociales como entes externos

Se ha señalado en diversas disciplinas la problemática de abordar a cualquier sistema humano –incluido el sistema familiar–, debido a la dificultad por parte del observador, investigador o terapeuta de no ser influido por sus propios

prejuicios sociales, en este sentido Tuiran (2001, p. 24) comenta que “resulta difícil contemplar a la familia *desde afuera*, apartarse de las representaciones, símbolos, tintes valorativos y fuertes resonancias afectivas que trae consigo nuestra propia vida familiar”.

Es a través de la cibernética de segundo orden o la postura construccionista que se puede encontrar una alternativa a este dilema, ya que ambas conciben al observador como un co-constructor de un sistema que se va a constituir en el proceso de terapia, desde estas posturas se concibe que en todo sistema el observador —en nuestro campo, el terapeuta— influirá a lo observado —consultantes—, los que a su vez influirán en él, a través de sus propias características personales, resultantes de su propio entorno familiar, cultural, social, etc.

Un ejemplo de la forma en que el terapeuta comparte con los consultantes su propia experiencia es el siguiente comentario realizado en un equipo de reflexión:

Terapeuta 1: Estaba pensando en este tema de la desesperación ante la muerte de un ser querido, pero también escuché acerca de toda esta gente que la rodea, que se da cuenta de sus cualidades, sus valores, esa enseñanza que le dio esta persona que ya murió... se que es difícil la pérdida de una persona muy querida, pero parece que este apoyo fue un momento muy importante para ella...

Terapeuta 2: ¿Qué cosa en particular te hizo pensar esto?

Terapeuta 1: ...hace poco perdí a mi mamá, es un ser muy querido, muy cercano, yo creo que en ese momento de crisis, se enfrenta uno a muchas circunstancias, uno puede contar con esos recursos, no solo esos valores, sino también las gentes que la están apoyando, gente muy linda...

Al preguntar a la consultante acerca de la importancia de esta reflexiones, su comentario fue el siguiente:

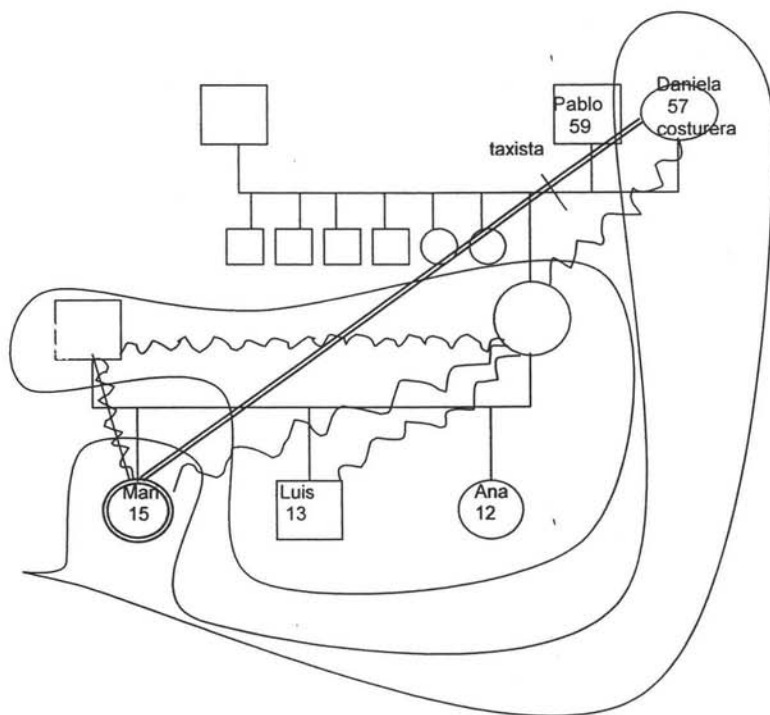
Consultante: creo que todas las opiniones que yo escuché me ayudaron muchísimo, porque siento que me entienden perfectamente, como yo trato de expresar las cosas... y para mi es un alivio muy grande saber que cuento con ustedes.

Esto permite al terapeuta integrarse al sistema de los consultantes, creando un nuevo sistema, sin la preocupación de evitar influir con sus características personales a las personas que vienen a terapia, más allá de esto, lo lleva a reflexionar acerca de cómo estas características propias pueden incidir en la terapia y de qué modo pueden ser aprovechadas para abrir posibilidades o incluso para cuestionarse a sí mismo acerca de la dificultad para comprender ciertas temáticas que surgen en la conversación con los clientes.

b) Identificar cambios estructurales y relacionales en los sistemas humanos

En el caso de las estructuras y las relaciones sociales, el modelo sistémico aportó desde sus inicios una visión centrada en los aspectos interaccionales, lo que permite entender el comportamiento de una persona en relación con otros integrantes de los sistemas en que se desenvuelve. Elementos de diversos modelos que centran su interés en la estructura y las pautas de interacción pueden ser útiles para identificar las diversas configuraciones y dinámicas familiares. Es importante mencionar que herramientas como el genograma -del cual se describirá un ejemplo-, nos permiten visualizar las diferentes estructuras familiares sin que necesariamente sea el objetivo de la terapia modificar la estructura familiar, como lo sería de acuerdo a un enfoque estructural clásico.

En el siguiente genograma, se puede observar una configuración estructural que presenta a una familia conyugal (padre, madre e hijos), la cual vive en dos hogares familiares, el primero donde viven la madre, el padre, el hijo y la hija menor y el segundo donde vive la hija mayor con su abuela materna. También se observan algunas dinámicas relacionales planteadas por los mismos miembros de la familia, por ejemplo los conflictos entre la hija mayor y su madre o una relación estrecha entre la abuela y la hija mayor.



En este caso, se posibilita la identificación del tipo de relación de los diferentes miembros de la familia de la consultante –en este ejemplo, su abuela es con la que existe una relación estrecha, mientras que con su padre y madre se presentan conflictos. Esta información nos permite plantearnos preguntas o hipótesis acerca de posibles aspectos conflictivos en la familia –confusión acerca de quién establece límites o reglas, alejamiento con la familia nuclear, etc.–, cuestionarnos acerca de posibles pautas de interacción más favorables para la consultante –¿con quiénes tendría que mejorar su relación para que fueran mejor las cosas para ella?, ¿qué tendría que pasar para que sucediera esto?, etc. Como se puede apreciar, la forma en que se puede aprovechar el uso del genograma dependerá de las características específicas de cada caso, además de los modelos terapéuticos en que se base el proceso de terapia.

Por otra parte, en los modelos posmodernos, donde se destaca la importancia de centrar la atención terapéutica más allá del sistema familiar, se comenta que la familia no debe ser concebida como una estructura “universal” configurada por personas unidas por lazos sanguíneos, e incluso se llega a mencionar que el concepto “familia” puede llegar a ser en ocasiones limitante para el trabajo terapéutico⁸ (Anderson, 1999, 2001), esto se adecua a diferentes configuraciones sociales en las que viven las personas y que fueron comentadas al principio de este capítulo. En este sentido Anderson comenta lo siguiente:

Desde una perspectiva posmoderna, sea que se trabaje con un individuo o con un grupo de individuos que se llamen una familia, siempre trabajamos con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas... el énfasis no está puesto en el individuo en el sentido tradicional, sino en el individuo en relación... no se piensa a la familia como un grupo de individuos independiente sino como una combinación fluida de individuos dialógicos (1999, p.p. 123-124).

Un tipo de usuarios cotidianos en el servicio de psicoterapia proporcionado a través del programa de Maestría, eran chicos y chicas en edad adolescente; ellos eran un ejemplo claro de la utilidad de ir más allá del tradicional sistema familiar para abordar también a su “familia de amigos y amigas”, la cual es de suma importancia en esa edad. A continuación se presenta un fragmento de una sesión donde se retomó este aspecto:

Terapeuta: *¿Cuál sería el primer paso con el que te darías cuenta que estas mejorando tu autoestima?*

Consultante: *En mi carácter, en mi forma de ver la vida, en mi forma de pensar...*

⁸ Harlen Anderson comenta al respecto lo siguiente: “para mí, el foco no está puesto ni en el interior del individuo ni en la familia; ambas distinciones son limitativas. El foco en cambio, está puesto en la(s) persona(s)-en-relación” (1999b, p. 24).

Terapeuta: *¿Quién se dará cuenta de este carácter?*

Consultante: *Mis amigos, porque de repente estoy muy feliz, muy triste o muy enojada.*

Terapeuta: *¿Quién de tus amigos se ha dado cuenta de esto últimamente?*

Consultante: *Casi todos, ahorita con el grupo que me junto somos muy unidos, siempre están conmigo... casi todos son chavos, y yo soy como la niña chiquita, me cuidan mucho, si me ven triste me preguntan: "¿qué te pasa?" "¿cuéntame?"...*

Terapeuta: *¿Cómo se darían cuenta de que ha mejorado tu autoestima?*

Consultante: *...más que nada en la hora de clase es cuando me ven triste o el otro día me peleé con un compañero, le dije "ya vete, de aquí, ya no fastidies", todo el mundo se quedó así (sorprendidos), ellos saben que no soy así, que soy muy tierna, entonces ya no me verían con este estado cambiante de ánimo.*

Estos aspectos aportados por las terapias sistémicas y posmodernas nos permite tener una mejor comprensión acerca de las diversas y cambiantes estructuras y dinámicas familiares, así como de personas relevantes para los consultantes que forman parte de su vida cotidiana y que no serían tomadas en cuenta desde una visión centrada en la familia tradicional.

c) Tomar en cuenta los múltiples aspectos socioeconómicos que afectan a los sistemas

Desde los modelos posmodernos y socioconstruccionistas se destaca la importancia del contexto social y de los discursos que se generan en éstos como constructores de problemas en los sistemas humanos.

En una investigación realizada en la maestría (Villanueva y Robles, 2004) con base en la teoría construccionista, en la cual se entrevistó a mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia, se pudo apreciar como las características socioeconómicas específicas en las que estaban inmersas y los valores asociados a su desarrollo educativo y profesional provocaron diversas problemáticas en sus vidas. Un ejemplo de esta diversidad queda plasmado en el relato de tres de estas chicas:

Entrevistada 1: *quería trabajar, pero el problema era: ¿quién iba a cuidar a la niña?, yo no quería llevarla a la guardería... pero cómo se iba a llevar la casa, quién iba a hacer de comer, porque yo pensaba trabajar normal, pero quién iba a lavar, esos fueron los dos problemas.*

Entrevistada 2: *Yo quería sacar mi carrera a como diera lugar... me espere un año en lo que amamante ocho meses a mi bebé y exactamente al año entre... a veces siento que la abandono por irme a la escuela, pero sabes que vale la pena que te sacrifiqués un poco, no será la primera ni la última niña que este en una guardería*

Entrevistada 3: Estuve un tiempo en casa mientras me reponía, pero seguí, me decían que siguiera estudiando y mi mamá me decía que por la niña no me preocupara, porque ella la podía cuidar en la tarde, saliendo de trabajar y fue como no me costó trabajo.

En este sentido, los modelos de terapia sistémica que asumen una postura construccionista toman en cuenta la importancia de los diversos significados que se asignan a las situaciones de las personas, en estos ejemplos, se podría abordar los aspectos del contexto social de estas chicas, que le dan un significado positivo o negativo al hecho de tener un embarazo en la adolescencia, de retomar los estudios o buscar desarrollarse laboralmente fuera del hogar y no solamente dedicarse de tiempo completo al rol de madre.

Finalmente, un aspecto importante que se presenta en todos los modelos de terapia sistémica es considerar al motivo de consulta como aquel problema que manifiestan los consultantes, en lugar de tomar como base un diagnóstico clínico, esto permite evitar las diferencias presentadas entre los profesionales de la salud mental y los consultantes, lo que provoca en muchos casos que estos últimos prefieran no acudir a apoyos terapéuticos, o bien, dificulten el proceso de terapia (Medina-Mora, Borge, Lara, et al, 2003).

Todo lo planteado en el presente capítulo, nos llevan a reflexionar acerca de la utilidad de asumir una postura basada en las terapias sistémicas para posibilitar la disolución de las diversas problemáticas planteadas por nuestros consultantes, tomando en cuenta las características personales, familiares y socio-culturales que se presentan en cada caso en particular.

1.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS ENTIDADES Y ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

1.2.1. Descripción y análisis sistémico de las entidades y escenarios

En virtud de que el objetivo del programa de la residencia es desarrollar en los estudiantes competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio, el programa de Maestría en Psicología Profesional contempla un mínimo de 1656 horas⁹ de entrenamiento teórico-práctico bajo supervisión (Moctezuma y Desatnik, 2001; Nieto, 2002). En el caso específico de la residencia de Terapia Familiar Sistémica, los residentes llevan a cabo sus actividades académicas en tres entidades universitarias: la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a su vez, cada entidad contará con diversos escenarios –ya sea en la misma entidad o fuera de ella- para la realización de la práctica clínica supervisada (ver figura 1). Dadas las características del programa y tomando en cuenta que el residente puede recibir cualquier tipo de familia que presenta uno o varios problemas clínicos se prevén estancias cortas en los diversos escenarios clínicos.



⁹ Las actividades contempladas para el programa de la residencia de Terapia Familiar Sistémica comprenden talleres, práctica clínica supervisada, tutorías, seminarios y presentación y discusión de casos.

El presente reporte de experiencia profesional describe las actividades realizadas en la entidad de la FES Iztacala, por lo que se describirán solamente aquellos escenarios clínicos de esta entidad académica: la clínica de terapia familiar de la FES-I, el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), plantel Azcapotzalco; y la clínica de medicina familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Tlalnepantla.

a) *Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I)*



La clínica de terapia familiar de la FESI se ubica en la avenida de los barrios Barrios, en el municipio de Tlalnepantla, en el Estado de México.

La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala –ahora FES Iztacala– fue creada en el año de 1975 como parte del programa de descentralización de la UNAM. Las carreras que se imparten en la FES-I pertenecen al área de atención a la salud, como son la carrera de medicina, enfermería, odontología, optometría y psicología. Esto ha permitido que dentro de la FES-I se proporcione servicio especializado en estas áreas para beneficio de la comunidad cercana.

Contexto físico

La clínica de terapia familiar se ubica en el primer piso del edificio de Endoperiodontología, la cual fue construida especialmente para proporcionar servicio psicoterapéutico por parte de los residentes de Terapia Familiar, empezando a dar servicio a partir de marzo del año 2002.

La clínica cuenta con dos cubículos, separados por un espejo de de visión unidireccional, en uno de esos cubículos es donde conversa el terapeuta asignado con los consultantes, mientras que en el otro cubículo se ubican los terapeutas y supervisoras. El equipo técnico con el que se cuenta es el siguiente: línea telefónica con sistema de intercomunicación, micrófono ambiental y aparato amplificador, una videocámara, una videocasetera VHS y una pantalla de televisión.

La distribución de los integrantes del equipo de terapia en la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala fue de la siguiente manera:

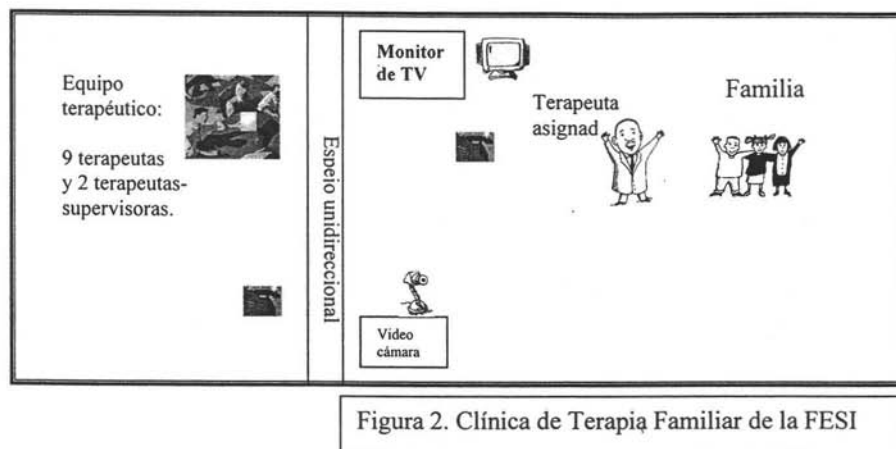


Figura 2. Clínica de Terapia Familiar de la FESI

Usuarios

En la FES Iztacala es donde se puede identificar una mayor heterogeneidad en el tipo de usuarios, debido a que la población atendida provenía de la comunidad cercana, la población estudiantil o los mismos trabajadores de esta institución. Dado el prestigio de la UNAM también solicitaban servicio de terapia algunas personas que no pertenecían a las colonias próximas al plantel, pero que buscaban una ayuda especializada. Debido a esto, no se puede identificar algún perfil de usuario, sin embargo en algunos semestres predominaba la atención a niños y jóvenes que eran canalizados por las primarias y secundarias próximas a la FES-I. En este escenario clínico, la coordinación del servicio de terapia estaba a cargo de la Dra. María Suárez, quien a partir de una lista de los usuarios que solicitaban servicio les asignaba los casos clínicos a los residentes.

b) Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco¹⁰



El CCH Azcapotzalco se encuentra ubicado en la avenida Aquiles Serdán 2060, en la delegación Azcapotzalco, en la Ciudad de México.

La Universidad Nacional Autónoma de México tiene dos instituciones académicas que ofrecen estudios de enseñanza media superior: la

¹⁰ Los datos acerca de este escenario y de su misión y filosofía fueron recabados del Portal del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (<http://www.cchazc.unam.mx>)

Escuela Nacional Preparatoria y el Colegio de Ciencias y Humanidades. El CCH fue creado para atender una creciente demanda de ingreso a nivel medio superior en la zona metropolitana y al mismo tiempo para resolver la desvinculación existente entre las diversas escuelas y facultades y los institutos y centros de investigación de la UNAM. Los primeros planteles en abrir sus puertas para recibir a la primera generación de estudiantes fueron Azcapotzalco, Naucalpan y Vallejo, el 12 de abril de 1971.

Misión y filosofía

El CCH Azcapotzalco tiene como misión que sus estudiantes sean sujetos y actores de su propia formación y de la cultura de su medio, capaces de obtener, jerarquizar y validar información, utilizando instrumentos clásicos y tecnologías actuales, y resolver con ella problemas nuevos, que posean conocimientos sistemáticos y puestos al día en las principales áreas del saber; actitudes propias del conocimiento, de una conciencia creciente de cómo aprenden, de relaciones interdisciplinarias en el abordaje de sus estudios, y de una capacitación general para aplicar sus conocimientos y formas de pensar y de proceder, a la solución de problemas prácticos. Además se busca que se desarrollen como personas dotadas de valores y actitudes éticas sólidas y personalmente fundadas; con sensibilidad e intereses variados en las manifestaciones artísticas, humanísticas y científicas; capaces de tomar decisiones, de ejercer liderazgo con responsabilidad y honradez y de incorporarse al trabajo con creatividad, para que sean al mismo tiempo, ciudadanos habituados al respeto y al diálogo y solidarios en la solución de problemas sociales y ambientales.

Contexto físico

El espacio destinado a la atención terapéutica se ubicó en un primer momento, en un salón dentro del edificio de material audiovisual, donde se reunían todos los integrantes del equipo terapéutico y los consultantes. El equipo técnico que era proporcionado por el CCH era una videocasetera VHS y un televisor, mientras que la videocámara era prestada por alguno de los residentes. A partir de finales del año de 2003 el servicio se proporcionó en un salón ubicado en el edificio del SILADIN, que fue equipado especialmente para proporcionar el servicio de terapia familiar. Este salón cuenta con dos cubículos, separados por un espejo de visión unidireccional, en uno de esos cubículos es donde conversa el terapeuta asignado con los consultantes, mientras que en el otro cubículo se ubican los terapeutas y la supervisora. El equipo técnico con el que se cuenta es el siguiente: línea telefónica con sistema de intercomunicación, micrófono ambiental, una videocámara, una videocasetera VHS y una pantalla de televisión.

La distribución de los integrantes del equipo de terapia en el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco fue de la siguiente manera:

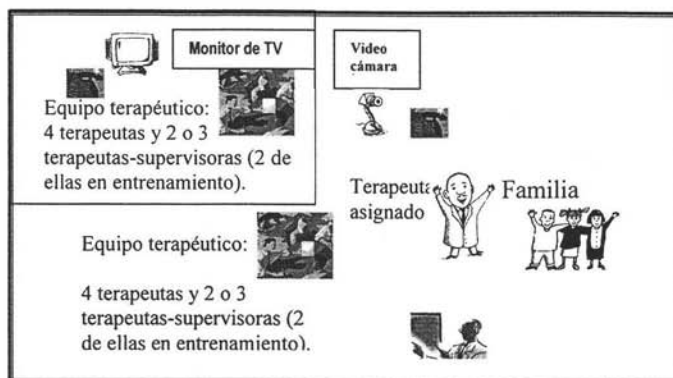


Figura 3. Espacio de atención en el CCH Azcapotzalco

Usuarios

En el CCH Azcapotzalco se puede identificar como el principal tipo de usuarios a la comunidad estudiantil y sus familias, y también –aunque en menor número– a los trabajadores del CCH (docentes, académicos, etc.). Debido a los objetivos propios del plantel, los principales motivos de consulta se referían a problemas escolares, de conducta o emocionales de los estudiantes. En esta sede, la coordinación del servicio de terapia estaba a cargo de la Mtra. Carolina Rodríguez y del departamento de Psicopedagogía del plantel, quienes se encargaban de asignarles los casos clínicos a los residentes, con base en una lista de los usuarios que solicitaban servicio o de maestros y padres que solicitaban el servicio para sus alumnos e hijos respectivamente.

c) *Clínica Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Tlalnepantla*¹¹



La Clínica del ISSSTE de Tlalnepantla se encuentra ubicada en la calle de Xalapa N° 68, en el Estado de México.

¹¹ Los datos acerca de la sede y de la misión y la filosofía de esta sede fueron recabados del Portal del ISSSTE (<http://www.issste.gob.mx>)

En 1959 el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE. La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

El ISSSTE ampara y protege actualmente a sus derechohabientes mediante el otorgamiento de 21 seguros, prestaciones y servicios, entre los que se encuentran los siguientes relacionados al área de la salud: Medicina preventiva, seguro de enfermedades y maternidad, servicios de rehabilitación física y mental, servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.

Misión y filosofía

La misión del ISSSTE es contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios que brinda la institución, entre ellos, el servicio médico. A su vez, la visión de la institución, es contar con servicios acordes a las necesidades y expectativas de los derechohabientes, normados bajo códigos de calidad y calidez que permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida, en las áreas económica, de salud, vivienda, formación y actualización; así como una diversificación de las actividades en materia de deporte, cultura y recreación.

Contexto físico

El espacio destinado a la atención terapéutica se ubicaba en el consultorio de psicología de la clínica del ISSSTE, donde se reunían todos los integrantes del equipo terapéutico y los consultantes. En esta clínica se ha ofrecido servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar (División de Educación Continua UNAM Iztacala). El equipo técnico que era proporcionado por la UNAM para su uso en el ISSSTE era una videocámara, una videocasetera VHS y un televisor.

La distribución de los integrantes del equipo de terapia en la clínica de medicina familiar del ISSSTE Tlalnepantla fue la siguiente manera:



Figura 4. Espacio de atención en el ISSSTE Tlalnepantla

Usuarios

En el ISSSTE, debido a las características de la institución existían características comunes en la población atendida: todos eran trabajadores de dependencias del gobierno, además de tener un diagnóstico previo de algún trastorno mental –depresión, ansiedad, etc.–, realizado por la psicóloga de la institución. En este escenario, la coordinación del servicio de terapia estaba a cargo de la Psicóloga de la clínica, quien elegía a los pacientes que consideraba que necesitaban el servicio de terapia familiar, los cuales eran asignados a los residentes.

1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos.

El programa de la Maestría le destina a la práctica clínica¹² un porcentaje importante de tiempo (aproximadamente 250 horas reales por semestre); donde se realizan actividades terapéuticas y otras de supervisión: "la práctica profesional se lleva bajo un programa gradual de supervisión; el supervisor es el personal académico responsable directo del entrenamiento, la supervisión y la asesoría de los terapeutas en formación en los escenarios en los que realiza su actividad" (Moctezuma & Desatnik, 2001, p. 57)

¹² La práctica clínica comprende el mayor porcentaje de tiempo de las actividades de la residencia de Terapia Familiar, el cálculo de horas por semestre es aproximada debido a la variabilidad en los horarios de trabajo en los diversos escenarios y en la duración de cada uno de los casos atendidos, que en ocasiones se extendían mas allá del semestre correspondiente..

Forma de trabajo clínico

En todos los escenarios clínicos, el primer contacto entre los residentes y los consultantes se realiza vía telefónica, donde, a través de una breve entrevista (ver anexo 2), se recaba información general acerca del consultante —edad, escolaridad, lugar de residencia, personas con quién vive, etc.— y el motivo de consulta — antecedentes del problema, atención médica previa, etc.—, además de comentar acerca de las características del servicio de terapia —trabajo en equipo, grabación en video de la sesión, duración y periodicidad de las sesiones, etc. Es importante mencionar que durante la primera sesión se presenta a los usuarios un contrato terapéutico (ver anexo 1) donde se les informaba acerca de las características de las sesiones, y se les solicitaba su autorización para grabar en video las sesiones y utilizar la información de los casos para fines académicos o de enseñanza, con el compromiso de salvaguardar su anonimato. En todos los casos se trabajó con un equipo de terapeutas —entre cinco y 10—, de los cuales, uno era el terapeuta asignado y los restantes se situaban detrás de éste y los consultantes, junto con el equipo de supervisión —conformado por una o dos supervisoras.

La primera sesión y las subsiguientes, de acuerdo con el programa de la maestría, se dividen en tres etapas:

1. *Presesión*: planificación del trabajo a efectuar con los usuarios con base en la información de la entrevista telefónica o lo sucedido en la sesión anterior, que era informado por el terapeuta asignado a través de un reporte escrito que contiene la siguiente información: geografía familiar, breve resumen de la sesión anterior o la entrevista telefónica, objetivos terapéuticos, intervenciones y/o tareas terapéuticas y análisis teórico de la sesión (ver anexo 3). Esta fase tenía una duración aproximada de 15 minutos.

2. *La sesión*: atención a los consultantes por un terapeuta, mientras el equipo terapéutico y el de supervisión observaban o comentaban acerca de lo sucedido en la sesión; después de un período aproximado de 40 minutos, el terapeuta asignado se reunía con el resto del equipo terapéutico para conversar acerca del mensaje y/o la intervención final, o en algunos casos se compartían estas reflexiones de forma abierta a los consultantes. Esta fase tenía una duración aproximada de 60 minutos.

3. *Postsesión*: análisis teórica—metodológica de la sesión y planificación de las intervenciones terapéuticas para la siguiente consulta. Esta fase tenía una duración aproximada de 15 minutos.

Participación en los escenarios clínicos

De acuerdo al programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, se tiene contemplado que los alumnos tengan la oportunidad de llevar a cabo su labor clínica en diversos escenarios y con diversos sistemas de supervisión. Las actividades específicas a la residencia van aumentando a lo largo de la Maestría: del 1er al 3er semestre los residentes dedican aproximadamente 10 horas a la semana al trabajo clínico, mientras que en el 4º semestre se dedican 15 horas aproximadamente.

Durante el primer semestre los residentes participan como observadores del trabajo clínico de los alumnos y alumnas que se encontraban en 3er semestre. Mi participación como observador se realizó en dos sedes clínicas: el CCH Azcapotzalco y la Clínica del ISSSTE de Tlalnepantla; el equipo estaba configurado por cinco alumnos de tercer semestre, cinco alumnos de 1er semestre y una supervisora en el CCH y dos supervisoras en el ISSSTE. En el segundo y tercer semestre realicé mi práctica terapéutica se realizó en la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala los días martes y jueves; en segundo semestre con un total de 7 familias, con 2 de ellas como terapeuta designado y con las otras 5 familias participando como parte del equipo terapéutico y en tercer semestre con un total de 6 familias, con 1 de ellas como terapeuta designado y con las otras 5 familias participando como parte del equipo terapéutico. En el cuarto semestre mi práctica terapéutica se realizó en tres escenarios de la siguiente manera: los lunes en la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala –sin la presencia de supervisión en vivo-, con un total de 4 familias, con 2 de ellas como terapeuta designado y con las otras 2 familias participando como parte del equipo terapéutico; los martes en el CCH Azcapotzalco, con un total de 6 familias, con 1 de ellas como terapeuta designado y con las otras 5 familias participando como parte del equipo terapéutico; y los jueves en la Clínica del ISSSTE de Tlalnepantla con un total de 7 familias, con 1 de ellas como terapeuta designado y con las otras 6 familias participando como parte del equipo terapéutico. Además, a partir del tercer semestre se proporciono atención terapéutica a las familias que no concluyeron su proceso de terapia que habían comenzado en semestres previos, lo que añadía tres o cuatro horas de trabajo clínico a la semana.

	Clínica de Terapia Familiar FESI	CCH Azcapotzalco	ISSSTE Tlalnepantla
1er semestre	Sin práctica	Observación de práctica clínica y participación en el equipo de terapia. Martes de 8:00 a 13:00 hrs.	Observación de práctica clínica y participación en el equipo de terapia. Jueves de 9:00 a 13:00 hrs.

	Clínica de Terapia Familiar FESI	CCH Azcapotzalco	ISSSTE Tlalnepantla
2º semestre	Práctica clínica. Martes de 10:00 a 14:00 hrs. y jueves de 8:00 a 12:00 hrs.	Sin práctica	Sin práctica
3er semestre	Práctica clínica. Martes y jueves de 9:00 a 13:00 hrs. Sesiones de seguimiento (de 2 a 3 horas semanales durante 3 meses)	Sin práctica	Sin práctica
4º semestre	Práctica clínica. Lunes de 11:00 a 14:00 hrs. Sesiones de seguimiento (de 3 a 4 horas semanales durante 4 meses)	Práctica clínica. Martes de 11:00 a 15:00 hrs.	Práctica clínica, Jueves de 11:00 a 15:00 hrs.

Cuadro 1. Resumen semestral de las actividades clínicas realizadas en los distintos escenarios de la FES Iztacala.



SEGUNDA PARTE

MARCO TEÓRICO

2.1 ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO¹

2.1.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

Al hablar sobre la terapia sistémica es indispensable tener en cuenta las bases epistemológicas en las que se sustenta, tanto en el ámbito de teorías científicas como en el de perspectivas filosóficas, para poder comprender el porqué de cada una de las acciones realizadas en los diversos modelos de terapia que comparten el paradigma sistémico. A continuación se describirán las características esenciales que conforman a la epistemología que da sustento a la terapia sistémica y que la diferencian de otras aproximaciones en terapia.

Epistemología

*Nada es verdad ni es mentira,
todo depende del cristal con que se mira.*

Dicho popular

Epistemología significa "ponerse en posición ventajosa, en el sentido original del verbo griego *epistamai*" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 15). Bradford Kenney, en su libro *Estética del cambio*, define el término epistemología desde diversos puntos de vista:

Por definición la epistemología se encarga de establecer de que manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden... dentro del ámbito de la Filosofía, la epistemología hace referencia a un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos del conocimiento...en el ámbito sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas (Kenney, 1994, p. 27).

Para Bateson, epistemología se refiere a "las leyes de que nos valemos para dar un sentido al mundo. Estas reglas - no siempre conscientes - determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás" (en Hoffman, 1987, p. 316).

En términos más generales, se puede afirmar que la epistemología lleva a

¹ Algunas ideas presentadas en este capítulo –a excepción de los aspectos relativos a los modelos de terapia narrativa, colaborativa y basadas en procesos de reflexión así como a la teoría posmoderna- se basan en partes del siguiente texto previamente realizado por el autor: *Una revisión teórica de los postulados epistemológicos, la historia y el uso de la comunicación y el lenguaje en la terapia breve sistémica* (2002).

reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición.

Paradigmas en Terapia Familiar

Dentro del ámbito de la terapia psicológica, se pueden identificar dos paradigmas dominantes: el de la epistemología lineal progresiva y el de la epistemología sistémica o recurrente (Keeney, 1994; Nardone, 1992).

Epistemología lineal progresiva.

Este paradigma concibe que las diversas acciones que realizan las personas son producto de una relación causa-efecto en una sola dirección, es decir, un evento A, dará como consecuencia un evento B, y el evento B será causa de uno C, sin que vuelva a afectar al evento A. Ejemplo de esta epistemología es el modelo clásico de psicopatología, las terapias psicoanalíticas y las conductuales, donde los terapeutas entienden que su labor es "corregir" los elementos "malos" del paciente (Eguiluz, 2001).

Asumir los supuestos de esta epistemología lineal, lleva al proceso de terapia a centrarse en el pasado y a considerar que cada evento es susceptible de ser analizada de forma aislada, sin importar el contexto, privilegiando el estudio de lo intrapsíquico o desarrollando programas de terapia individual iguales para todos los individuos que presentan las mismas problemáticas.

Epistemología sistémica o recurrente

El paradigma sistémico —a diferencia del lineal progresivo— "pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales... es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto" (Kenney, 1994, p. 29). Los terapeutas entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución.

Este paradigma propone que se deben relacionar los elementos observados con el fin de comprenderlos en su interacción contextual, ya que cualquier integrante de un sistema (como lo son los individuos y las familias) es retroalimentado por su contexto (es decir, por otras personas, sucesos, etc.). desde esta perspectiva se concibe a cada individuo como un todo, en constante interacción en su contexto. A lo largo del siglo XX se fueron desarrollando diversas perspectivas teóricas y filosóficas acordes con esta epistemología sistémica, entre las cuales, destacan la teoría general de sistemas, la cibernética de primer y segundo orden y el constructivismo, que serán descritas a continuación.

Teoría General de Sistemas

Es un error capital teorizar antes de tener datos. Sin darse cuenta, uno empieza a deformar los hechos para que se adapten a las teorías, en lugar de adaptar las teorías a los hechos.

Sherlok Holmes en *Escándalo en Bohemia*.

Es a principios del siglo XX, donde se puede ubicar las ideas precursoras de la Teoría General de los Sistemas, tal como la conocemos en nuestros días. Es el biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy, quien propone encontrar las correspondencias entre sistemas de todo tipo, es decir, un Modelo de Sistema General que sea compatible con otros modelos de distintas disciplinas. De acuerdo a Bertalanffy (1976) se describe a los "sistemas" como complejos elementos en interacción y establece una diferencia entre sistemas abiertos y cerrados, considerando que todos los sistemas vivientes son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno, mientras que los sistemas no-vivos no tendrían este intercambio con el exterior. Concebir a las personas y familias como sistemas abiertos permite abordar sus relaciones con otras personas y otros sistemas, ya sean familiares, comunitarios, culturales, etc. (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

Propiedades de los sistemas abiertos.

Podemos identificar como propiedades de todo sistema vivo (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981; Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000; Eguiluz, 2001) los siguientes:

Totalidad: todo sistema familiar es una unidad. Se parte de que "la suma de las partes no es igual al todo", y que dicho todo se conforma de elementos inseparables y coherentes, un cambio en alguno de sus elementos forzosamente conllevará cambios en los demás elementos del sistema. El total o el sistema no se puede comprender por la suma de "n" elementos, ya que si se analizan de forma aislada, o sea, fuera de su contexto, tendrán una función diferente que en su sistema original.

Recursividad: la estructura sistémica familiar está formada por subsistemas (sistemas menores) y suprasistemas (sistemas mayores).

Orden jerárquico: Dentro de cualquier sistema existen jerarquías, las cuales "delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función" (Sánchez, 2000, p. 41).

Retroalimentación o causalidad circular: los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, es decir, como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc., y a su vez éstos van a retroalimentar a A, B, C, D, etc. para que emitan otra respuesta y así sucesivamente.

Homeóstasis o Morfofostasis: es la tendencia principal de un sistema a mantener el equilibrio. Sánchez (2000) nos dice:

Los sistemas abiertos como las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados, al aparecer un cambio en una parte del sistema, se observará otro cambio compensatorio en otras partes de éste, con el fin de recuperar el equilibrio (p. 42).

Aunque en las primeras etapas de la terapia sistémica, se pensaba que el objetivo sería que el sistema familiar mantuviera un equilibrio, es decir conservar la homeóstasis, en una segunda etapa este pensamiento evoluciona, al concebir a todo sistema como comprendido por una tendencia a la transformación.

Morfogénesis: se refiere a la tendencia de los sistemas a cambiar y crecer.

Equifinalidad: se refiere a que en todo sistema abierto, se puede llegar a un estado final partiendo de diversas situaciones iniciales.

Equicausalidad: se refiere al hecho de que partiendo de la misma situación inicial se puede llegar a diversas situaciones finales.

En conclusión, podemos considerar a un sistema como un conjunto de elementos diferenciados, con una especificidad y función, los cuales interactúan entre sí. En todo sistema dicho conjunto de elementos que lo componen en su totalidad es diferente y mayor que la suma de sus partes.

Cibernética

La Cibernética es un término derivado del griego "*kybernetik*", que significa *timonel* y es utilizado por primera vez en 1834 por André-Marie Ampère como significado del arte de gobernar (Wiener, 1981). Wiener la define como "la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos" (en Eguiluz, 2001, p. 120).

Según von Foerster (en Jutoran, 1994) la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una

Cibernética de "0 orden", implícita; la Cibernética de "1er orden", reflexión explicitada por Wiener; y una Cibernética de "2° orden", reflexión sobre la reflexión de la cibernética.

Cibernética de "0 orden"

Herón de Alejandría en el año 62 a.C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar un vaso y se detenía en un determinado momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos ni reflexiones a ese respecto (op cit.).

En los siglos previos al desarrollo de la cibernética de Wiener, se puede identificar como aportación al desarrollo de la cibernética los trabajos de los físicos Gibbs y Boltzmann en estadística. Esto se antepone a los fundamentos de Newton, que prevalecían en esa época (siglos XVIII y XIX) donde se pensaba que se podía describir a través de la ciencia "un universo regido en su totalidad por leyes precisas, un universo consolidado y bien organizado, en el que todo el futuro depende, exclusivamente, de todo el pasado" (Wiener, 1981, p. 11). La aportación de Gibbs, es no considerar un solo mundo (o realidad), sino "todós los mundos que pueden ser respuestas a un conjunto limitado de preguntas relacionadas con nuestro entorno" (op cit. p. 15).

Cibernética de 1er Orden

A partir de diversos *aportes* teóricos, como el concepto de retroalimentación, intencionalidad y estudios de mecanismos autorreguladores, y tres encuentros de grupos de investigadores, Wiener desarrolla en 1948 el término cibernética la cual define como:

...un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (en Kenney, 1994, p. 83).

Esta organización circular es la que diferencia los sistemas cibernéticos de los demás sistemas no organizados (Watzlawick y Nardone, 2000). Un ejemplo de estos sistemas, sería un termostato, el cual tiene un mecanismo para percibir información de su entorno: si hace frío en el ambiente, el termostato recibirá esta información para accionar calor, de manera contraria, si hace calor, recibirá

mensajes a sus efectores para mantener un clima artificial frío.

Se plantea que toda regulación, simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación. Los contextos del cambio están principalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación. Desde este punto de vista, para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado. Desde la perspectiva cibernética de primer orden se concibe que un observador puede intervenir sobre lo observado sin ser influido por éste.

Esta etapa se divide en dos fases: la llamada primera cibernética, donde se hace énfasis en los procesos realizados por los sistemas para conservar la homeóstasis en los sistemas, es decir, evitar posibles desviaciones en ellos; y la segunda fase, llamada segunda cibernética, donde se concibe que los sistemas vivos tienden al cambio y la transformación (Simón, Stierlin y Wynne, 1988; Mastache, 1996).

Cibernética de 2° Orden

Entre los avances que constituyeron la conformación de la cibernética de segundo orden, se encuentran los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela (Jutoran, 1999; Nardone y Watzlawick, 1999).

En 1972, Margaret Mead, presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, pronuncia un discurso titulado "*cibernética de la cibernética*"; es Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "*cibernética de segundo orden*" o "*cibernética de los sistemas observantes*" diferenciándola de la cibernética de primer orden como cibernética de los sistemas observados.

La cibernética de segundo orden plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, necesariamente el observador se incluye en el territorio de lo observado, modificando con su acción a lo que observa y a sí mismo. En el caso de la práctica terapéutica los terapeutas y clientes son miembros de un universo participativo en que cada uno de ellos contribuye a la construcción y mantenimiento de una realidad. De acuerdo a esto, se piensa que "las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador" (Jutorán, 1999), ya que se concibe que el observador construirá su propia realidad basado en sus propios referentes perceptuales y cognitivos y las características específicas del sistema donde se encuentre.

Esta perspectiva basada en la cibernética de segundo orden va a influir en la actividad terapéutica, al concebir la relación terapeuta-cliente como una interacción donde se modifican ambos actores, creando de manera mutua la realidad de cada uno de ellos.

Constructivismo

En esta perspectiva [constructivista], la psicoterapia se ocupa de la reestructuración de la visión del mundo del paciente, de la construcción de otra realidad clínica... el constructivismo es totalmente consciente de que la nueva visión del mundo es –y no puede ser de otro modo- otra construcción, otra ficción, pero más útil y menos dolorosa.

Paul Watzlawick (en Watzlawick y Nardone, 2000, p. 38)

El constructivismo tiene como base “planteamientos teóricos... de diversas disciplinas (biología, neurofisiología, cibernética, psicología, etc.) que comparten la idea de que el conocimiento no se basa en su correspondencia con la realidad externa, sino únicamente sobre las construcciones de un observador” (Eguiluz, 1997, p. 11).

Una de las características fundamentales del constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención, el constructivismo se basa en una epistemología del observador, cuestionando “cómo es que conocemos”, por lo que se concibe que el conocimiento es un conocimiento del propio conocimiento. Desde esta perspectiva se concibe que las personas construyen e interpretan su realidad.

El constructivismo radical propuesto por Ernest von Glasersfeld considera que el mundo es diferente de acuerdo al lenguaje, se afirma que la interacción con los individuos a través del lenguaje va a construir una realidad determinada, la cual es común para aquellos que lo comparten, de esta manera, la realidad es imposible de ser representada; las ideas acerca de la realidad sólo se pueden comparar con las ideas y no con lo que éstas “representan”.

Desde esta perspectiva, no se niega la existencia de realidad externa, sino que plantea la imposibilidad de una representación objetiva y universal de ella, debido a que el sujeto está determinado estructuralmente para “experimentarla”, por lo que esta percepción será necesariamente única y subjetiva (Anderson, 1999; Gergen, 1996).

El enfoque constructivista implicó que las terapias concibieran a los problemas que llevaban a las personas a terapia como una realidad que podía ser

sustituida por otra a través del proceso terapéutico, la cual sería más funcional para la vida de las personas. Esta postura comparte con el construccionismo social dos aspectos importantes: la idea de que el conocimiento surge a partir de una construcción y la crítica a las aproximaciones que piensan que a través de la observación o procesos mentales se puede acceder a percibir una realidad existente en el mundo externo. La principal diferencia se encuentra en el papel fundamental que le atribuye el constructivismo al individuo como principal constructor de su realidad, en comparación con el construccionismo social que atribuye esta construcción a un proceso relacional.²

Es importante recordar que los primeros acercamientos psicoterapéuticos donde se trabajaba con familias completas se basaban en perspectivas teóricas distintas –principalmente el psicoanálisis-, las cuales centraban su interés en el individuo y en sus aspectos intrapsíquicos. El surgimiento de las diversas perspectivas teóricas –como la teoría general de sistemas, la cibernética y el constructivismo-, que fundamentan la perspectiva sistémica fueron importantes para la conformación de la orientación sistémica en la terapia familiar y para poder abordar a las personas, parejas y familias con base en perspectivas que le dan importancia al aspecto relacional y las interacciones que se presentan entre los integrantes de cada sistema.

2.1.2 Modelo de Terapia Estructural

En el país de las maravillas, Alicia creció repentinamente hasta alcanzar una estatura gigantesca. Lo experimentó sintiendo que crecía, mientras la habitación se hacía más pequeña. Si Alicia hubiese crecido en una habitación que lo hubiese hecho con el mismo ritmo, hubiese sentido probablemente que todo permanecía igual. Sólo si Alicia o la habitación cambian por separado su experiencia se modifica...la terapia intrapsíquica se centraría en el cambio de Alicia. Una terapia estructural de familia intenta cambiar a Alicia en forma conjunta con la habitación.

Salvador Minuchin (1977, p. 33)

Representantes

El principal representante de la terapia estructural es Salvador Minuchin, quien nació en Argentina en 1921. Minuchin se formó como psiquiatra en Nueva York; trabajó primero con adolescentes con problemas de familias judías en Israel.

² Se profundizará acerca de los aspectos teóricos del construccionismo social y su aplicación en la terapia en el apartado acerca de la posmodernidad y en el desarrollo del tema del examen de competencias profesionales.

Posteriormente tuvo un entrenamiento con fundamento analítico en el *Instituto William Alanson White* de Nueva York, después se traslada a la *Universidad de Pennsylvania* donde realiza actividad como profesor de psiquiatría, además de ser director de la *Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia* y crear una institución donde trabaja con familias de niños y jóvenes que viven en los guetos, estas familias son grupos marginados de gente latinoamericana o gente de raza negra que viven en situaciones de marginación y pobreza extrema. Es con estas familias que desarrolla los principios de la terapia familiar estructural. Abandona en 1981 la clínica de Filadelfia y se traslada a Nueva York, donde forma el *Centro Familiar Minuchin*, en 1996 decide retirarse de ésta y actualmente reside en Boston (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

Conceptos Básicos de la Terapia Estructural

La terapia estructural se basa en estudiar la conformación de la estructura familiar, intentando modificarla a una nueva organización, la cual sea funcional. Un modelo normativo para Minuchin de una familia funcional es el siguiente:

Una familia tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. el subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará ordenado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos (Hoffman, 1987, p. 248).

El objetivo de la terapia estructural es reorganizar a la familia de acuerdo con un modelo normativo, como el mencionado anteriormente, en un primer momento se busca identificar los patrones actuales de la familia que están creando conflictos dentro del sistema familiar, para este fin, se analiza el sistema en su contexto social, además de las interacciones que se dan entre sus integrantes. Para dejar en claro cómo se da este proceso, a continuación se explicará algunos términos que son empleados en la terapia estructural.

Estructura. El término estructura es una construcción mental que tiene por objeto ayudar al terapeuta a identificar las interacciones presentadas en un sistema familiar con el fin de realizar intervenciones útiles. Minuchin define la estructura familiar y sus componentes de la siguiente manera:

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones

repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1977, p. 86).

Subsistemas u holones. La estructura familiar esta conformada por subsistemas u *holones*. El término *holón* describe "entidades que son en si mismas un todo, y simultáneamente son parte de un todo supraordinado. El término... se construyó con la palabra griega *holos* (todo) y el sufijo *on*, que evoca una partícula o parte (como en protón)" (Umbarger, 1983, p. 39). Los principales holones descritos por Minuchin y Fishman (1991) en su libro *Técnicas de terapia familiar* son: el holón individual, el holón conyugal, el holón parental y el holón fraternal.

Límites o fronteras. Los límites entre los subsistemas son una especie de barrera invisible que detiene o permite la interacción entre ellos, a veces estas barreras van a ser imposibles de traspasar, en otros casos casi no existen, etc. Para que se de un buen funcionamiento familiar, Minuchin opina que deben existir unos límites claros entre los diversos subsistemas con el fin de "permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros" (1977, p. 89).

Jerarquía. La jerarquía hace referencia a la manera en que está distribuido el poder en la estructura familiar. De acuerdo a Espejel (1997) es una dimensión de autoridad que se define como "el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales" (p. 51) respecto a las situaciones que plantea la convivencia cotidiana.

Mapa familiar. Es un esquema que va a presentar la forma en que esta estructurado el sistema familiar, además de las interacciones que se dan entre sus integrantes. El mapa permite al terapeuta formular hipótesis acerca de las áreas en de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos (Minuchin, 1977, p. 139-140).

Características del proceso de terapia estructural

De acuerdo con la terapia estructural, los problemas en las familias se presentan por dificultades de adaptación al sufrir cambios la estructura familiar o en la dificultad que presentan los integrantes del sistema familiar para afrontar situaciones que requieren diferentes formas de interacción en la familia. Entre los principales eventos que pueden propiciar una crisis en la familia, se encuentran las transiciones que tiene la familia a través de las etapas de su ciclo vital, ya que cada una de ellas les plantea necesidades diferentes. Minuchin describe cuatro etapas

en el ciclo de la familia: "la formación de pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescente y la familia con hijos adultos" (Minuchin y Fishman, 1991, p. 37). Con respecto a los principales eventos que obligan a las familias a asumir nuevas formas de interacción, se encuentran las presiones ejercidas dentro de la familia y las que provienen de aspectos externos, por ejemplo una crisis económica, la muerte de un familiar, un cambio de domicilio, etc.

Todos estos elementos serán tomados en cuenta por el modelo estructural para conocer la estructura familiar y la forma en que interactúan sus integrantes, con el fin de realizar hipótesis sobre esta y poder planear el trabajo terapéutico, el cual se describirá de manera breve a continuación.

La secuencia del proceso de la terapia estructural, se puede identificar en tres partes:

1. El terapeuta se asocia de una forma activa a la familia en una posición de liderazgo. (etapa de asociación).
2. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente. En esta etapa se crean hipótesis sobre el sistema familiar, se identifican pautas de interacción, etc.
3. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura, esto se da a través de la implementación de técnicas e intervenciones por parte del terapeuta. (Minuchin, 1977).

Técnicas utilizadas

Se proponen diversas técnicas para cada una de las etapas de la terapia:

a) Para la etapa de asociación con la familia, las más representativas son: *unión* (acciones para relacionarse con el sistema familiar) y *acomodación* (adaptación del terapeuta para aliarse a la familia), dentro de ésta última se encuentran las técnicas de mantenimiento, rastreo y mimetismo.

b) En la etapa de transformación o reestructuración, se describen siete clases de "operaciones reestructurantes: el captar las pautas transaccionales de la familia, el señalamiento de los límites, el acrecentamiento del stress, la asignación de tareas, la utilización de los síntomas, la manipulación del humor y el apoyo, educación o guía" (ibid, p. 206).

Estas técnicas fueron descritas por Minuchin en una primera etapa (1977), posteriormente junto con Fishman (1991) clasificaron las técnicas utilizadas en el modelo estructural en tres áreas: las que intervienen sobre el síntoma, las que intervienen sobre la estructura y las que intervienen sobre la realidad familiar

Técnicas que cuestionan el síntoma

El terapeuta cuestiona que el síntoma se encuentre en un individuo de la familia, lo cual, es común que sea referido por ésta. Se centra la atención en las pautas de interacción del sistema familiar. Las técnicas correspondientes a este aspecto, que se denominará como *reencuadramiento* son: a) *la escenificación*, b) *el enfoque* y c) *el logro de intensidad*.

Escenificación. La escenificación es la técnica por medio de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia con el fin de obtener información acerca de las pautas de interacción presentadas por el sistema familiar. Con esto, el terapeuta construye una secuencia interpersonal en la sesión, donde se observan interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. La escenificación se podrá realizar con las siguientes variantes: realización de interacciones espontáneas, y la provocación de interacciones usuales y alternativas.

Enfoque o Focalización. Esta técnica se refiere a la selección y organización intencional que realiza el terapeuta sobre los datos mencionados por el sistema familiar. La organización va a ser el esquema terapéutico que promueva el cambio. Durante la sesión, el terapeuta escogerá elementos específicos de la familia y organizará el material de forma que estén acordes a la estrategia terapéutica. En esta organización el terapeuta debe incluir una meta estructural así como una estrategia para lograr esta meta.

Intensidad. Es la técnica por la cual el terapeuta intensifica el mensaje que le quiere hacer llegar a la familia, evitando que ésta no lo escuche debido a sus tendencias a la resistencia al cambio de pautas disfuncionales. Se busca crear secuencias interactivas que incrementen el componente afectivo de la interacción. La intensidad se podrá realizar a través de las siguientes variantes: repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del tiempo y cambio de la distancia.

Técnicas que cuestionan la estructura familiar

El terapeuta a través de su participación activa dentro del sistema familiar va a influir en la estructura que presente, ya sea que en algunos casos provoque más

proximidad en los subsistemas o límites más claros, etc. Las técnicas correspondientes a cuestionar la estructura o a la *Reestructuración* son: a) *la fijación de fronteras*, b) *el desequilibramiento* y c) *la enseñanza de la complementariedad*.

Fijación de fronteras. Estas técnicas regulan la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones entre sí. Se va a provocar que los integrantes del sistema familiar actúen en otro subsistema diferente al que lo hacen generalmente o que cambie su forma de participación en éste. Estas técnicas pueden apuntar a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo.

Desequilibramiento. En esta técnica el terapeuta busca cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema, esto se podrá realizar a través de las siguientes variantes: alianza con los miembros de la familia; ignorar a algunos miembros de la familia, coalición en contra de algunos miembros de la familia.

Complementariedad. Esta técnica busca modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia. Se busca que los integrantes de la familia vean y experimenten que pertenecen a un sistema el cual es más grande y complejo que cada uno de ellos individualmente, esto se podrá realizar a través del cuestionamiento al problema, del control lineal y de la forma en que la familia recorta los sucesos

Técnicas que cuestionan la realidad familiar

La familia crea su realidad a partir de las pautas de interacción que presenta, a través de la creación de pautas diferentes el terapeuta va llevando al sistema familiar a que construya una realidad diferente. Las variantes para el cuestionamiento de la realidad son: uso de constructos cognitivos (símbolos universales y verdades familiares); uso de intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

El modelo de terapia estructural es de los pioneros en concebirse dentro del enfoque sistémico. Minuchin, deja varias aportaciones para el desarrollo de la terapia, como el uso de los mapas familiares, los cuales nos dan un resumen de toda la gama de interacciones del sistema familiar, además de poder observar como interactúan con otros suprasistemas, como lo puede ser la familia extensa. Se da una importancia vital al aspecto de conocer a la familia, a tal punto de tener que integrarse a ésta de forma activa, durante la terapia, para poder lograr los fines que se han estipulado en ella. Sin embargo otros modelos funcionan sin asumir un papel de liderazgo activo dentro del sistema familiar, lo que en ocasiones, puede

conllevar un papel amenazante para la familia.

La terapia estructural trabaja con el supuesto de que se debe conservar un equilibrio en la familia y que la mayoría de los problemas son producto de diversas crisis por las que pasan y que rompen con la homeostasis del sistema familiar, por lo que comúnmente se considera como un fin terapéutico el regresar a la familia a un estado de equilibrio, donde las funciones de la familia estén restablecidas. Estos puntos han sido rebatidos por otros modelos más recientes, donde se considera que existe un cambio permanente, además de no considerar que existan modelos de familias funcionales, o que el cambio se logre a través de una reestructuración del sistema familiar, es decir la reestructuración no propicia el cambio sino los cambios en el sistema van a propiciar reacomodos en la estructura familiar.

Otro aspecto a resaltar es la importancia que se le da al contexto en la familia, tanto a nivel socio-cultural, como al específico de cada familia (ciclo vital, integrantes, etc), por lo que las intervenciones y sucesos descritos por cada familia deberán ser entendidos dentro de este marco contextual.

2.1.3 Modelo de Terapia Estratégica

Si se me pidiera que explicara brevemente la psicoterapia estratégica... respondería: "Los pacientes intentan dominar sus problemas con una estrategia que el terapeuta cambia, porque no es eficaz. Todo lo demás es comentario".

Richard Rabkin (en Cade y O' Hanlon, 1995, p. 19)

Representantes

El principal representante del modelo de terapia estratégica es Jay Haley, quien es entrenado por Milton H. Erickson en hipnosis, desde 1952 hasta la muerte de este último en 1980. En ese mismo año -1952- se incorpora junto Gregory Bateson, John Weakland y William Fry en un proyecto acerca de la comunicación en la esquizofrenia. Durante la década de 1960 forma parte del *Mental Research Institute (MRI)*, en esa época el trabajo terapéutico es influenciado por los aspectos de la teoría de comunicación como interacción, el doble vínculo, etc. En 1967 decide separarse del equipo del MRI para colaborar en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, junto a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, donde va a interesarse más en aspectos estructurales de la familia en la intervención en terapia. En 1976, después de abandonar Filadelfia, crea el Instituto de Terapia de la Familia en la ciudad de Washington, junto a Cloe Madanes..A principios de los 90's Haley se retira de la terapia y se dedica a escribir guiones para teatro, también

participa como conferencista y dando talleres para la formación de terapeutas, mientras que Cloe Madanes, continua activa como terapeuta y conferencista.

Conceptos básicos de la terapia estratégica

Definición de terapia estratégica. Haley considera a la terapia estratégica, no como un modelo, sino como una forma específica de abordar los problemas de los pacientes, en donde se pueden utilizar diversas técnicas que sean adecuadas a cada caso específico. Este autor define a la terapia estratégica de la siguiente manera:

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema... en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Éste debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. (Haley, 1989, p. 7)

Concepto de problema. La terapia de Haley también se le ha nombrado "*terapia estratégica para resolver problemas*", ya que para él es importante definir el problema que trae la familia, que como "un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos" (Haley, 1980, p. 6).

Entre los aspectos distintivos con respecto a otras terapias estratégicas -como la del MRI-, se encuentra poner el foco de atención a la forma en que se organiza y se presentan las interacciones en la estructura familiar a partir de la identificación de las secuencias organizacionales de la familia, después de lo cual, se pasará a la búsqueda de un cambio de la organización de la familia "paso a paso".

Etapas centradas en la estructura familiar. Al igual que Minuchin, Jay Haley considera importante trazar un mapa familiar para conocer la estructura de la familia, ya que se considera que el problema es consecuencia de coaliciones encubiertas, exclusiones de integrantes del sistema familiar, disfunción en la jerarquía, etc.; los síntomas o problemas, se piensa que cumplen una función en la familia y aportan información sobre la estructura familiar. Otro aspecto que retoma, es la importancia que se le da a la etapa del ciclo vital por el que transcurre en ese momento el sistema familiar, Haley hace referencia a las etapas del ciclo vital que se mencionaron cuando se explicó la terapia estructural.

Haley (1989) y Madanes (1989) concebían que la conducta sintomática es una señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. A través de esta hipótesis es como se desarrolló su concepción de "triángulo perverso" en la estructura familiar, en la cual centraban en un primer momento sus intervenciones terapéuticas. Las características para que se dé este triángulo, son:

1. Debe contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de status y una persona de un nivel distinto. En la familia esto significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.
2. Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante...
3. La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta (Hoffman, 1987, p. 110).

Etapa centrada en las pautas de interacción. Se puede identificar una segunda etapa del modelo estratégico, donde la atención se centra en la conducta sintomática, la cual debía ser definida de manera cibernética, es decir, estableciendo las pautas de interacción entre los integrantes del sistema familiar, por lo que la terapia tendrá como objetivo, incidir en esta secuencia reiterada de comportamientos (pauta sintomática, o la pauta que conecta). La definición del problema (síntoma) y los objetivos de terapia son realizados por los pacientes bajo la dirección del terapeuta desde una perspectiva sistémica-cibernética.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias.

Características del proceso de terapia

Se considera que la intervención terapéutica comienza desde el momento en que la familia concierta cita para su tratamiento. En este modelo es importante que se presente toda las personas involucradas en el problema, para observar sus pautas de interacción e involucrarlos a todos de forma activa en la terapia atribuye el problema.

La primera entrevista se divide en cuatro etapas: 1) etapa social, 2) etapa de planteo del problema, 3) etapa de interacción y 4) etapa de fijación de metas (Haley, 1980).

1) *Etapa social*. En esta primera etapa, se va a presentar el terapeuta con cada uno de los integrantes de la familia, a su vez, ellos también se presentarán. No se permitirá que algún miembro de la familia monopolice la plática, ni que se aborde el problema todavía. El terapeuta va a observar algunos aspectos de la familia, que le sirvan para construir hipótesis sobre su estructura (forma en que se sientan, en que se comunican, etc.).

2) *Etapa de planteo del problema*. El terapeuta preguntará a la familia la causa por la que han venido, en esta etapa es importante que todos sus integrantes den su punto de vista. Se deberá clarificar el problema, e identificar la secuencia de conductas entre la familia que constituye el problema, además del contexto en donde se presenta éste.

3) *Etapa de interacción*. En esta etapa el terapeuta dejará a los integrantes de la familia que discutan sobre el problema, evitando que la discusión se centre en sólo dos personas, interviniendo para que todos los integrantes participen. Esto permitirá observar como es la interacción familiar y se corroborará o rechazará las hipótesis sobre la estructura familiar.

4) *Etapa de fijación de metas*. Al concluir la etapa de interacción, se establece con la familia los cambios a los que se quiere llegar, que serán los objetivos de la terapia. Los objetivos deberán ser resolubles, la terapia deberá centrarse en ellos y permitirán saber si se ha tenido éxito en la intervención terapéutica o no. Esta parte de la sesión, será importante para el transcurso de la terapia, Haley comenta que "el terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia" (Haley, 1980, p. 40).

Durante la primera entrevista el terapeuta deberá conocer de manera clara la estructura familiar, y se deberá llegar a un acuerdo entre éste y la familia, acerca de la naturaleza del problema y las metas u objetivos de la terapia. A estas alturas, la tarea del terapeuta es comprender el problema y formularlo de manera tal que pueda hacerse algo al respecto (Haley, 1980, 1984, 1996).

Intervenciones

Directivas

Las intervenciones en la terapia estratégica, se aplican a través de directivas, es decir, el terapeuta indica algo que los miembros de la familia tienen que realizar,

dentro y fuera de las sesiones de terapia (Haley, 1980, y Madanes, 1989). Las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica, es papel importante del terapeuta lograr que la familia se sienta motivada a realizar las directivas que se les plantean en la terapia (Madhanes, 1989; 1993).

Haley (1980), menciona que las directivas o tareas impartidas a los individuos y familias tienen las siguientes finalidades: hacer que la gente se comporte de manera diferente; intensificar la relación entre clientes y terapeuta; y obtener información. Las directivas pueden ser: a) directas, b) paradójicas o c) metafóricas.

a) *Directas*. Estas directivas se caracterizan por comunicar de manera precisa a los integrantes de la familia lo que deben realizar para empezar a resolver su problema. Pueden adoptar la forma de consejos, explicaciones, o sugerencias.

b) *Paradójicas*. Se caracterizan por pedir a la familia que no cambie, con el propósito de que esta petición sea percibida como un reto y la familia empiece a cambiar. Madanes (1989) señala que esta intervención se basa en la idea de que hay familias que asisten en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas por lo cual el cambio consiste en emplear su propia resistencia. El éxito de esta técnica depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo negándose a continuar cumpliéndolas.

c) *Metafóricas*. La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra. Para la realización de este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través del lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema.

Redefinición

Es una intervención cognitiva que consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema. En este caso la redefinición se realiza con el fin de poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto y de hacer que la nueva definición del problema lo haga resoluble.

Ordalía

Se emplea cuando existe una estrecha relación terapéutica en la que, sin embargo, se manifiestan pocos cambios. Sólo se prescribe a personas que

cumplen las tareas y el procedimiento consiste en que el terapeuta da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra es una tarea mucho más onerosa que aquella.

Un aspecto a resaltar de este modelo es su enfoque "estratégico", al referirse a que cada caso es distinto y que los instrumentos, técnicas e intervenciones deben ser elegidos de acuerdo a las características del paciente y no el paciente encajar a las características del modelo con que se trabaja en terapia. Haley puede asumir ante un problema una posición directiva y con otro semejante en diferentes circunstancias, una posición no directiva; esta forma de trabajar la retoma del trabajo de Milton Erikson, el cual se caracterizaba por esta flexibilidad para adecuarse a cada caso específico en terapia.

Al igual -como se verá más adelante- que en el modelo de terapia breve centrado en el problema, deberá quedar establecido de forma clara el problema a tratar así como toda la gama de circunstancias e interacciones que giran en torno a él, por lo que con pacientes que no lo puedan delimitar, el proceso de terapia puede verse obstaculizado al no quedar claras las secuencias internacionales que lo conforman.

2.1.4 Modelo de terapia breve del MRI (resolving problem)

Si al principio (intenta algo para solucionar un problema) y no tiene usted éxito, puede intentarlo otra vez; pero si tampoco entonces lo consigue, intente algo (totalmente) diferente.

Fisch, Weakland y Segal. (1984, p. 36)

Representantes

El modelo de terapia breve centrado en la resolución del problema es desarrollado por el equipo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. Don Jackson funda el MRI en noviembre de 1958, siendo sus miembros fundadores Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se unirían Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick.

La primera década del MRI (1958-1967) se caracteriza por un período de transición a una identidad propia: en el lapso comprendido de 1958 a 1963 coexistían las ideas emanadas del Equipo de Bateson, encaminadas a proseguir la investigación acerca de la comunicación en diversas especies, mientras que el equipo del MRI enfocaban su interés en el ámbito terapéutico. Es a partir de 1963, cuando Bateson parte a las Islas Vírgenes donde "el MRI desarrolla un enfoque

más exclusivamente terapéutico e impone su originalidad en el medio de la terapia familiar" (Wittezaele y García, 1994, p. 229). En este periodo se pueden identificar cinco grandes orientaciones en el trabajo del MRI: la formación de terapeutas, las investigaciones sobre la familia y la enfermedad mental; la terapia familiar; y las investigaciones sobre la teoría de la comunicación humana y el proceso de cambio; esta última vendría a ser la base teórica para el desarrollo de la terapia breve centrada en el problema. En 1967, dentro del MRI se crea el Centro de Terapia Breve, bajo la dirección de Richard Fisch, Jay Haley, Artur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland (Sánchez, 2000).

El modelo de terapia breve del MRI, esta basado en un enfoque estratégico, con el objetivo de poder solucionar la problemática del cliente de una manera menos prolongada que las terapias convencionales. Con respecto a esto, Fisch y sus colaboradores, en su libro "*La táctica del cambio*", explican:

Nuestro objetivo consistía en comprobar qué podía conseguirse durante un período de tiempo estrictamente limitado -un máximo de 10 sesiones de una hora- concentrando la atención en el principal desarreglo actual, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio, que conociésemos o pudiésemos tomar prestadas de otros y buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actuar en vez de pretender reestructurar familias enteras (1984, p. 28).

Conceptos básicos de la terapia breve del MRI

Definición de problema. Para el equipo del MRI, los problemas son ocasionados a partir de las soluciones intentadas por los clientes y que no han dado resultado, estos intentos, sin embargo se hacen recurrentes en el sistema familiar, creando un círculo vicioso, lo que es llamado *más de lo mismo* (Fisch et al., 1984; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976), esto implica que "los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas, en el seno del sistema, necesarios para solventarlo" (Ochoa de Alda, 1995, p. 44) .

De acuerdo a la investigación realizada por el grupo de Palo Alto (Watzlawick et al., 1976), hay tres causas principales de abordar mal las dificultades, creando problemas: a) cuando se niega que existe un problema y la solución es no hacer nada al respecto; b) cuando se intentan diversas soluciones ante un problema que por sí mismo es imposible de modificar ya que su fin es utópico y por más que se intente llegar a la meta, no se podrá alcanzar; y c) cuando se exige un cambio en un nivel equivocado, es decir, se intentan soluciones diferentes pero que pertenecen a la misma clase, es decir, se hace *más de lo mismo*.

Concepción acerca de la realidad. Watzlawick considera como postulado básico de la terapia breve centrada en el problema el concebir que:

...la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos - incluidos los problemas y las patologías - es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad (Watzlawick y Nardone, 2000, p.17).

Es decir, cada uno construye la realidad que después vive y que en el caso de los clientes, que cada uno de ellos sufre. Desde este punto de vista, la terapia breve concibe a los trastornos mentales como productos de disfunciones perceptivas y reactivas con respecto a la realidad que el sujeto construye a través de sus disposiciones y acciones; si cambian las modalidades perceptivas del paciente dentro del proceso de construcción, cambiarán también sus reacciones (Watzlawick y Nardone, 2000). Los terapeutas se suman a sus clientes en la construcción de una realidad compartida, por lo que se puede plantear como objetivo de la terapia construir a través del sistema terapeuta-cliente, una realidad diferente para este último, la cual le sea favorable (Kenney, 1994).

Cambio. El cambio sólo se puede dar en un nivel que abarque un cambio de clase –o de segundo orden- y no solo un cambio de un miembro de esa clase a otra –o de primer orden-, es decir, se debe evitar un cambio que conduzca a *más de lo mismo*, "hay que obligar al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva condicionándolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y nuevas soluciones" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 44). Para que se pueda dar un cambio, es preciso que se identifiquen las pautas conductas que lo conforman para posteriormente incidir en ésta.

Características del proceso de terapia

Se pueden identificar cinco etapas en la terapia breve centrada en el problema (Nardone y Watzlawick, 1992):

1) *Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.* En esta etapa se busca crear un ambiente apropiado para el proceso de terapia, donde el paciente se sienta en confianza, creando una cooperación con el terapeuta. Para posibilitar esto, "la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente..., el terapeuta debe entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona que esta pidiendo ayuda" (ibid p.75).

2) *Definición del problema.* En esta fase, el terapeuta centra su atención a la descripción que hace el paciente sobre su problemática, enfocando dicho problema hacia las consecuencias que ha tenido en la vida práctica. Se buscará identificar qué área de interacción del individuo se ve más afectada -consigo mismo, con los demás, con su ambiente-, para centrar en ésta la intervención.(Nardone y Watzlawick, 1992; Hoffman, 1987; Watzlawick y Nardone, 2000).

3) *Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.* El sistema terapeuta-cliente definen los objetivos del tratamiento, esto implica dos funciones: orientar la terapia hacia un fin concreto, el cual es verificable por ambas partes, y poder indicar como se está desarrollando la terapia; al negociar con el paciente los objetivos, creando en él una sugestión de ser una parte activa en el tratamiento, creando una "profecía autocumplidora positiva", es decir, ofreciéndole al paciente la sensación de que él puede producir un cambio favorable. Los objetivos de la terapia deben ser contruidos de tal manera que sean solubles, se considera que es mejor fragmentar problemas muy complejos en pequeños problemas que sean más sencillos de alcanzar.

4) *Identificación de las soluciones intentadas.* En esta fase, se identifican los cuáles son los factores que intervienen para que el problema ocurra de manera sistemática. Como se había mencionado, la premisa principal de este modelo de terapia es que "los mismos intentos de resolver el problema precisamente lo sostienen. La solución, repetidamente intentada, del problema inicial se convierte así en el verdadero problema" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 80), por lo que se debe identificar las pautas de interacción que intervienen en dicha solución fallida para buscar una modificación en esta pauta de comportamiento.

5) *Programación terapéutica y estrategias de cambio.* A partir de todo lo realizado en las fases anteriores, se pasará a la aplicación de intervenciones terapéuticas. En la aplicación de las intervenciones, el terapeuta debe tomar en cuenta la forma deliberada de comunicarse con el paciente, con el fin de cambiar la percepción del paciente sobre las representaciones sobre el problema.

6) *Conclusión del tratamiento.* En esta etapa se realizan estrategias con el fin de consolidar el cambio en el paciente, además de crear una conciencia sobre las pautas de comportamiento que han modificado para solucionar el problema. Finalmente se debe "poner de relieve la capacidad que ha demostrado el sujeto al realizar con constancia y tenacidad el duro trabajo que le ha exigido la solución del problema" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 111).

Intervenciones terapéuticas³

Intervenciones específicas para las soluciones fallidas del paciente

El equipo del MRI (Fish, Weakland y Segal, 1984) identificaron los siguientes cinco tipos de soluciones fallidas típicas, que son intentadas por los pacientes, para las cuales desarrollaron a su vez cinco intervenciones específicas:

1) *Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.* Ante esta solución se le pide al sujeto que fracase en su intento de superar el problema.

2) *Dominar un acontecimiento aplazándolo.* Se expone al paciente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito.

3) *Llegar a un acuerdo mediante la coacción.* Se pide a la persona eliminar la actitud dominadora, aparentando amabilidad e impotencia, con consecuencias negativas hacia la persona con la que se era dominante ("sabotaje benévolo").

4) *Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Se plantea a la persona la necesidad de hacer peticiones directas.

5) *Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* Se plantea una tarea donde se interrumpa la secuencia de acusaciones y justificaciones ("interferencia" o "confusión de señales").

Reestructuración

Una parte importante para que se logre el cambio es lograr una reestructuración sobre la percepción del problema por parte del paciente, lo cual se va a lograr a través de las prescripciones diseñadas en terapia.

Reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los hechos correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismo..., lo que cambia a resultas de la reestructuración es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a ésta (Watzlawick et al, 1976, p. 120).

³ En este modelo de terapia se utilizan intervenciones directas, indirectas y metafóricas, las cuales fueron descritas en la sección correspondiente al modelo de terapia estratégica,

El trabajo desarrollado por el grupo del MRI constituye un evento determinante en el ámbito de la terapia sistémica, sin duda alguna, fueron los primeros en desarrollar un fundamento teórico-epistemológico a lo realizado en su práctica clínica, al aterrizar las ideas emanadas de las investigaciones realizadas por Gregory Bateson en el trabajo de terapia, además de desarrollar una teoría completa acerca de la formación de problemas y su proceso de cambio.

La influencia de estos desarrollos teóricos se refleja en el desarrollo de otros modelos, como el realizado por el Grupo de Milán o la influencia que recibió de Shazer por parte de John Weakland para desarrollar su modelo de terapia breve centrado en las soluciones. Es común en diversas aproximaciones sistémicas retomar la idea del MRI acerca de la formación del problema a partir de soluciones fallidas de las familias o personas, que crean un círculo viciosos, incluso, siguiendo este mismo pensamiento, se han desarrollado métodos específicos para la intervención con determinados problemas como trastornos de alimentación, fobias o determinadas configuraciones familiares (Nardone, 2002, 2003).

2.1.5 Modelo de Terapia del Grupo de Milán

*Ya sea que pienses que puedes o pienses que no puedes,
estás en lo cierto.*

Henry Ford (en Canfield y Hansen, 1996, p. 123)

Representantes

El equipo de Milán estaba configurado en su primera etapa por los terapeutas Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. En mayo de 1967, por iniciativa de Selvini, inician sus actividades en el Centro para el Estudio de la Familia en Milán, Italia. El grupo de Milán enfoca su trabajo principalmente hacia familias que tienen algún integrante que presenta problemas de anorexia o psicóticos. Como casi todos los terapeutas de esta primera etapa de la terapia familiar, ellos tenían una formación basada en la orientación psicoanalítica, lo que se refleja en su práctica terapéutica en la cual veían a las familias con una frecuencia de una o dos sesiones por semanas, durante períodos muy largos, incluso durante años (Boscolo y Bertrando, 1996).

A principios de la década de 1970 su trabajo terapéutico es influenciado por los postulados del equipo del MRI de Palo Alto. En esta etapa reciben asesoría por parte de uno de los integrantes de este equipo, Paul Watzlawick, además de estudiar y discutir la literatura propuesta por él y otros autores con ideas sistémicas, como Bateson, Haley, Jackson y Erickson (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000).

Del equipo del MRI, retoman la visión de ver a la familia como un sistema abierto, con posibilidad de recibir retroalimentación de su contexto y con tendencia al cambio y a la estabilidad; la teoría de la comunicación humana y en especial la teoría del doble vínculo, la cual es denominada por el Grupo de Milán como "comunicación paradójica". Este tipo de comunicación va a propiciar que un individuo desarrolle conductas de tipo esquizofrénico.

Conceptos básicos del modelo de terapia del Grupo de Milán

Pauta de comunicación esquizofrénica. Aquí es importante tomar en cuenta el planteamiento realizado por Watzlawick, Jackson y Beavin en su libro *Teoría de la comunicación humana* (1981), donde describen las características del doble vínculo, que provoca una conducta esquizofrénica:

1) En el nivel verbal se da una indicación que a continuación, en el segundo nivel, casi siempre no verbal, es descalificada. Se agrega al mensaje que está prohibido hacer comentarios, o sea metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y esta prohibido dejar el campo.

2) Se impide que el receptor del mensaje salga del marco establecido por ese mensaje, a través de la metacomunicación (comentando) con el padre sobre lo que ha dicho o retrayéndose.

3) Esta indicación de no poder metacomunicar, impide al receptor ocupar la posición complementaria, o sea la obediencia a la indicación, pues no está claro cuál es la verdadera indicación.

4) Tampoco está permitido ponerse en posición simétrica o sea, desobedecer, porque no esta claro cuál es la verdadera indicación a la cual desobedecer.

Para el equipo de Milán, la única posibilidad para permitir la metacomunicación es que se redefina la relación familiar, permitir que uno de los integrantes asuma explícitamente el papel del más fuerte o el más débil, para ellos "lo que resulta esencial para que la relación interpersonal no sea psicótica, es la claridad inequívoca y recíprocamente aceptada de su propia definición".

Juegos familiares. Se considera que la familia esta regida por ciertas reglas, las cuales se van estableciendo a lo largo del tiempo basándose en ensayos y errores de lo que se puede y lo que no se puede hacer en cada familia; estas reglas familiares van a establecer una especie de "juego familiar", que "engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de

otros y de la familia en conjunto" (Ochoa de Alda, 1995, p. 60), en este juego familiar es donde se van a establecer las reglas de comunicación que desembocan en un comportamiento psicótico de alguno de los participantes. El objetivo o meta terapéutica será modificar el estilo del juego familiar, lo que permitirá cambiar las reglas y creencias, buscando propiciar un cambio en todo el sistema familiar.

Características del proceso de terapia

El equipo de Milán trabaja con todo el sistema familiar, o por lo menos con gran parte de éste. La terapia está planificada para que tenga una duración de 10 sesiones, las cuales van a tener un intervalo de un mes entre cada una de ellas. Este periodo tan largo, obedeció en un primer momento a que varias familias tenían que trasladarse de lugares lejanos, por lo que era difícil que fueran a terapia una o dos veces por semana, después el equipo de Milán se dio cuenta de diversas ventajas que tenía alargar los períodos entre las sesiones:

Fue casualmente, gracias a que algunas familias que debían realizar largos viajes efectuaron entrevistas más distanciadas, como descubrimos que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces. A raíz de estas observaciones, extendimos esta praxis a todas las familias, basados en la experiencia de que un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 26).

Etapas de la sesión terapéutica

La forma en que trabajaba el equipo original de Milán es la siguiente, se dividían en dos partes, dos terapeutas, una mujer y un hombre eran los observadores, quienes estaban detrás del espejo unidireccional, otra pareja hombre-mujer estaba frente a la familia, las parejas se rotaban, no siempre teniendo la misma pareja cada terapeuta.

El contacto previo con las familias se lleva a cabo vía telefónica, la cual es realizada por alguno de los integrantes del equipo. En esta entrevista, además de llenarse una ficha telefónica, el terapeuta toma en cuenta diversas características importantes para la sesión en vivo, como lo es el tono de voz, las peculiaridades de la comunicación, la forma en que interacciona con el terapeuta, etc.

La secuencia de las sesiones de la terapia del equipo de Milán se dividen en cinco partes (Selvini et al., 1988):

a) *Primera parte o presesión.* En esta parte todo el equipo terapéutico lee la ficha de datos de la familia o el acta de la sesión anterior en el caso de que no sea la primera cita para la familia.

b) *Segunda parte o sesión.* Esta parte conforma lo que es en sí la sesión con la familia, la cual dura aproximadamente una hora, aquí se observan los estilos de interacción de la familia, su sistema de reglas y de comunicación, etc. Durante esta etapa, la parte del equipo terapéutico que ejercen el rol de observadores pueden interrumpir, para indicarles observaciones a los terapeutas que están al frente de la familia, en tal caso, los terapeutas al frente de la familia se reunirán con el equipo detrás del espejo, para intercambiar ideas.

c) *La discusión de la sesión.* Aquí el equipo de terapeutas que esta frente a la familia se retira para reunirse con el equipo observador, donde "el trabajo... consistía en la formulación de una serie de hipótesis, que desembocaban en una hipótesis sistémica que daba un sentido a los comportamientos observados, relacionados con el sintoma" (Boscolo y Bertrando, 1996, p. 86). A partir de la discusión realizada, se construía una intervención final, comúnmente reformulaciones, rituales o prescripciones con tareas a realizar.

d) *La conclusión de la sesión.* Los terapeutas que están frente a la familia vuelven con ésta y finalizan la sesión con algún comentario y la descripción de la intervención final para que la realice la familia. Por lo general, las tareas que se indican a la familia, eran construidas de tal manera que tuvieran un efecto paradójico, es decir, que ya sea que la realicen o no, se provoque un cambio de acuerdo a los fines de la terapia.

e) *Realización del acta de la sesión.* El equipo completo de terapeutas se vuelve a reunir, analizando lo ocurrido al cierre de la sesión, posteriormente formulan hipótesis y redactan un acta de la sesión, donde se realiza una síntesis de lo más importante de ésta.

Intervención terapéuticas

Connotación positiva

Esta intervención se basa en atribuirle una significado positivo al síntoma del paciente designado y a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia y tiene las siguientes funciones:

- 1) Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema...

- 2) Acceder al sistema mediante la conformación de su línea homeostática.
- 3) Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho.
- 4) Provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación
- 5) Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeuta.
- 6) Definir el contexto como terapéutico (tipo de contexto) (Selvini et al, 1988, p. 75).

Es importante connotar positivamente al síntoma y no a un individuo en particular, tomando precaución de no descalificar a ningún integrante, ya que esto iría en contra del juego familiar y provocaría una descalificación hacia el terapeuta.

Intervenciones paradójicas

El equipo de Milán postula que es imposible confrontar directamente a la familia que presenta pautas de comunicación esquizofrénica o paradojas comunicacionales. Para modificarlas se deben prescribir tareas de la misma índole, es decir, de tipo paradójico, las cuales son denominadas *intervenciones contraparadójicas* o *doble vínculo terapéutico*, con las cuales se busca "anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio de un modo tal que haga lo que haga siempre se logró un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo" (Ochoa de Alda, p. 265).

En el libro de *Paradoja y contraparadoja* (Selvini, et al, 1988) se describen diversas intervenciones contraparadojales que prescribían a las familias⁴. Entre las intervenciones de este tipo, se encuentran: a) connotar de manera diferente al hijo sacrificado —el paciente identificado— y a sus hermanos; b) evitar descalificaciones entre los miembros de la familia; c) atacar las coaliciones negadas en la familia. También se identificaron diversas estrategias realizadas por la familia con el fin de "sabotear" el trabajo realizado por los terapeutas, por lo cual se diseñaron estrategias específicas para contrarrestar estas resistencias familiares.

Entre las principales maniobras saboteadoras de la familia y las contramaniobras terapéuticas, encontramos las siguientes: a) ante la maniobra de hacer mención de mejorías sospechosas, se realiza la contramaniobra de "aceptar sin objeciones una mejoría o una desaparición del síntoma que no parecen justificados en absoluto por el correspondiente cambio en el sistema de interacción familiar" (p. 125); b) ante la maniobra de no asistir por parte de algún o algunos

⁴ Es importante mencionar que en esta etapa del trabajo del equipo de Milán, se pensaba que las familias con transacción esquizofrénica presentaban una tendencia hacia la homeostasis, es decir, al no cambio, por lo que muchas conductas presentadas en las sesiones, como la ausencia de uno de sus integrantes u olvidar realizar las tareas eran vistos como una resistencia del sistema familiar para lograr el cambio.

integrantes de la familia, se realiza la contramaniobra de aceptar el argumento de la ausencia, sin embargo el contenido de la terapia se centra en dicha ausencia; y c) ante la maniobra familiar de descalificar u "olvidar" las prescripciones terapéuticas, se realiza la contramaniobra de manifestar impotencia por parte de los terapeutas para continuar trabajando en dicha sesión con el fin de evitar entrar en una competencia con la familia y retomar el control terapéutico al decidir la finalización de la sesión y fijar la fecha de la próxima.

Rituales terapéuticos

Se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. El ritual es precisado por el terapeuta en su totalidad, especificando el tiempo, el lugar, las actividades de cada uno de los integrantes de la familia, etc. Con los rituales terapéuticos se busca modificar las pautas de conducta de la familia, de una manera que no quede explícito de manera verbal, que se está indicando dicho cambio.

2.1.5.1 Período Post-Milán

A principios de la década de los ochentas el grupo de Milán se divide: por un lado quedan Mara Selvini y Giuliana Prata, que se dedican a la investigación y se siguen interesando en la utilización de prescripciones, por otro lado quedan Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo (Asociados de Milán), que centran su interés en el entrenamiento a terapeutas y al proceso de la entrevista en la terapia, además de retomar en la conceptualización de la terapia aspectos de la cibernética de segundo orden, lo que provoca que se tome en cuenta al observador (terapeuta) como parte activa de lo observado (familia) y que sea importante que "los terapeutas examinaran el efecto causado por su propio impacto... antes de acceder a prestar ayuda a una persona o familia con miras a lograr un cambio" (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989, p. 33). Otro cambio importante en el trabajo de Cecchin y Boscolo es dejar de usar cada vez más en su trabajo el interés con respecto a descubrir los juegos familiares en la familia que constituían transacciones de tipo esquizofrénico y por consiguiente, el uso de intervenciones contraparadojales.

Características principales del proceso de terapia

En la etapa Post-Milán el proceso de la conformación del equipo de terapeutas sufre algunos leves cambios: ahora solo es un terapeuta quien es responsable directo de la familia, mientras que los demás integrantes se

encuentran detrás del espejo. El funcionamiento específico en situaciones de entrenamiento es de la siguiente manera:

Detrás de la pantalla sitúan a dos equipos que trabajan conjuntamente para generar hipótesis diferentes y complementarias: el equipo de terapia (equipo T) y el de observación (equipo O). El primero se compone del equipo de tratamiento propiamente dicho y el supervisor; su trabajo consiste en elaborar hipótesis e intervenciones y en proponerlas al terapeuta para que las aplique a la familia. El segundo no se comunica con el terapeuta, ni con la familia, sino que elabora hipótesis acerca de la familia y el contexto de la terapia; las reserva para sí hasta el final de la entrevista, en cuya oportunidad ambos grupos intercambian hipótesis e ideas para las intervenciones (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989, p. 123).

Etapas del proceso de terapia

a) *Inicio de la terapia.* Se empieza indagando acerca sobre la manera en que la ha identificado a la persona que tiene el problema. Inmediatamente se pasa a preguntar acerca de quién fue el primero en detectar la existencia del problema —lo que permite concebir al problema desde una perspectiva relacional—, a partir de este momento se continuara con un interrogatorio circular que permita conocer la configuración familiar con respecto a la conducta problema, posibles triángulos en la familia, cómo se comportan ante las premisas familiares, como se relacionan con contextos más amplios, etc.

b) *Interrogatorio circular.* El interrogatorio circular tiene el objetivo de indagar el funcionamiento del sistema completo, poniendo el énfasis en la interacción de todos los integrantes de la familia y no en el individuo aislado; por ejemplo, el terapeuta puede preguntarle a un integrante de la familia qué cree que los demás integrantes de la familia piensan sobre alguna conducta de la familia, en lugar de preguntárselos a ellos directamente. La realización de un interrogatorio circular tendrá importantes consecuencias:

Las preguntas circulares... sitúan a cada miembro de la familia como observador de los pensamientos, emociones y comportamientos de los otros; de esta forma, crean en la terapia una comunidad de observadores... cada miembro de la familia es dicho en lugar de decir, escucha la opinión que el otro tiene sobre él y, de esta manera, tiene más posibilidades de conocerlo (Boscolo y Bertrando, 1996, p. 88).

c) *Indagación de premisas familiares.* Se busca entender las premisas familiares de cada uno de los integrantes de la familia y a partir de ellas, encontrar conexiones para realizar hipótesis sistémicas que expliquen el problema, que, a su vez, permitan elaborar hipótesis acerca del cambio en el sistema familiar. Estas premisas familiares organizaran los comportamientos de sus integrantes, con

respecto a la forma en que se abordan estas premisas, los miembros del grupo de Milán buscan un "mito" o "premisa" que parezca mantener en su sitio a las conductas vinculadas a un problema; después tratan de enunciarlo en sus mensajes a las familias, de tal manera que se especifique al problema como si estuviera al servicio de aquel mito.

d) *Elaboración de hipótesis sistémicas.* La construcción de hipótesis sistémicas se dan a través de las siguientes fases en la entrevista: a) conocer en que cree la familia que consiste el problema, y cómo esta conectado con los otros miembros de la familia; b) conocer como esta conectada la familia con los suprasistemas; y c) percibir la conexión entre el sistema familiar y el sistema de terapia. Las principales fuentes para crear una hipótesis son: los datos emergidos de la entrevista; la teoría en que se base el terapeuta; la experiencia que se tiene con otras familias y lo que el terapeuta transmite a la familia (como coevoluciona él y la familia).

e) *Fin de la terapia.* El final de la terapia se da en el momento en que la familia no se define a sí misma como patológica y empieza a realizar cambios sin indicación del terapeuta, o que el terapeuta considere que su trabajo ya no se puede definir como terapéutico.

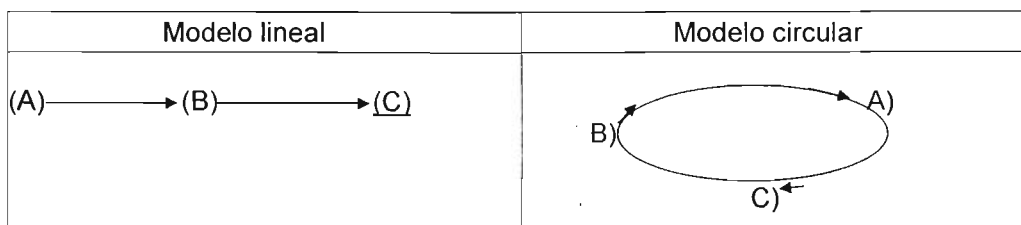
Conceptos básicos del período PostMilán

En esta etapa surge el artículo *Hipotesización, circularidad y neutralidad* (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), en el cual se presenta el desarrollo de estos tres elementos esenciales del interrogatorio circular, los cuales se pueden describir de la siguiente manera: la construcción de hipótesis se concibe como un proceso de evaluación, el interrogatorio circular como una técnica de entrevista, y la neutralidad en una postura terapéutica básica.

a) *Hipotesización.* La formulación de hipótesis se realiza desde la sesión inicial y establece un punto de inicio para las preguntas realizadas por el terapeuta. Si se prueba que la hipótesis no es funcional para la familia, el terapeuta debe formular una segunda hipótesis, basado en la información obtenida durante la prueba de la primera hipótesis. Las hipótesis formuladas deben ser sistémicas, de tal manera que debe de incluir a todos los componentes de la familia y también nos debe proporcionar información acerca de sus pautas de interacción.

b) *Circularidad* El concepto de circularidad introduce el concepto de retroalimentación, de tal manera que se concibe que no solamente el evento A va a influir en B y el B en C –como se concibe en una perspectiva lineal-, sino que

también C puede influir en A y en B, por lo que no se puede identificar a alguno de ellos como el evento causal y a otro como el evento consecuente.



Preguntas circulares. Se puede considerar tres grupos principales de preguntas circulares: a) informativas, que buscan proporcionar al terapeuta información acerca del sistema familiar; b) *hipotéticas o interventivas*, que buscan trazar nuevos mapas familiares basados en nuevas reglas del sistema, planteando a la familia qué pasaría si ocurrieran sucesos diferentes en su vida; y c) reflexivas, donde se busca la reflexión acerca de diversas premisas familiares. El terapeuta deberá abarcar todas las dimensiones temporales en su interrogatorio, además de abarcar las perspectivas de todos los integrantes del sistema familiar.

c) *Neutralidad.* Una posición neutral ante la familia implica evitar que el terapeuta realice alguna coalición o alianza con alguno de los miembros de la familia. El concepto de neutralidad es definido de la siguiente manera:

Una posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las soluciones adoptadas por la familia como las únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento...los terapeutas nunca pueden saber de antemano cómo debería ser una familia; por lo tanto, deben actuar como un estímulo o perturbación que active la capacidad de esa familia y que puedan generar sus propias soluciones (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987, p. 126).

Esto implica que la familia perciba al terapeuta como alguien que no está del lado de ningún miembro o subgrupo de la familia, para este fin, el terapeuta debe cuidar que durante la entrevista este en una posición en la cual se encuentre aliado a todos y a ninguno al mismo tiempo.

Posteriormente, el propio Cecchin (1989) realiza una revisión acerca del concepto de neutralidad, reemplazándolo por el de *curiosidad*, esto surge de la crítica y la dificultad acerca de la posición de neutralidad del terapeuta. El concepto de curiosidad lleva al terapeuta a realizar a todo lo largo de la terapia preguntas, reflexiones, tareas, que lo lleven a conocer las ideas que tiene acerca de la familia y a estar atento en la información proporcionada por ésta, que lo lleven a generar a su vez, nuevas ideas e hipótesis, e implica considerar la existencia de múltiples

perspectivas, de diversas historias, las cuales van a ser co-construidas por el terapeuta y las familias.

Cecchin (1989) describe como se entrelazan los conceptos de la construcción de hipótesis, las preguntas circulares y la neutralidad en el proceso de terapia de la siguiente manera:

La neutralidad proporciona el contexto para formar muchas hipótesis. A su vez las múltiples hipótesis suministran un contexto para ver patrones circulares... y hacer preguntas circulares ...el interrogatorio circular se usa para desarrollar, refinar y descartar hipótesis acerca de la familia, lo cual ayuda a construir un contexto de curiosidad y neutralidad (p. 16).

El trabajo del equipo original de Milán nos muestra un avance hacia la aplicación de los conceptos sistémicos-cibernéticos en la terapia (en comparación a otros modelos donde se privilegiaban el trabajo con la estructura). En especial, se privilegia a las pautas de interacción en las familias y sobre todo, se hace un especial énfasis en la forma de usar el lenguaje por parte del terapeuta, se empieza a poner en la práctica el concepto de que el problema no es la persona o la familia, el problema es el problema que se da en el juego familiar y más allá, este juego familiar se da en un contexto, es decir, se debe de tomar en cuenta lo que el grupo del MRI llamaría "pragmática de la comunicación".

Otro aspecto interesante en esta primera etapa del equipo de Milán es la noción acerca de la influencia que tiene la familia en el terapeuta, aunque esto es visto como negativo (tal vez una especie de transferencia y contratransferencia psicoanalítica), por lo que el equipo de Milán busca reducir en lo posible este tipo de "contaminación".

A partir del interés de Boscolo y Cecchin hacia nociones relacionadas con la cibernética de segundo orden y el construccionismo social nos podemos dar cuenta de la evolución que empezó a tener el equipo de Milán y que los llevó a su separación. Este interés que empezó a darse acerca de lo que ocurría en la entrevista del terapeuta con la familia, en contraste con el funcionamiento de las prescripciones terapéuticas, que siguieron siendo el foco de interés de Selvini y Prata. A través de los principios subyacentes a los conceptos de neutralidad, circularidad e hipotetización es como se van incorporando elementos relevantes de la teoría sistémica y se empiezan a vislumbrar también elementos del socioconstruccionismo.

Se empieza a hablar acerca de co-construcciones, realidades múltiples, co-evolución entre el terapeuta y la familia, es decir se pasa de una visión de la

cibernética de primer orden, en la cual se podía ubicar al grupo de Milán en su primer época para adoptar una visión de la cibernética de segundo orden. Se da mayor énfasis a la evolución conjunta entre terapeuta y familia, se busca incidir en algún punto importante de las interacciones familiares, además de poder desplazarse en cualquier dimensión temporal. Estos puntos son importantes y trascendentes en la evolución de los modelos sistémicos y que retornarían con mayor énfasis los modelos que se comentará a continuación, los cuales se basan en el socioconstruccionismo y la Posmodernidad.

2.1.6 Fundamentos de las terapias posmodernas

Los puntos de vista postmodernistas pueden difícilmente ser abandonados una vez que han sido saboreados. Como un joven estudiante lo dijo, son como un "dulce veneno". Una vez que se los prueba el apetito se vuelve mayor... el giro postmoderno empieza a ofrecer a la psicología nuevas formas para conceptualizarse y conceptualizar sus potencialidades. Y, si es entendido correctamente, el pensamiento postmoderno abre enfoques de incalculable significancia para esta disciplina.

Kenneth Gergen (en Limón, 2005, pp. 159-160)

Antecedentes

La primera parte del siglo XX el trabajo terapéutico fue dominado por las teorías psicoanalíticas, enfatizando el origen de los problemas en el individuo y en sucesos intra psíquicos que sucedieron en el pasado de los pacientes. En décadas posteriores aparecen otros modelos terapéuticos, como el conductismo, que a pesar de presentar aspectos en contraposición con el psicoanálisis, como la crítica a tomar en cuenta aspectos no observables como la estructura de la personalidad, seguía basándose en un enfoque individualista en la terapia basado en una concepción lineal acerca de la aparición de los problemas, es decir, una relación causa-efecto.

A mediados de ese mismo siglo, como ya se mencionó en este mismo capítulo, aparecieron modelos que desplazaron su foco de atención del individuo como un ente aislado, al individuo como parte de un sistema. A pesar de estas perspectivas diferentes de los modelos sistémicos con los modelos basados en una visión lineal como el psicoanálisis o el conductismo, se pueden identificar aspectos comunes en ellos, como concebir la existencia de un sistema experto, representado por el terapeuta o grupo de terapeutas, los cuales podían identificar en las familias estructuras familiares disfuncionales, patrones de relaciones que constitúan un problema o problemas específicos de una etapa de desarrollo del sistema. En sí, se

pensaba que el observador poseía la capacidad para analizar estos aspectos e intervenir de una forma específica que llevaría a un resultado esperado.

Perspectivas como el constructivismo, la cibernética de segundo orden y el construccionismo social, influyeron en la forma de concebir el proceso terapéutico, a partir de las cuales, empiezan a surgir modelos que fueron inclinándose a retomar aspectos de ellas para su trabajo terapéuticos, así como modelos que retomaban en su totalidad premisas basadas en posturas posmodernistas (modelos narrativos o enfoques conversacionales reflexivos), este movimiento se puede considerar una nueva evolución en el campo de la terapia.

Modernidad

Se tiene que partir de la descripción de modernidad para abordar el estudio de la Posmodernidad. Se puede ubicar a la modernidad como una etapa que dominó al mundo occidental desde el siglo XIX y que tuvo su auge en el siglo XX, aunque sus orígenes se pueden identificar desde mucho tiempo atrás, a este respecto Parry (2001) comenta lo siguiente:

Con el término modernidad me refiero a ese desarrollo de la sociedad-occidental que tuvo sus comienzos a principios del siglo XVI con la creciente conciencia de la existencia de un Nuevo Mundo del otro lado del océano hacia el oeste, se consolidó en el siglo XVIII, dominó en el siglo XIX y se agotó en el siglo XX. Se caracterizó por un proceso acelerado de liberación del individuo de las restricciones tradicionales a la elección personal: la religión establecida, la clase social inamovible, etc. (p. 318).

La modernidad implica una búsqueda del progreso basada en verdades absolutas, relatos o discursos oficiales, emanados de diversas disciplinas científicas. La modernidad hace énfasis en la existencia de una realidad objetiva, que puede ser "controlada" e identificada a través de una observación de ésta. La era moderna llevó a los científicos asumir este punto de vista, donde se hacía un énfasis en la búsqueda de establecer cuerpos de conocimientos sistemáticos y objetivos (Gergen y Kaye, 1996). Las explicaciones acerca del mundo y las diversas áreas se realizan a través de lenguajes oficiales, basados en un "conocimiento objetivo y real", es decir estos lenguajes oficiales representan a la realidad objetiva.

Práctica clínica moderna. En el ámbito de la psicoterapia, la perspectiva posmoderna llevó a la creación de discursos, diagnósticos, intervenciones y pronósticos oficiales a través de teorías, manuales de diagnóstico, pruebas psicológicas, modelos funcionales de familia, que reflejaban la ideología oficial, verdadera y objetiva en la psicología, en este sentido "los diagnósticos operan como códigos culturales y profesionales para recolectar, analizar y ordenar datos a

la espera de ser descubiertos... son impersonales y desconocen el carácter singular de cada individuo y cada situación " (Anderson, 1999, p. 67). Esto implica que la realidad podía ser comprendida y controlada por los expertos, donde el terapeuta es percibido como un "curador" o "liberador" que posee un conocimiento exclusivo, unas técnicas que solo él puede aplicar y que a través de todo este conjunto de conocimientos conoce a los seres humanos mejor que cualquier otra persona, como un observador externo de la realidad, todo esto lo lleva a una posición de poder y autoridad ante los pacientes (Andersen, 2001a; Anderson, 1999).

Desde esta perspectiva, se considera que la persona es parte de un sistema que es susceptible de ser evaluado, la posición de cualquier individuo puede ser identificada por un observador externo que tiene la capacidad de intervenir y modificar al sistema o estructura estratégicamente. El interés se centra en el déficit, ya sean trastornos psicológicos, modelos de familia disfuncionales, trastornos en la evolución de un desarrollo "normal", etc., donde el terapeuta "compone" estos defectos.

Posmodernidad

La Posmodernidad surge como una crítica a la visión única planteada por la modernidad, esto implica que:

La condición posmoderna podría describirse como una en la cual las creencias fundacionales (en cosas tales como Dios, una realidad objetiva, una verdad) fueran consideradas ellas mismas constrictivas, no solo del comportamiento individual sino también de las oportunidades de expresión y de elección de grupos que tradicionalmente han sido marginados (Parry, 2001, p. 319).

La Posmodernidad supone el fin de los grandes relatos, incluidos aquellos en los que la terapia se apoyaba para realizar diagnósticos o evaluar a los pacientes, Nietzsche es uno de los primeros autores que critica las visiones únicas de la realidad y la reducción que realiza la ciencia a buscar objetos cuantificables, él menciona:

La verdad objetiva de la ciencia, que para Kant el fundamento de su deducción, es una creencia inventada, que tomamos por verdadera porque la necesitamos para vivir y sobrevivir. Nada prueba que nuestras categorías sean universales y necesarias; les tenemos confianza porque no podríamos vivir sin ellas, pero "la vida no es un argumento" (en Ovejero, 2002).

En otras áreas, como la física, también aparecieron nuevas teorías, como la relatividad o la mecánica cuántica, donde se pone en duda la predicción certera de

diversos fenómenos, donde sólo se puede aspirar a tener una cierta probabilidad acerca de la aparición de un fenómeno.

Desde una perspectiva posmoderna, se concibe a cualquier persona o familia desde múltiples perspectivas, historias y puntos de vista, las personas viven diferentes historias a partir de las diversas relaciones, conversaciones y lenguajes en los que se encuentra (Andersen, 2001a), en contraste con una visión estática que se le asignaba en la modernidad a través de conceptos como carácter, personalidad o diagnósticos clínicos.

Terapias Posmodernas

Premisas comunes de las terapias posmodernas. Aunque existen variaciones entre las terapias que retoman aspectos del posmodernismo y el construccionismo social, se pueden identificar en las terapias que las retoman -con variaciones y diferencias en el énfasis que se hace en cada una de ellas-, las siguientes premisas comunes (Anderson, 2003):

1. La crítica hacia la noción de verdades absolutas universales y de conocimientos objetivos, susceptibles de ser descubiertos.
2. Crítica a una verdad externa del sujeto, la cual puede ser descubierta a través de una observación científica y objetiva.
3. Se considera que el conocimiento y las realidades sociales son construidas a través de contextos sociales y lingüísticos; la realidad, por consiguiente esta constituida por un multiverso de perspectivas, es decir, no se puede hablar de una realidad única y verdadera sino de diferentes realidades.
4. El lenguaje es el vehículo a través del cual, las personas conocen y atribuyen significados a su mundo, a las personas, eventos, y experiencias en su vida. Ni los problemas, ni las soluciones existen dentro de una persona o una familia; toman significado dentro de un contexto dialógico y social.
5. La meta de la terapia es crear un contexto donde a través del diálogo y la interacción se promueva una transformación y coevolución de los significados que han traído a las personas a consulta.
6. Esta transformación --los resultados y soluciones-- son inherentes y surgen en el diálogo.

7. La transformación es dinámica, se dará en la conversación entre el cliente y los participantes y por consiguiente no puede predeterminarse por adelantado.

8. Las personas tienen identidades múltiples y sus identidades se forman y transforman en la interacción social.

9. Tienen una visión no-patológica acerca de los clientes, conciben a la persona con habilidades, recursos y potencialidades que surgirán a partir del diálogo terapéutico.

10. Aprecian, respetan y utilizan la realidad del cliente y la singularidad que esta historia presenta.

11. Asumen una postura colaborativa con los clientes, tanto en la estructura, como en proceso de terapia y las intervenciones a realizar en ella.

12. Evitan usar etiquetas y clasificaciones de individuos, o sus conductas; o apearse a un concepto de "normalidad".

13. Asumen una actitud "pública" o "transparente" con respecto a la información y prejuicios en el proceso de terapia.

Exponentes

Las ideas de la Posmodernidad empezaron a influir al ámbito de la terapia en la última parte del siglo XX, en el ámbito sistémico se empezaron a asumir las premisas de la cibernética de segundo orden, constructivismo, el construccionismo social, la hermenéutica, la narrativa como base para el desarrollo del proceso terapéutico (Fried Schnitman y Fucks, 1994).

Los principales modelos terapéuticos que asumen de alguna manera el pensamiento posmoderno son: los enfoques orientados hacia las soluciones (de Shazer, 1999; Bertolino, 1999), los modelos narrativos (White, 2002a; White y Epston, 1993), los basados en procesos reflexivos (Andersen, 1994) y los enfoques conversacionales colaborativos (Anderson, 1999; Anderson y Goolishian, 1988).

Steven Friedman (2001) menciona que estos modelos o enfoques:

Reflejan un alejamiento de las certezas teóricas y un acercamiento a una postura de respeto crítico de las diferencias y a una terapia colaborativa, respetuosa, esperanzada y con sensibilidad social. Se pone el acento en la supremacía de las

relaciones humanas y en las ventajas de los enfoques no patologizantes del proceso terapéutico, a través de la conversación, se co-construye el significado, surgen otras opciones y posibilidades (p. 19).

Las implicaciones de la Posmodernidad en el ámbito de la psicoterapia han venido cobrando relevancia en las últimas décadas, desde un punto de vista personal, un aporte importante es la forma de percibir a los individuos (terapeutas y clientes), sus relaciones y las situaciones que los reúnen en terapia.

Como se mencionó anteriormente, se parte que todos los significados, conocimientos y la forma de percibir las situaciones se construyen socialmente, de la misma manera se construyen los problemas y las situaciones que llevan a su disolución, por lo que es necesario promover a través de una conversación dialógica (en la terapia o en espacios de aprendizaje) la generación de nuevas y diversas perspectivas y significados de las situaciones.

Esta visión, nos lleva necesariamente a replantearnos nuestro rol en diversos ámbitos de la terapia, como son la consulta, los espacios de aprendizaje y supervisión, que fueron los ámbitos descritos en el presente trabajo, donde el foco de atención son las características del espacio de conversación que promueve nuevas perspectivas y conocimientos, donde la reflexión se encamina más acerca de “cómo facilitamos estos nuevos significados” que acerca de “qué hacemos o utilizamos para provocarlos”.

En la terapia, me parece que esto no implica desechar o menospreciar las diversas estrategias, técnicas o intervenciones que hemos aprendido, sino visualizarlas desde otra perspectivas, usarlas de una manera diferente, de manera que el conocimiento que hemos construido a lo largo de nuestra enseñanza formal sea compartido con los clientes, que puedan ser una posibilidad -solo una, entre otras muchas posibilidades- para propiciar los cambios deseados en la terapia y en los espacios de enseñanza y aprendizaje. En ambas áreas los significados que se generan serán construidos por todos los participantes y no podemos tener una certeza del resultado final, esto nos lleva a valorar y necesitar la participación de los otros, llámense clientes, alumnos o supervisados.

En diversos escritos (Anderson, 1999, 2000; Duncan, Hubble y Miller, 2003; London y Rodríguez, 2004; Maturana, 2003; Robles, 2004), se menciona la importancia de la relación y un ambiente que propicie la confianza entre los participantes de un espacio de terapia o aprendizaje, para que se lleguen a resultados efectivos, independientemente de las técnicas o intervenciones usados,

Como punto final, me parece que basarse solamente en la Posmoderna o realizar una integración de su postura con otros modelos, podría ser una "buena opción" en la terapia, que nos permite percibirnos diferentes a nosotros mismos y a todo el proceso terapéutico en sí.

2.1.7 Modelo de terapia breve orientado a las soluciones

Si no está roto, ¡NO LO COMPONGA!

Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡HAGA MAS DE LO MISMO!

Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!"

Steve de Shazer (1994, p. 125-126)

Representantes

El precursor de la terapia breve orientada a las soluciones es Steve de Shazer, quien en sus inicios fue seguidor del modelo de terapia breve del MRI centrado en problemas, al cual modifica para crear un modelo también de terapia breve, con la modalidad de centrarse en las soluciones eficaces realizadas por los clientes, a las cuales les llama "excepciones al problema". Desde 1978 desarrolla su trabajo en el *Brief Family Therapy Center* (BFTC) de Milwaukee, dedicado a la investigación, atención clínica y entrenamiento de terapeutas. Entre sus principales colaboradores en el BFTC, se encuentran Insoo Berg, Eve Lipchik y Michel Weiner-Davis, quien posteriormente colaboraría con Bill O'Hanlon (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000).

Bill O'Hanlon es el otro gran representante del modelo de terapia breve enfocado hacia las soluciones, él empieza su carrera profesional en 1975 en la clínica de Phoenix, Arizona, posteriormente realiza estudios de Programación Neuro-lingüística y se especializa en la terapia familiar y de pareja, en esta etapa, conoce a Milton Erickson y recibe asesoría de éste. Aunque nunca trabajó directamente con de Shazer, su trabajo influye en él para desarrollar su modelo "enfocado hacia las soluciones", con el cual comparte prácticamente todas las premisas de su modelo; en palabras de O'Hanlon, las principales diferencias son el poco énfasis que se hace en las características socio-culturales del cliente y el uso rígido de un esquema de terapia que realiza el grupo de Milwaukee. En sus más recientes escritos O'Hanlon ha denominado a su modelo como *terapia de posibilidades* y *terapia inclusiva* (O'Hanlon, 2003; O'Hanlon y Beadle, 1997; O'Hanlon y Bertolino, 2001).

Es importante mencionar que a pesar de que este modelo en una primera época asumió una práctica más cercana a la postura estratégica, poco a poco fue

asumiendo premisas teóricas distintas, donde se retomaron aspectos del posmodernismo, asumiendo una postura colaborativa con los clientes, concibiéndolos como co-participes en la construcción de las soluciones en el proceso de terapia con base en una perspectiva relacional. Debido a esto, el foco de atención se centra en lo que realiza el terapeuta para facilitar esta visión orientada hacia las soluciones, más que en realizar al pie de la letra una intervención o seguir un esquema rígido de terapia.

Conceptos básicos de la terapia orientada a las soluciones

El cliente coopera de forma inevitable en la terapia. En este modelo se desecha el término de resistencia, incluso el equipo de Milwaukee decidió "matarla" de forma metafórica (de Shazer, 1984), refiriéndose a que toda persona que solicita ayuda terapéutica, debe necesariamente querer cooperar para lograr el cambio, sin embargo cada persona tiene un estilo diferente de cooperación, además de llegar a la terapia con diferentes expectativas, las cuales deben ser identificadas por el terapeuta.

El cambio es inevitable Se concibe que ninguna circunstancia se da de forma permanente, al contrario, todo esta en constante cambio y el terapeuta debe actuar acorde a esta forma de pensar, "en el contexto de la terapia breve resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá el cambio" (Selekman, 1996, p.40)

Sólo se necesita iniciar con un pequeño cambio. De acuerdo al pensamiento sistémico, si se produce un cambio en alguna parte del sistema, esto conllevará cambios en toda la estructura global, de igual manera, "un cambio pequeño en una parte del comportamiento de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 53), por esta misma razón, no es siempre indispensable trabajar con toda la familia ni abarcar todos los problemas para provocar cambios en ella.

El terapeuta centra su atención en lo que propicia el cambio. Siguiendo la idea del punto anterior, es función del terapeuta "estar alerta" a los sucesos que producen cambios en los problemas descritos de los pacientes, con el fin de identificarlos, hacerlos "visibles" y trascendentes a los clientes y propiciar que se amplíen a otras áreas de su vida.

No es indispensable saber mucho acerca del problema. En este modelo, sólo se va a preguntar cuál es el problema del cliente, para de ahí partir a conocer las excepciones y encauzar al cliente hacia las soluciones. Tampoco se piensa que las

quejas tengan un propósito para que se presenten o encubran un problema mayor que se estuviera "reprimiendo".

Los clientes definen los objetivos. Es necesario contar con algún o algunos objetivos de terapia, los cuales van a ser definidos por los clientes, el papel del terapeuta será negociar estos objetivos, es decir, ponerlos en términos claros y realistas, para que se puedan alcanzar en la terapia.

Existen diferentes "realidades" acerca de las situaciones. Acerca de un suceso existen diferentes puntos de vista, por lo que es necesario asumir aquellos que ayudarán a propiciar el cambio en los clientes, en la terapia, constantemente el terapeuta va a co-construir puntos de vista acerca de las situaciones que le suceden a los clientes.

Orientación centrada en el presente y futuro. Durante la terapia se busca que el cliente visualice escenarios futuros, en los cuales el problema haya sido solucionado. El pasado es revisado sobre todo para recordar pautas de conducta que fueron exitosas en su momento y que por alguna razón ya no son aplicadas en la actualidad por el cliente. Con respecto al presente, se va a centrar la terapia en las áreas exitosas que ha desarrollado el cliente.

Los clientes cuentan con recursos y habilidades. Se parte de la idea que todas las personas cuentan con un conjunto de recursos para abordar lo que describen como problema, es importante visualizar a los clientes más allá del espacio y tiempo en que describen el problema, por ejemplo, una mujer que nos menciona que tiene problemas con su pareja, presenta habilidades en su trabajo, con sus hijos, ha presentado recursos en el pasado con su pareja y los puede presentar en el futuro también.

Características principales del proceso de terapia

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), dividen las etapas de la primera sesión, de la siguiente manera:

1) *Unión o Preludio.* Esta etapa se caracteriza por realizar una plática con el cliente, acerca de cosas diferentes al motivo que lo trae a terapia, se busca propiciar un ambiente para que el paciente se sienta cómodo y perciba que hay un interés genuino hacia su persona, no solo hacia la problemática que presenta. En esta etapa también se definirá el contexto del trabajo terapéutico (duración, periodicidad, uso de equipo de grabación en su caso, etc.).

2) *Breve descripción del problema.* Se le pregunta al cliente cuál es el motivo que lo trae a consulta, es importante aclarar que esto solo se realiza para poder pasar a buscar los recursos y soluciones con las que cuenta el cliente, incluso, no es necesario que el problema sea bien definido, como sucede con la terapia breve del MRI.

3) *Análisis de las excepciones del problema.* En esta parte de la terapia se buscan los momentos en que no se presentan los problemas en la vida del paciente, con respecto a esto, Steve de Shazer comenta lo siguiente:

Se utiliza el término *excepción* porque los clientes tienden a considerar que sus problemas o dificultades *suceden siempre* (una regla). Cuando el problema no se produce, parece como si se hubiera quebrado una regla pero al cambio no se le concede importancia. Cuando el problema no se produce se considera que eso es una *casualidad* y no una prueba de que las cosas podrían andar mejor, lo cual sugiere que *toda regla tiene su excepción* (1997, p.28).

4) *Definir objetivos.* El sistema terapeuta-cliente van a co-construir el objetivo de la terapia, el primer paso es normalizar al máximo el problema que describe el cliente como motivo de consulta, posteriormente se pasará a la definición de los objetivos en sí. Es importante que éstos sean posibles de resolver, por ello habrán de ser expresados de manera afirmativa y concreta, especificando los primeros pasos para llegar al objetivo final.

5) *Pausa.* Después de aproximadamente 40 o 45 minutos, el terapeuta marca el final de la primera parte de la sesión, se le pregunta al cliente: "¿hay algo más que cree que yo debería saber, antes de tomarme unos minutos para reflexionar? ¿Algo más que se le ocurra y que sería importante que yo sepa?" (de Shazer, 1999, p. 168). Inmediatamente a esto, el terapeuta se retira, ya sea, para reunirse con el equipo detrás del espejo, o de forma individual, para elaborar el mensaje que se le va a expresar al cliente, además de la prescripción de la intervención.

6) *Elogios hacia el cliente.* En esta etapa el terapeuta menciona al cliente todos los aspectos positivos que se identificaron en la sesión y se observan las reacciones que tiene éste ante los elogios.

7) *Prescripción de intervenciones terapéuticas.* Las intervenciones buscan que el cambio siga en marcha, aún fuera de la sesión terapéutica, se pueden identificar las intervenciones orientadas hacia el futuro, las prescripciones de soluciones o las llamadas tareas de fórmula, por el equipo de Milwaukee e intervenir sobre los patrones que constituyen el problema (O'Hanlon y Wainers-Davis, 1989; Cade y O'Hanlon, 1995).

La segunda sesión y las subsiguientes tienen los siguientes objetivos:

1. Construir el intervalo transcurrido entre las sesiones como periodos en los que se ha logrado alguna mejora,
2. Verificar si el paciente considera que lo que el terapeuta y él mismo hicieron en la sesión previa resultó provechoso...
3. Ayudar al paciente a determinar qué está sucediendo que la/lo conduce a algún logro...
4. Establecer si los logros obtenidos hicieron que las cosas marchen suficientemente bien, de modo tal de determinar si es o no necesario continuar la terapia (de Shazer, 1999, p. 172).

Intervenciones Terapéuticas

Conversación centrada en las excepciones.

El papel del terapeuta será enfatizar las soluciones encontradas por el cliente, para esto se recomienda el uso de preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), en las cuales se presupone que los cambios se darán y las quejas cesarán, de manera que las conductas excepcionales, se vuelvan una pauta común. Si el cliente no puede encontrar excepciones, se recurrirá a preguntas orientadas hacia la solución, en éstas "se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución" (op cit., p. 119).

Tareas de fórmula (de Shazer, 1991) o *prescripciones de solución* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Estas intervenciones están diseñadas para "orientar la atención de los clientes hacia las soluciones" (ibid, p. 148), se busca que se formen nuevas percepciones de la situación de los clientes. Estas intervenciones pueden ser usadas de forma general sin saber mucho del problema.

a) *Tarea de fórmula de la primera sesión*: al finalizar la primera sesión se le deja la siguiente tarea al cliente:

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros (a mí me) gustaría que observe, de modo que pueda describirnos (describirme) la próxima vez, lo que ocurre en su _____ (elija: familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo (de Shazer, 1991, p. 150).

Esta tarea provoca que se tome atención en los aspectos positivos de la vida del cliente, que se tomen en cuenta éstos y que se desencadenen cambios para la solución.

b) *Tarea de la sorpresa*. En esta tarea se le menciona al cliente lo siguiente: *como usted se ha distinguido en ser una persona sumamente creativa, ahora no le voy a dar una indicación concreta, sino que me gustaría que hiciera al menos una o dos cosas que sorprendan a sus padres (cónyuge, en terapia de pareja), no les digas qué es. Padres (o pareja); su tarea consiste en adivinar qué es lo que ella (o él) esta haciendo. Me gustaría que lo anotaran, pero que no comparen sus notas: haremos eso en la próxima sesión* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

c) *Tarea genérica*. Cuando los clientes expresan cuáles son sus objetivos, se les pide que observen qué es lo que hacen ellos mismos, para que se den estos.

d) *Haz algo diferente*. Se usa cuando una persona se queja de alguna conducta de otra y hace referencia a que ya ha intentado "todo" para cambiar a la otra persona, sin embargo realiza un mismo patrón de conductas, por ejemplo, castigos diversos. Se le pide a esta persona que cuando sorprenda a la otra realizando dicha conducta, haga algo diferente a lo que normalmente hace en esa situación "por más extraño, fantástico o disparatado que pueda parecerle" (de Shazer, 1991, p. 137), pero que su tarea es responder haciendo algo diferente.

Técnicas de proyección al futuro

Estas intervenciones están diseñadas para proyectar la percepción del cliente hacia un futuro donde sus problemas se hayan solucionado, buscando identificar las acciones específicas que estará realizando y la forma en que se relaciona con personas importantes en su vida.

a) *Pregunta del milagro* Para ayudar a los clientes a identificar los objetivos, se proponen diversas técnicas, como "la pregunta del milagro" (de Shazer, 1991, 1997, 1999), la cual se plantea de la siguiente manera:

Supongamos que esta noche, después de que usted se va a dormir, ocurre un milagro y los problemas que lo trajeron al consultorio del terapeuta se resuelven inmediatamente. Pero, como usted está durmiendo en el momento en que ocurre el milagro, usted no se entera. A la mañana siguiente, cuando se despierta, ¿cómo descubre que se ha producido un milagro? Sin que usted les cuente nada, ¿cómo sabrán los demás que ha ocurrido un milagro? (de Shazer, 1999, p.128).

b) *Preguntas de escala.* Para identificar los pequeños pasos para el cambio y los avances se sugiere usar las preguntas de la escala, las cuales tienen la siguiente estructura: se establece una escala donde 0 indica el momento en que el problema se presenta con mayor gravedad y 10 significa el momento en que el problema se resuelve o ya no le incomoda al cliente (de Shazer, 1999).

c) *La bola de cristal.* Se emplea para proyectar al cliente a un futuro en el que tiene éxito y no está presente el problema que lo ha llevado a terapia o bien, que se presenta pero ya no es percibido como problemático. Se le pide que visualice su futuro como en una bola de cristal o en una serie de bolas metafóricas, para que describa que sucede en este futuro, que realiza, como se relaciona con los demás, etc.

Intervenciones paradójicas

Cade y O'Hanlon (1995) definen las intervenciones paradójicas de la siguiente manera:

Intervenciones en las que el terapeuta, con ánimo de ayudar, parece promover la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas en lugar de su revisión. Se inserta un mandato claro de mantener o empeorar un problema, o de hacer más lenta alguna mejoría, en una igualmente clara comunicación enmarcadora que define el contexto como destinado a ayudar a resolver el problema (p. 160).

Entre algunas técnicas paradójicas se encuentran la prescripción del síntoma, pronóstico de recaídas, poner en duda una recuperación, prescribir no hacer nada ante el problema o buscar que este empeore. Algunos autores (Cade y O'Hanlon, 1995; Selekman, 1996), retoman esta posición paradójica acerca de la reaparición del problema, para cuestionar a los clientes acerca de maneras diferentes de abordar estas situaciones.

Intervenciones sobre patrones (O'Hanlon, 1989; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Estas intervenciones buscan interrumpir o modificar las pautas que conforman el problema descrito por los clientes, a través de estas intervenciones, percibirán que tienen la posibilidad a través de acciones que ellos realizan de provocar cambios en su vida.

2.1.8 Modelo de terapia narrativa

Imaginemos un mundo sin narraciones... sin decir a los demás lo que nos ocurre o lo que les ocurre a los otros, no contar lo que hemos leído en un libro o visto en una película... imaginemos si ni siquiera pudiéramos componer narraciones interiores para nosotros mismos. Un universo así es inimaginable, pues significaría un mundo sin historia, sin mitos, sin dramas y vidas sin reminiscencias, sin revelaciones y sin revisiones interpretativas.

Elinor Ochs (en van Dijk, 2001, p. 271).

Representantes

Los principales representantes de la terapia narrativa son Michael White y David Epston, ellos se conocieron directamente por primera vez en 1981 en el Congreso Australiano de Terapia Familiar. Michael White reside en Australia y labora en el Dulwich Centre, realizó estudios de trabajo social y en 1967 comenzó a trabajar en un Departamento de Bienestar Social, donde empezó a interesarse por las actividades de trabajo comunitario y acción social, por lo que empezó a trabajar con grupos terapéuticos multifamiliares. David Epston reside en Nueva Zelanda y labora en el Instituto de Auckland, realizó estudios en sociología y en particular relacionado con la sociología de la medicina.

Conceptos básicos de la terapia narrativa

Metáfora narrativa

White y Epston retoman la metáfora narrativa para su trabajo terapéutico, ellos consideran que las experiencias de las personas son vividas como relatos, a través de estos relatos las personas van a interpretar sus actos y les van a atribuir un significado, es importante mencionar que estos relatos tienen múltiples interpretaciones, cada interpretación va a construirse a partir de un contexto específico, a través de las políticas de poder, económicas, creencias culturales de una comunidad determinada. Este es el concepto central de este modelo de terapia, que es concebido de la siguiente manera:

Se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. Entramos en las historias, otros nos hacen entrar en ciertas historias; y vivimos nuestra vida a través de esas historias (Epston, White y Murray, 1996, p. 122).

Dentro de las narraciones es donde se van a configurar los significados a las acciones de las personas. Las principales características de los relatos son los siguientes:

1. Los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia.
2. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que se expresarán.
3. Estos relatos son los que determinan la forma de la expresión que damos a esos aspectos de la experiencia.
4. Estos relatos son los que determinan efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones (Epston, White y Murray, 1996, p. 123)

Es importante mencionar nuevamente que las interpretaciones que una persona le da al relato de su vida esta determinado por la influencia de las personas con las que convive y las políticas económicas, culturales, discursivas etc., donde se desenvuelve. Cada relato, se puede interpretar de múltiples maneras, a través de diversas perspectivas, así mismo, ser conciente de algunos factores que nos hacen interpretar un suceso de determinada manera, puede abrirnos la posibilidad de asignarle un significado diferente a éste. Esto implica que el terapeuta en el modelo narrativo sea un co-constructor de nuevos relatos o interpretaciones de los relatos de las personas.

Características principales del proceso de terapia

A modo de síntesis y basado en la propuesta que realiza Nicholson (1995) la estructura de la terapia narrativa se puede dividir en tres momentos principales: 1) comprensión y *deconstrucción de la historia dominante*; 2) *co-construcción de una narrativa o historia alternativa preferida* y 3) *conclusión de la terapia*.

1) Comprensión y deconstrucción de la historia dominante

Las personas llegan a terapia por lo común con una historia acerca de los problemas, la cual es caracterizada por dominar sus vidas, estas historias son concebidas como malas, ya que las personas las han construido relegando diversos elementos de sus vidas, las cuáles quedan exentas de los problemas que se han apoderado de su vida. A partir de la descripción de esta historia saturada del problema se va a construir un contexto terapéutico donde emerjan estos eventos que han sido relegados.

Mapear los efectos del problema. Tanto en las historias dominantes como en las historias alternativas se debe indagar acerca de los efectos que han tenido las situaciones narradas (en este caso la saturada por el problema) en la vida de las

personas que la cuentan y en sus relaciones, al conversar acerca de los efectos del problema, se deberá realizarlo a través de un lenguaje externalizante. En este momento se pueden realizar *preguntas de influencia relativa de tipo deconstructivo*, donde se busca una descripción acerca de la influencia que tiene el problema en la vida de la persona y en sus relaciones sociales, esto va a constituir las historias saturadas o enredecidas por el problema.

Deconstrucción de la historia dominante. La deconstrucción es un proceso con el cual se indaga acerca de la forma cómo se fueron construyendo creencias, significados, actitudes, prácticas de poder, políticas, económicas, etc. y que influyen en la historia de las personas. Se realiza a través de conversar con el cliente sobre las diversas circunstancias de su vida que lo han llevado a interpretar de determinada manera una serie de acciones. White (1994) comenta que se deben considerar tres áreas principales de deconstrucción: a) la deconstrucción del relato o historia dominante; b) la deconstrucción de las prácticas modernas de poder; y c) la deconstrucción de las prácticas discursivas del saber.

2) *Co-construcción de una narrativa o historia alternativa preferida*

Durante el proceso de narración se van identificando acontecimientos o eventos que son vistos como únicos o aislados dentro de la historia dominante, caracterizada por estar dominada por el problema. Estos eventos van a posibilitar la construcción de una nueva historia o trama alternativa, la cual proporciona un nuevo sentido y significado a diversos sucesos de la vida de las personas.

El terapeuta contribuye a esta construcción a través de preguntas donde se pueda comprender de que forma los eventos aislados tienen relación entre sí. En este momento de la terapia, la conversación debe propiciar un sentido de agencia personal en las personas, esto implica realizar preguntas donde se comente acerca de la influencia que han tenido sobre el problema y acerca de el estilo de vida que desean, "estas preguntas instalan la idea de que el paciente puede decidir, puede elegir, es un agente activo del curso de su propia vida" (Tomm, 1994, p. 13). Estas preguntas, llamadas *de influencia relativa de tipo reconstructivo*, promueven la descripción de como la persona o los miembros de la familia han influido sobre el problema.

Para que estos eventos logren tener un significado para las personas se debe de realizar tres aspectos principales: a) situarlos dentro de un contexto de un patrón de hechos y que se deriven en explicaciones múltiples, diferentes a la historia saturada del problema; b) dar un significado o sentido a esta explicación, a partir de esto se redescibirán las significaciones de sí mismos, de los demás y sus

relaciones y c) abarcar escenarios futuros donde se vinculen a estas redescripciones, construyendo "múltiples posibilidades".

3) *Conclusión de la terapia*

Se considera que el proceso de terapia ha terminado cuando la persona a podido resignificar aspectos de su vida que eran vividos como problemáticos, y se construye un nuevo argumento a través del cual realiza acciones y les atribuye significados distintos. Epston y White (1994) proponen cuatro formas principales para "celebrar" el cierre de una terapia: a) entrega de reconocimientos y certificados por parte de personas significativas para las personas; b) comunicación a personas significativas para dar a conocer las novedades que ha descubierto la persona en terapia; y c) realizar una asesoría al asesor.

Herramientas terapéuticas

Conversación externalizante y externalización del problema. Una premisa importante en el modelo narrativo es que el problema no es la persona, el problema es el problema; a través de la conversación externalizadora se conversa acerca del problema separándolo y en la externalización, se le va a dar una identidad personal. A través de este procedimiento se posibilita que las personas hablen del problema sin que se adjudiquen ellas mismas las conductas problemáticas que el problema ha traído, reduciendo la crítica que se hace a sí mismo y la recibida por los otros y los sentimientos de culpa y censura.

Preguntas de panorama de acción y panorama de significado. Al conversar acerca de la historia dominante y de la historia alternativa, se destaca la importancia de abarcar dos panoramas que conforman los relatos: el de acción y el de significado. El panorama de acción comprende las "experiencias de acontecimientos que están reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas" (White, 2002a, p. 36), es decir, son los hechos o movimientos que ha realizado la persona en alguna situación de su vida. El panorama de conciencia o significado "comprende las significaciones dadas por los personajes y los lectores al reflexionar en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción" (White, 1994, p. 32), a través de la narración de este panorama, se podrán identificar los deseos, preferencias, cualidades, intenciones, creencias y finalidades que se le atribuyen a los personajes de una narración, durante la terapia las preguntas deberán ir encaminadas a realizar una reflexión acerca de los sucesos que han sido descritos, es decir, se realiza un zigzagueo entre el paisaje de acción y el de significado, además este zigzagueo se realiza a través de todo el espacio temporal (pasado, presente y futuro).

Uso de cartas y contradocumentos. En la terapia narrativa se puede utilizar la escritura de cartas como un medio para conversar con los clientes más allá de la sesión terapéutica y tener un testimonio concreto de lo conversado en este espacio. En el texto de las cartas se promueve el desarrollo de historias alternativas, el sentido de agencia personal.

White y Epston hacen uso de lo que ellos denominan contradocumentos (certificados, reconocimientos, diplomas, etc.), ya que hacen referencia a la crítica acerca del uso de documentos en diversas disciplinas profesionales –incluida la psicología–, donde el autor y la persona a la que es dirigida tienen un papel secundario con respecto a lo que comunica el terapeuta.

En los contradocumentos se busca que la información llegue a toda la comunidad, que la persona adquiera un nuevo status, donde se valore de forma positiva conocimientos adquiridos a lo largo del proceso de terapia y que se generen nuevos significados a través de la misma persona y la comunidad con la que se comparte.

2.1.9 Modelos de terapias basados en la postura de reflexión

Un ser humano se conecta con otros a través de muchos vínculos. Estos vínculos comprenden diferentes tipos de expresión, por ejemplo toques o miradas o palabras...

Mi deseo es, en este momento, que dejemos de hablar sobre terapia y sobre investigación como técnicas humanas y más bien hablemos de ellas como un arte humano: el arte de participar en los vínculos con otros.

Tom Andersen (2001, pp. 79 y 86)

Representantes

El principal representante de la terapia con equipos de reflexión es el noruego Tom Andersen. El realizó estudios de medicina en la ciudad de Oslo y a partir de sus primeros años de práctica médica se planteó algunos dilemas en su interacción con los pacientes que lo llevaron al camino de la terapia familiar:

¿Habría alternativas a la práctica de separar a los mentalmente enfermos de su familia, amigos, su trabajo?... ¿Sería posible dejar de llamar pacientes a los pacientes? ¿Acaso las alternativas a los tratamientos estándar... podrían ser más coherentes con el contexto paciente-familia-amigos-trabajo-vecindario? Estos eran solo algunos de los muchos interrogantes que se me planteaban” (Andersen, 1996, p. 79).

En la década de 1970 Andersen empieza a tener contacto con la literatura de diversos autores de la terapia sistémica, como Haley, Minuchin o Watzlawick que los llevaron a entrar en contacto con terapeutas como Cecchin, Boscolo, Hoffman y Penn. En 1978 llega a la universidad de Tromsø, donde forma un equipo de siete colaboradores que laboran en servicios psiquiátricos y organizan diversos seminarios sobre terapia familiar.

Para la década de 1980 se reorganiza el equipo de colaboradores de Andersen, donde adoptan una postura sistémica en la terapia, en específico del modelo Posmilán en el equipo de terapia. Ellos poco a poco fueron asumiendo una postura más colaborativa con respecto a los mensajes que se les ofrecía a la familia (Andersen, 1994, 1996). Además de asumir esta postura "respetuosa" con las personas que llegaban a consulta, Andersen y sus colaboradores se empezaban a plantear diversos cuestionamientos acerca de la forma en que trabajaba el equipo de terapia al estar separado de los consultantes y reunirse con el terapeuta para formular los mensajes e intervenciones:

Empezamos a preguntarnos por qué nos separábamos de la familia durante las pausas en las sesiones. ¿Por qué les ocultábamos nuestras deliberaciones? ¿No podríamos, acaso, permanecer con ellos y permitir que vieran y oyeran lo que nosotros hacíamos y cómo trabajábamos nosotros sobre el tema? (Andersen, 1996, p. 80).

Finalmente en marzo de 1985 se presentó una situación que llevaría al equipo de Andersen a poner en práctica estas ideas: durante una sesión donde el consultante era un joven médico que pasaba por un período de depresión, el equipo de terapia pidió reunirse con el terapeuta un par de veces para encauzar la terapia a la conversación sobre aspectos positivos de la vida del cliente, sin embargo este reencauzamiento no tuvo el efecto esperado, por lo que se percibía a la sesión como "estancada", por lo que debido a las condiciones físicas de la oficina que permitía que el terapeuta y su consultante pudiera escuchar al equipo, así como las ideas que ya se venían planteando el equipo, uno de sus integrantes decidió sugerirles que si querían escuchar sus ideas algunos minutos, lo cual fue aceptado. Entonces el equipo comentó diversas ideas, lo que llevo al cliente a su vez a pasar a otra sensación en la terapia. De este modo dio inicio el trabajo del equipo de reflexión (Andersen, 1994).

Conceptos básicos de la postura de reflexión

Concepto de equipo de reflexión

Andersen comenta lo siguiente acerca del término de equipo de reflexión:

Pensamos en el significado de la palabra en el significado de la palabra en francés, que por lo que nosotros entendíamos, estaba cerca de réplica. En francés, la palabra *réflexion* tiene el mismo sentido que la noruega "*refleksjon*", es decir: algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta (Andersen, 1994, p. 34).

Conversaciones reflexivas y abiertas

La conversación que se da en las sesiones de terapia con equipos de reflexión se caracteriza por ser abiertas y reflexivas. Son abiertas debido a que todo lo que se dice en ellas es escuchado por los demás participantes, es decir, todo lo que el equipo de terapia conversa acerca del cliente se menciona de tal manera que el cliente y los demás lo puedan escuchar. Es reflexiva porque existe "una alternancia entre hablar de un tema en un diálogo externo... y luego sentarse a escuchar a otros hablar del mismo tema" (Andersen, 2001b, p. 205). Durante el proceso de escuchar a los demás y de hablar y escucharse a sí mismo se desarrollan diálogos internos que se van entremezclando con los externos generando un proceso donde se desarrollen alternativas en la vida de las personas.

Las reflexiones que hacen la diferencia en la vida de las personas

En su práctica terapéutica, Andersen se fue dando cuenta acerca de algunos aspectos de las reflexiones que eran percibidas como adecuadas por las personas que las escuchaban ¿qué posibilita que estas diversas reflexiones sean adecuadas para las personas? Andersen hace una analogía con el trabajo fisioterapéutico de Bülw-Hansen, donde estímulos débiles o muy fuertes eran inadecuados para las personas, lo que corresponde a mencionar que las reflexiones no deberían ser demasiado usuales o inusuales para las personas.

Características del proceso de reflexión

Andersen (1996) menciona algunos lineamientos que sirven como guía para los procesos de reflexión:

a) Las reflexiones deben basarse en algo que se expresó durante la conversación y no deberían basarse en lo sucedido en otros contextos.

b) Es importante que se permita a los clientes que escuchen las reflexiones que sean adecuadas para ellos y que no se perciban como algo que deben escuchar o tomar en cuenta de forma imperativa, para que se propicié esto Andersen les comenta a las personas lo siguiente: "cuando ellos (el equipo)

conversen, ustedes pueden escucharlos, si quieren, o pensar en otra cosa, o descansar, o hacer lo que prefieran hacer" (1996, p. 83).

c) Con respecto a los temas que se deben conversar en la sesión y la importancia de pedir a las personas que tomen en cuenta las reflexiones que solo sean adecuadas para ellas Andersen (2001a).

d) No transmitir en las reflexiones connotaciones negativas.

e) Mantener una mirada directa entre los integrantes del equipo de reflexión, evitando mirar a los que se encuentran en la posición de escucha, lo que permite darles la libertad de escuchar y de tomar en cuenta las reflexiones o no hacerlo.

Características del proceso de trabajo con equipos de reflexión

Anderson (1994) identifica tres principales momentos en el trabajo terapéutico con equipos de reflexión:

1) *Conversación entre un terapeuta y el cliente, mientras que el equipo de terapia mantiene una posición de escucha acerca de lo conversado.*



En este momento un terapeuta entrevistador conversa con el cliente de forma independiente de los demás miembros del equipo, que asumen una posición de escucha, sin interrumpir a los conversantes para realizarles preguntas u observaciones, esta posición implica que deben mantenerse en silencio permitiendo que se genere un diálogo interno, el cual se va a exteriorizar cuando se pase a la postura de hablante (a excepción de los momentos en que no escuchen alguna parte de la conversación).

Andersen (1994) comenta lo siguiente acerca de la postura del equipo terapéutico en este momento de la terapia:

La regla de no discutir se basa en que pensamos que una discusión detrás del espejo limita la atención de los miembros a una sola idea o a unas pocas ideas. Si los miembros del equipo no se hablan entre sí probablemente se les ocurrirán más ideas y éstas serán probablemente diferentes (p. 76).

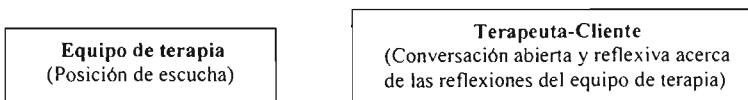
2) *El terapeuta y el cliente que conversaron asumen pasan a la posición de escucha, mientras que el equipo de terapia ofrece sus reflexiones acerca de lo conversado en la primera etapa de la sesión.*



Este momento puede iniciar a solicitud del equipo terapéutico, quienes indican al terapeuta entrevistador y al cliente que tienen algunas ideas que quisieran compartir, o bien el terapeuta entrevistador cree oportuno realizar una pausa con el cliente para que el resto del equipo les ofrezcan sus reflexiones.

Las reflexiones del equipo se basan en las premisas y guías que se mencionaron anteriormente, en este sentido, William Lax sugiere las siguientes preguntas guía para realizar las reflexiones: “¿Qué elementos de la conversación estimularon mis ideas?”, “¿Hubo algo en especial acerca de lo que escuche u observe que me haya hecho pensar de esa manera?”, “¿Existió algo de lo que escuche que me haya emocionado o impactado de manera personal?”, “¿Hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en ese momento?” (en Fernández, London y Tarragona, 2002). Aunque no existe un tiempo específico para este momento, las reflexiones del equipo de terapia duran aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

3) *Se vuelve a asumir el rol de la primera etapa y se le pide al cliente que reflexione acerca de las reflexiones que ofreció el equipo de terapia.*



Este momento inicia cuando el equipo de terapia finaliza sus reflexiones, volviendo a asumir la posición que tenían en el primer momento, es decir, el equipo de terapia en su posición de escucha y el terapeuta entrevistador y el cliente pasan a conversar acerca de las reflexiones del momento anterior, para este fin se le puede preguntar al cliente lo siguiente: “¿Hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer algún comentario, o hablar, etcétera?” (Andersen, 1994, p. 80). Al terminar cada una de las personas que solicitaron consulta sus reflexiones de las reflexiones, el terapeuta entrevistador también realiza sus comentarios. Posteriormente, si se piensa conveniente puede existir otro ofrecimiento de reflexiones, o bien, se puede dar por finalizada la sesión de terapia.

2.1.10 Enfoque colaborativo conversacional

En la terapia me considero una invitada que visita a los clientes por un breve momento, que participa en una pequeña porción de su vida, y que flota dentro y fuera de las conversaciones continuas y cambiantes que ellos tienen con otros. Quiero ser una invitada tolerable.

Harlene Anderson (1999, p. 143)

Representantes

Los principales representantes del enfoque colaborativo son Harlene Anderson y Harold Goolishian, quienes desde mediados de la década de 1980 empiezan a retomar premisas de la hermenéutica y el construccionismo social en su trabajo terapéutico. Harold Goolishian, quien murió en 1991, fue director del Instituto Houston Galveston, donde laboró junto a Harlene Anderson, quien continúa allí su trabajo terapéutico.

Los orígenes de este enfoque se remontan a la participación de Goolishian en el proyecto de investigación de terapia familiar llamado Terapia de Impacto Múltiple Temprana en la escuela de medicina de Galveston. Este trabajo fue bastante innovador en ese momento, donde predominaba la teoría y la práctica basadas en las teorías psicoanalíticas. Goolishian y sus colegas sentían que estas teorías no podían proporcionarles descripciones adecuadas de sus clientes y su trabajo terapéutico, sobre todo, debido a las características de la Institución, que era una organización privada sin fines de lucro, y la población atendida, que en su mayoría se componía por pacientes que habían sido tratados sin éxito en otras instituciones y que iban de forma no voluntaria, derivados de organismos de protección al menor, contra la violencia familiar, juzgados familiares, etc. Esto los llevó a emprender una búsqueda continua de nuevas herramientas teóricas y prácticas.

Esta búsqueda de herramientas teóricas llevaron a Goolishian y a su equipo a encontrar recursos importantes para su trabajo en la hermenéutica, el construccionismo social, el pensamiento de Bateson y del MRI acerca de la construcción de la realidad, el lenguaje y el aprendizaje. Con respecto a las posturas filosóficas de este enfoque colaborativo, algunos de los autores de los que se retoman aspectos de su planteamiento teórico son Ricker, Gadamer, Foucault, Lyotard (Anderson, 1999, 2003; Fried Schnitman y Fuks, 1992; Hoffman y Anderson, 2003).

Conceptos básicos del enfoque colaborativo conversacional

Con respecto a la denominación de este enfoque o postura terapéutica, Anderson (1999) menciona lo siguiente:

Si bien mi enfoque se ha conocido como enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje, actualmente lo llamo simplemente enfoque colaborativo. Estos términos se refieren a mi conceptualización de la terapia: un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas – una búsqueda conjunta de posibilidades (p. 28).

Las premisas en que se basa el enfoque conversacional son las siguientes:

1) *Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social. Todos los sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos, y no los observadores externos y "objetivos". El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos.*

2) *Los significados y la comprensión se construyen socialmente, mediante la intersubjetividad. Esta intersubjetividad implica un consenso entre dos o más personas acerca de algún suceso, su significado y comprensión, los cuales son susceptibles de ser renegociados y cambiados a través del diálogo. No podemos generar un significado si no existe un acto comunicativo que le atribuya alguno, es indispensable comprometerse en un discurso o diálogo para generarlo dentro de algún sistema en el cual esta comunicación sea relevante. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.*

3) *Cualquier sistema en terapia se consolida dialogalmente al rededor de cierto "problema". Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y significados específicos del sistema, de sus organizaciones y de su disolución alrededor del "problema". El sistema terapéutico se distingue por el significado co-creado en desarrollo ("el problema", no por una estructura social, por ejemplo "la familia"). El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema.*

4) *La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos "conversación terapéutica". Se concibe a la conversación terapéutica como una búsqueda y exploración mutua realizadas por todos sus participantes, a través del diálogo, un intercambio y entrecruzamiento de ideas en dos sentidos, donde se generan nuevos significados de forma constante que evolucionan hacia la disolución de los problemas, del sistema terapéutico, del problema y de la forma en que se organiza.*

5) *El papel del terapeuta es el de crear un espacio que facilite la conversación terapéutica. El terapeuta es a la vez un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación en la terapia.*

6) *El terapeuta promueve la creación de esta espacio de conversación a través de preguntas conversacionales o terapéuticas, que son el principal instrumento para desarrollar este proceso dialogal. El terapeuta formula sus preguntas desde una postura de "no-saber", en vez de hacerlo con base a un método o teoría terapéutica que exijan respuestas específicas de los consultantes.*

7) *Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. En la conversación terapéutica, los problemas expresan narraciones que disminuyen el sentido de mediación (acciones competentes) y liberación para las personas.*

8) *El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de las historias de las personas está en la capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de las vidas de las personas en un contexto con un significado nuevo y diferente.*

Fuentes: Anderson y Goolishian, 1988, 1996.

Características principales del proceso de terapia

Desarrollo del encuentro terapéutico

El encuentro terapéutico da inicio cuando una o varias personas solicitan conversar con un terapeuta acerca de aspectos de su vida. Por lo general, el inicio de la terapia se puede describir de la siguiente manera:

Las personas ingresan a terapia... usualmente, porque han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida de autonomía, ya sea como individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional. Han perdido la capacidad de dialogar y la fe en sus posibilidades de resolver con eficacia sus problemas; han perdido el sentido de competencia y de dominio de sí mismos. Los significados, la narrativa, la historia les limitan la libertad para encarar problemas, y les inspiran en cambio una sensación de empobrecimiento (Anderson, 1999, p. 113).

Desde la perspectiva posmoderna que retoma la postura colaborativa, se concibe que *el sistema no es el que crea el problema, sino que el problema es el que define al sistema*, al respecto Anderson (1999) comenta:

Un problema tiene tantas definiciones como miembros hay en el sistema envuelto con ese problema. Hay tantas observaciones, descripciones, comprensiones y explicaciones de un problema, incluyendo ideas acerca de su causa, localización y solución imaginaria... como personas comunicándose en relación con el problema... que sólo tiene significado en el contexto de intercambio social donde ocurrió. Cada persona envuelta en un dilema –incluso el terapeuta- tiene su propia historia acerca de como evolucionó... de qué se trata, de quién es la culpa y qué debería hacerse (p. 114).

El objetivo de la terapia es generar a través del espacio de la conversación terapéutica, significados diferentes que lleven a la disolución de este problema y del sistema que se había creado alrededor de éste.

Herramientas terapéuticas

Conversación terapéutica. Anderson (1999) distingue dos tipos de conversación, el primer tipo son aquellas en las que no surgen sentidos, significados y comprensiones nuevas y las segundas donde estos aspectos si se generan, las cuales se denominan “conversaciones dialógicas”. La conversación terapéutica debe asumir esta características dialógica, caracterizada por una conversación dialógica, que se caracteriza por una indagación compartida y activa por parte de todos los integrantes, “es una conversación donde uno habla con el otro... cada participante se compromete a aprender sobre el otro y a tratar de

entenderlo, buscando significaciones por medio del lenguaje" (Anderson, 1999 p. 158).

Preguntas conversacionales. En la terapia colaborativa no se contemplan intervenciones o tareas específicas para lograr un cambio en las personas que llegan a terapia. Desde esta perspectiva, se menciona que es a través de las preguntas realizadas en la conversación como se podrán generar perspectivas diferentes que "muevan" a las personas a generar nuevas posibilidades en sus vidas.

Las preguntas conversacionales tienen como fin generar la posibilidad de que el cliente cuente, clarifique y amplíe la perspectiva de la historia que lo ha traído a terapia y que el terapeuta aprenda acerca de esta historia. A través de las preguntas conversacionales se genera un proceso continuo, una pregunta lleva a otra, donde se elaboraran de forma constante descripciones y significados. La conversación misma nos da la pauta para generar estas preguntas, la respuesta que nos acaba de decir un participante es la base para encontrar la pregunta siguiente y provocar un espacio dialógico.

Postura de no-saber. Estas preguntas se deben realizar desde una postura de no-saber, esto implica que el terapeuta piense que no posee información privilegiada que lo lleve a comprender a las demás personas mejor que ellas mismas, esto provocará un sentido de curiosidad y una necesidad de ser informado por el otro y aprender acerca de lo expresado en la sesión.

Evolución de los modelos sistémicos relacionales

La evolución y surgimiento de las diversas terapias sistémicas puede ilustrarse como una búsqueda de respuestas ante diversos dilemas que se presentan en el trabajo terapéutico. Desde una visión kuhniana "un paradigma teórico es ante todo un intento de encarar lo que los proponentes del paradigma consideran problemas críticos" (Anderson, 1999, p. 39). A manera de síntesis, se presenta a continuación un cuadro donde se observa la aparición de los diversos modelos de terapia sistémica, las posturas teóricas –así como sus representantes– en las que se basan cada uno de ellos, además de los principales dilemas que llevaron a la aparición de cada una de estas perspectivas. Se incluye la etapa preparadigmática de la terapia familiar sistémica (Anderson, 1999), así como la representada por las investigaciones del equipo de Bateson, las cuales no fueron comentadas en el presente capítulo, debido a que el propósito de éste, es explicar los aspectos de los modelos teóricos que sustentaron la práctica clínica de la residencia en terapia familiar, más que comentar acerca de la historia de la terapia sistémica.

	ETAPA PREPARADIGMATICA O ARQUEOLOGICA DE LA TERAPIA FAMILIAR	PROYECTO BATESON ERA COMUNICACIONAL DEL MRI	MODELO ESTRATÉGICOS-ESTRUCTURALES	TERAPIA BREVE DEL MRI TERAPIA BREVE ORIENTADA A LAS SOLUCIONES	TERAPIA NARRATIVA PROCESOS DE REFLEXION ENFOQUES COLABORATIVOS CONVERSACIONALES
Aspectos que se buscan trascender	Trascender la postura terapéutica centrada en el individuo sin tomar en cuenta el contexto donde interactúa.	Trascender descripciones de conductas individuales basadas en causalidades lineales y que dejaban a un lado el contexto en el que se encontraban	Trascender la idea de que todos los sistemas tienden al equilibrio y no al cambio.	Trascender la idea de que el terapeuta opera como un observador externo (de que un sistema pueda modificar a otro sin cambiar él mismo) Trascender la idea de que existe una realidad objetiva	Trascender la idea de que el terapeuta tiene una posición jerárquicamente superior al sistema, de la existencia de una patología o disfunción en los sistemas familiares y de valorar solamente a las metanarrativas únicas, dándole importancia a la pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas
Aspectos representativos de esta etapa	Las teorías y prácticas tradicionales no parecían servir para entender a adolescentes inmanejables y a algunos individuos que tenían perturbaciones severas, como los psicóticos. Algunos problemas empiezan a ser vistos en su contexto familiar. Falta de un sistema de creencias compartido o paradigma unificador	Se considera que hay aspectos de los contextos sociales que influyen en los comportamientos y que una parte del sistema causa una modificación en otra parte del mismo, que, a su vez, incide en la primera y así sucesivamente –causalidad circular. Se considera que el comportamiento de los integrantes de un sistema familiar depende de la forma en que se articula la relación con los demás –perspectiva cibernética.	Se concibe que los problemas en los sistemas se constituyen a partir de crisis en la estructura familiar surgidos por luchas de poder, o pautas de interacción y roles rígidos ante cambios externos o internos del sistema familiar.	Se concibe a los sistemas como tendientes al cambio, es decir, la estructura de los sistemas cambia permanentemente, aunque manteniendo algunas de sus características fundamentales. El constructivismo plantea la realidad como una construcción de cada individuo y la cibernética de segundo orden concibe al observador como parte del sistema observado. lo que implica una influencias reciproca entre ellos. La terapia empieza a convertirse en una creación común entre terapeutas y consultantes, donde se buscan percepciones más adecuadas para la vida de estos últimos.	Se concibe a la realidad y los significados como una construcción social a partir de determinadas narrativas "dominantes" en la vida de las personas. El posmodernismo es un desafío a estas grandes metanarrativas, buscando concentrarse en aspectos "locales", es decir, en micronarrativas. Se concibe que no existe una verdad absoluta sino diferentes verdades con una validez local. -
Perspectivas teóricas y representantes	Psicoanálisis (psiquiatría, psicología y asistencia social).	Estudios sobre comunicación (Bateson, Jackson, Haley y Weakland). Teoría general de sistemas.(von Bertalanffy) Primera cibernética (teóricos de la antropología, química y comunicaciones) (Winner y Newman).	Teoría general de sistemas (von Bertalanffy).	Cibernética de segundo orden (von Foerster, Keeney). Constructivismo (Watzlawick, Maturana, von Glasersfeld)..	Construccionismo social (Gergen). Hermenéutica (Gadamer). Deconstruccionismo (teóricos de la filosofía, psiquiatría, asistencia social y la antropología) (Derrida, Foucault).
Época	A partir de la década de 1930.	A partir de la década de 1950	A partir de la década de los 1960	A partir de mediados de la década de 1960	Mediados de la década de los 80s



TERCERA PARTE

*DESARROLLO Y APLICACIÓN
DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES*

3.1. HABILIDADES CLÍNICO-TERAPÉUTICAS

3.1.1 Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico del trabajo clínico con familias

A continuación se presenta un cuadro-resumen de las familias donde participé como terapeuta asignado:

SEDE	CONSULTANTE ⁱ	MOTIVO DE CONSULTA	# DE SESIONES, SEMESTRE BAJA O ALTA	MODELO TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES REALIZADAS ⁱⁱ
Clínica FES-Iztacala Sistema de supervisión (SS): Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y Dra. Iris Xóchitl Galicia (a) Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez;	Familia García (b)	Problemas de conducta en la escuela.	2 (2003-2) Alta	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO BREVE DEL MRI: Identificar soluciones intentadas; intervención en el patrón interaccional que constituye el problema. • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Identificación de cambios positivos, ampliación a diversos ámbitos de la vida del cliente; preguntas de escala
	Familia Córdova (a)	Problemas de conducta en la escuela.	5 (2003-2) Baja	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Conversación centrada en los recursos personales y utilización de la persona del cliente; búsqueda de excepciones; tarea de la sorpresa; identificación de cambios positivos; preguntas de escala y presuposicionales. • MODELO DE MILAN: Construcción de hipótesis acerca de la función del síntoma; identificación de patrones repetitivos en la familia de origen del cliente; mensaje paradójico con respecto al cambio.
	Julisa Gómez (b)	Relaciones conflictivas de la cliente con sus hijos.	5 (2003-2) Baja	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO BREVE DEL MRI: Identificar soluciones intentadas; intervención en el patrón interaccional que constituye el problema, y en el patrón de interacción comunicacional. • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Conversación centrada en los recursos personales; identificación de soluciones exitosas del pasado; búsqueda de excepciones.
	Familia Ceballos (a)	Problemas de conducta con la hija.	1 (2004-1) Baja	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO BREVE DEL MRI: Identificar soluciones intentadas; intervención en el patrón interaccional que constituye el problema.
	Familia Lerner (b)	Relaciones conflictivas de la cliente con sus hijos.	5 (2004-1) Baja	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Validación de sentimientos acerca del problema; conversación centrada en los recursos personales; búsqueda de excepciones; identificación de cambios positivos; ampliación a diversos ámbitos de la vida del cliente; preguntas de escala y presuposicionales; elogios terapéuticos; prescripción de la recaída e intervención en el patrón del problema. • POSTURA REFLEXIVA: Uso del equipo de reflexión. • Uso de interacciones alternativas (herramienta del modelo estructural).

SEDE	CONSULTANTE ⁱ	MOTIVO DE CONSULTA	# DE SESIONES, SEMESTRE BAJA O ALTA	MODELO TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES REALIZADAS ⁱⁱ
Clínica FES-Iztacala (SS): (a) Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez; (c) sin supervisión en vivo	Familia Ortega (a)	Problemas de conducta con el hijo.	5 (2004-1) Baja	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO ESTRUCTURAL: Identificar la estructura familiar y características del ciclo vital de la familia; cuestionamiento de la estructura y la realidad familiar.
	Familia Cortazar (c)	Conflictos familiares en la relación madre-hija.	1 (2004-2) Canalización	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO BREVE DEL MRI: Identificar soluciones intentadas; intervención en el patrón interaccional que constituye el problema. • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Conversación centrada en los recursos personales.
	Familia Torrado (c)	Conflictos en la relación familiar y problemas escolares.	2 (2004-2) Alta	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO BREVE DEL MRI: Identificar soluciones intentadas; intervención en el patrón interaccional que constituye el problema. • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Conversación centrada en los recursos personales; identificación de cambios positivos, ampliación a diversos ámbitos de la vida del cliente; preguntas de escala, a futuro y presuposicionales; prescripción de conducta referida como avances hacia la solución del problema.
Clínica ISSSTE Tlalneantla SS: Mtra. María Rosano Espinosa	Familia Villareal	La cliente presenta cuadros depresivos y pide asesoría para mejorar la relación con su hija.	6 (2004-2) Alta	<ul style="list-style-type: none"> • POSTURA COLABORATIVA: Co-construcción de espacios dialógicos; énfasis en la agenda terapéutica del cliente. • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Definición de objetivos terapéuticos; búsqueda de excepciones; conversación centrada en los recursos personales; identificación de cambios positivos, ampliación a diversos ámbitos de la vida del cliente; preguntas de escala, a futuro y presuposicionales; prescripción de conducta referida como avances hacia la solución del problema. • MODELO NARRATIVO: Externalización del problema; preguntas de influencia relativa; uso de re-membranza y re-integración de personas significativas a la historia alternativa; conversación acerca de relaciones que contradicen a la historia saturada del problema. • POSTURA REFLEXIVA: Uso del equipo de reflexión.
CCH Azcapotzalco SS: Mtra. Carolina Rodríguez	Familia Chávez	Conflictos en la relación de pareja y depresión en la hija mayor.	5 (2004-2) Alta	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO DE MILAN: Identificación del "juego familiar"; construcción de hipótesis acerca de la función del síntoma; interrogatorio circular; mensaje paradójico con respecto al cambio. • MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES: Identificación de cambios positivos y búsqueda de excepciones, ampliación a diversos ámbitos de la vida del cliente; conversación centrada en los recursos personales; preguntas de escala, a futuro y del milagro; tarea de la lupa. • MODELO NARRATIVO: Conversación acerca de relaciones que contradicen a la historia saturada del problema; uso de cartas. • POSTURA REFLEXIVA: Entrevista reflexiva (conversación abierta con el entrevistado y los demás integrantes de la familia en posición de escucha).

ⁱ Con el fin de respetar la confidencialidad de los consultantes se han modificado en el presente reporte los nombres de los integrantes de la familia y datos que pudieran servir para identificarlas.

ⁱⁱ Se describen los principales modelos terapéuticos que se tomaron como base para cada caso, estos son presentados en orden de aparición, por ejemplo en algunos casos se empezó abordándolo desde un modelo de terapia breve y posteriormente se tomó como base un modelo orientado a soluciones o viceversa. En la mayoría de los casos se utilizó en algún momento preguntas circulares y un lenguaje externalizante, aunque no se tuviera como base el modelo de Milán o el narrativo.

Cuadro 2. Resumen de las familias atendidas en el período 2002.2004.

A continuación se realiza un breve análisis de cinco procesos terapéuticos¹ en los que participé como terapeuta asignado, cada uno de ellos corresponde a una configuración diferente del sistema terapéutico total.²

1) Familia Córdova

a) Datos generales

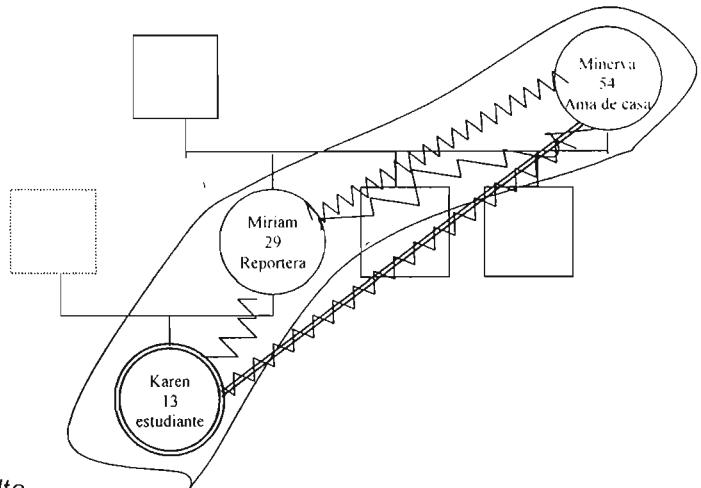
Sede clínica: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Periodo de consulta: 20 de febrero de 2003-3 de junio de 2003

Supervisoras: Dra. María Suárez Castillo y Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Equipo de supervisión: Samantha Chávez, Claudia Juárez, Sergio Mandujano y Rocío Villanueva.

Familiograma



b) Motivo de consulta

La Sra. Minerva solicita terapia para su nieta Karen, que presenta bajo rendimiento escolar -ha reprobado algunas materias. También existen conflictos entre Karen y su madre (Miriam). La señora Minerva comenta que han tratado de ponerle castigos a Karen como prohibirle que hable por teléfono o salga con sus amigas.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión: 1 Personas que asisten a la sesión: Sra. Minerva, Sra. Miriam y Karen.

¹ Estos cinco procesos se retomarán en el desarrollo del tema "prácticas constructivistas en la terapia"

² En el CCH Azcapotzalco, la clínica del ISSSTE de Tlalnepantla, la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala con dos sistemas de supervisión diferentes y con el trabajo sin supervisión en vivo.

Se pregunta de forma breve el problema que ha traído a la familia a terapia, la Sra. Minerva comenta acerca de problemas escolares de Karen y de conflictos entre ésta y su madre (Miriam), por lo que han tratado de ponerle castigos a Karen, como prohibirle que hable por teléfono o salga con sus amigas. Enseguida de esto, se busca centrar la conversación en los lados fuertes de cada uno de los integrantes de la familia, acorde con el modelo orientado a las soluciones -esto debido al discurso que trae la familia a sesión, donde se culpabilizaba a Karen por problemas en la escuela, los cuales habían aparecido de forma reciente y por la sensación de incapacidad para educar adolescentes por parte de Minerva y Miriam. La madre de Karen (Miriam) menciona que tiene poco que está conviviendo más en casa con su hija -ahora trabaja solamente medio tiempo- esto le esta causando problemas con su hija, aunque comenta que también se ha dado cuenta de cambios positivos en la familia. Antes del período intersesión se realiza una pregunta de escala acerca de la confianza que tiene la familia con respecto a alcanzar sus objetivos de terapia, con el objetivo de conocer su percepción acerca del problema y las razones por las cuales presentan esta confianza, donde concuerdan en evaluarse en 7.

El mensaje final buscó enfocar las “partes fuertes” de cada una de ellas de forma individual y familiar, se normalizó las dificultades de convivir con una adolescente así como la conducta de Karen, además, acorde a las características del ciclo vital, en el mensaje se introduce la importancia de propiciar su autonomía.

Los principales propósitos terapéuticos en esta sesión fueron: promover un acercamiento entre Karen y su madre; que Miriam perciba los recursos y habilidades de su hija y las potencialidades propias de ella como madre y promover cambios en la abuela, enfatizando los beneficios que para ella trae convivir de manera diferente en su familia (manejar el problema del alcoholismo sin mencionarlo, es decir a través de los beneficios cuando éste no se presenta). Se decidió por parte del terapeuta seguir con el modelo de soluciones, donde, se pretendía, a partir de los cambios, las soluciones eficaces y recursos familiares incidir en la interacción familiar. A partir de la conversación de la sesión, se sugiere por parte del equipo de supervisión la siguiente hipótesis: La familia esta pasando por dos crisis de adaptación, la mayor participación en el hogar de Miriam, que esta adaptándose a la convivencia con su hija y con su madre, además de los cambios que tiene que afrontar el sistema familiar ante la entrada a la etapa de la adolescencia de Karen.

Sesión: 2 Personas que asisten a la sesión: Sra. Minerva y Karen.

De acuerdo al modelo orientado a soluciones se preguntó acerca de los cambios efectuados en el período intersesión, estos fueron identificados por la Sra. Minerva -decremento de problemáticas reportadas por los maestros de Karen,

mayor dedicación a la actividad escolar, apoyo a las actividades del hogar, etc. A través de la conversación, estos cambios se amplificaron, resaltándolos y realizando una diferencia con el comportamiento pasado de Karen. A partir de esta información, se utilizaron preguntas de escala para comparar la actitud de Karen en las dos semanas anteriores a la segunda sesión con respecto al momento en que tuvo más problemas en la escuela. Se buscó identificar lo que cada una de ellas hicieron para que se dieran éstos, las habilidades y recursos que pusieron en juego y que pasos deberían ocurrir para que la situación siguiera mejorando (se comentó que Karen podría leer más, no ser tan temperamental y ser respetuosa con los adultos o mejorar su vocabulario). Al final de la sesión la Sra. Minerva volvió a hablar acerca de su problema del alcoholismo, manifestó que esto se da de manera cotidiana, sin embargo planteó que no tiene ninguna motivación para dejarlo, a pesar de que esto le ha traído problemas con su hija, quien le reprocha esto. Con respecto al alcoholismo, se decide hablar de éste usando un lenguaje externalizador (herramienta del modelo narrativo), evitando “etiquetar” a Minerva y permitiendo separar este problema de su persona.

En la parte final de la sesión se le dejó a Karen la tarea de la sorpresa, donde tenía que sorprender positivamente a su madre y a su abuela, mientras que ellas tenían que identificar estas sorpresas. En la discusión postsesión se sugirió plantearle a la familia la posibilidad de centrar la conversación en los efectos que había traído el problema del alcoholismo -esperando que los cambios de Karen se mantuvieran-, esta idea fue apoyada por una parte del equipo de terapia, otra parte comentaba que esta era una forma de fragmentar los problemas, los cuales se debían de trabajar de forma conjunta, este último planteamiento fue retomado para el trabajo de las siguientes sesiones.

Sesión: 3 Personas que asisten a la sesión: Sra. Miriam y Karen.

Se comenta que debido a que Karen reprobó cuatro materias, estaba condicionada en la escuela a tener buenas calificaciones y buena conducta. Miriam menciona que Karen cambiaba de actitud los días que asistía a sesión, desde una perspectiva sistémica se cuestionó a la madre que hacía ante estos cambios y que consecuencia podría producir mantener una misma actitud ante ellos. Con el propósito de evitar perder de vista estos cambios positivos, así como, validar la percepción de Miriam y Minerva, se identificaron dos áreas: la conducta de Karen en la escuela y la relación madre-hija, se comentó que en la segunda se había avanzado y que los aspectos negativos de la primera área no permitían observar estos avances. Durante esta sesión el equipo de supervisión planteó una posible función de la conducta de Karen: a través de su comportamiento estaba expresando que necesitaba a su madre con ella –se comentó la posibilidad de que fuera a trabajar al extranjero-. Esto fue comunicado a la familia en el mensaje final, además de felicitar a Miriam y Minerva por ser dos mujeres que estaban

aprendiendo a comunicarse y se les pidió que reflexionaran acerca de la hipótesis planteada por el equipo de terapia. A Karen se le pide que busque nuevas formas de comunicarse con su mamá (se hace énfasis de que en este mes le comunico que había reprobado dos vía carta y no directamente).

En esta sesión se modifica -a partir de la sugerencia del equipo de supervisión-, la postura teórica usada hasta el momento, dando un énfasis en la función del problema en la escuela de Karen, e indagando acerca de pautas de interacción en la familia de origen de Miriam y Minerva. Esta sugerencia se basa en la "recaída" de Karen y los conflictos familiares, que desde la sesión pasada se propuso conectarlos con su bajo rendimiento escolar. Lamentablemente esta sesión fue un mes después de la anterior, lo que posiblemente llevó a que el efecto de la "tarea de la sorpresa" se desvaneciera, tanto para Karen, que era la que tenía que hacerla, como para su madre y su abuela, que eran las que la debían esperar. Una posible opción en este caso hubiera sido realizar una llamada de "seguimiento y/o adaptación" de la tarea, o incluso posponerla para una sesión posterior, además de retomar en la conversación el efecto de este período en el desarrollo del proceso de terapia.

Sesión: 4 Personas que asisten a la sesión: Sra. Minerva y Karen.

La Sra. Minerva comenta que las cosas han seguido mal con Karen y que siguen existiendo desacuerdos entre ella y Miriam acerca de la formar de imponer castigos a Karen. Con respecto a la hipótesis planteada en la sesión pasada, Karen dice que no le gustaría irse con su mamá a vivir al extranjero, ya que extrañaría a sus amigos y a su abuela; por su parte, su abuela manifiesta que ella no las acompañaría y duda que su hija se vaya, aunque afirma que si es por su bien, le gustaría que lo hiciera. Ante el cuestionamiento directo de la hipótesis del equipo de supervisión, la familia la desecha, ya que mencionan que este problema empezó antes de que se diera la posibilidad del viaje, sin embargo se les siguió planteando que Karen, a través de su conducta, les quiere expresar algo a la familia. Se le pregunta a Karen acerca de su rendimiento escolar y comenta que no ha tenido problemas, aunque refiere que en ocasiones "le gana el carácter" y esto ocasiona que tenga problemas con algunos de sus maestros, también comenta que no cree que haya posibilidad de reprobando los exámenes finales. Esta opinión fue la base para la formulación del mensaje final donde el equipo asume una posición de "no cambio", se le dice a Karen que gran parte del equipó piensa que ha estado trabajando duro para reprobando y que va a seguir reprobando, lo que va a impedirle que tenga privilegios de una adolescente -como salir a fiestas-, además de evitar que pueda tener un futuro profesional, y que una muestra de esto es lo fácil que se le hace aprobar o no hacer algunas cosas, como las tareas que se dan en terapia. Con base a una perspectiva sistémica, se le comenta a la abuela que ella y su hija también están ayudando a Karen, al no ponerse de acuerdo en la forma de poner

sanciones. Finalmente se hace mención de la importancia de que asistan tanto la madre como la abuela de Karen a la sesión y se le felicita a la abuela por su empeño por asistir.

El mensaje final a Karen se asemejó a los realizados por el grupo original de Milán, estructurado a través de mensajes paradójicos, en este caso el mensaje era: "no vas a cambiar, porque aprendiste muy bien a reprobar", unido a los costos de no cambiar, como dejar de vivir diversiones de adolescente. Se decidió seguir esta línea porque gran parte del equipo en realidad no creía que evitaría reprobar y pensaba que en realidad se estaba saboteando; también existía la posibilidad de centrar la conversación en lo que hacía que Karen pensara que no iba a reprobar y cómo lo podría poner en práctica, lo cual, a partir de la discusión del equipo terapéutico se decide dejar a un lado por el momento.

Sesión: 5 Personas que asisten a la sesión: Sra. Minerva y Karen.

Durante la primera parte de la sesión la conversación se centra en los problemas de conducta de Karen. La Sra. Minerva comentó que ha perdido autoridad con su nieta, lo que la hace sentir mal, se le pregunto a Karen si ella sabía esto y comentó que no, pero que no sabía que decir al respecto. En el ámbito escolar la conversación se centra en la hipótesis del equipo con respecto a que seguiría con problemas en la escuela, con relación a esto, Karen manifiesta que se le hicieron fáciles los exámenes, además de poner al corriente sus apuntes escolares, esto se aprovechó para retomar una postura centrada en los recursos que puso en práctica. Al comentar nuevamente la Sra. Minerva su sentido de impotencia para cuidar a su nieta y los conflictos que tiene ante su hija, se decide centrar la conversación en los recursos usados por ella a lo largo de su vida, como apoyo y cuidadora de la gente, reencuadrando como positivo esta forma de ser con los demás; esto permitió cambiar el foco de la conversación de los problemas de Karen a los sentimientos de su abuela. En el mensaje final se le indicó a la Sra. Minerva que el equipo se encontraba preocupado por ella, ya que a través de su relato nos percatábamos que contaba con recursos que le habían ayudado en su vida a saber cuidar y apoyar a los demás y que eran importantes para que pudiera recuperar el control de su vida. Desde una visión estructural, se le planteó la analogía de su hogar como un barco sin capitanes, donde es importante que ella retome el control, pero no del barco donde están todos sino de su propio barquito, retomando el control de su vida. Se le indico a Karen que le expresara algo, para lo cual se movieron sus sillas, quedando frente a frente para poder abrazarse, al dificultársele esto, se comentó que para ellas era difícil expresarse verbalmente, pero que podrían expresarlo de manera no verbal (herramienta del modelo estructural). Se le comentó a Karen que por el momento no había ninguna tarea para ella y que tal vez iba a empezar a pensar que podría decirle a su abuela.

d) Comentario final

A partir de esta sesión la familia dejó de asistir a la terapia, debido a lo cual se contactó con ellos telefónicamente para darles nueva cita a la cual no asistieron por lo que se determinó por parte del equipo de terapia en dar por terminado su proceso de terapia. Al discutir acerca de posibles causas para que dejaran de asistir se comentó una posible incomodidad de la Sra. Minerva por centrarse la terapia en su persona, en lugar de Karen, esto debido a que en la última sesión incluso se le indicó acerca de actividades realizadas en la Universidad para personas de la tercera edad, lo que le pudo indicar que las siguientes sesiones se centrarían más en ella, otra posibilidad planteada es una mejora en el rendimiento escolar de Karen, como ella misma lo había comentado, lo que habría solucionado en gran parte el motivo de consulta.

2) Familia Lerner

a) Datos generales

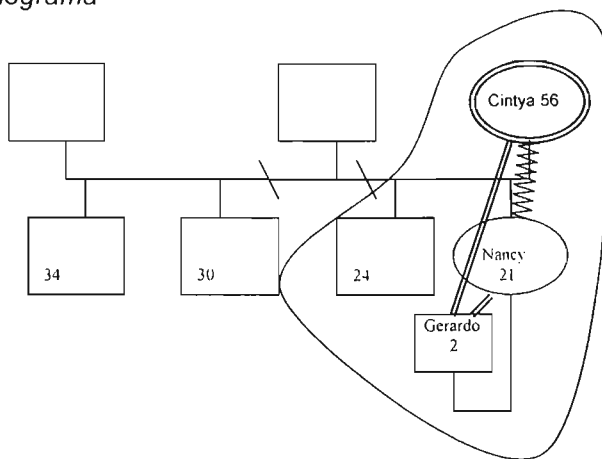
Sede clínica: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Periodo de consulta: 15 de septiembre de 2003-10 de julio de 2003

Supervisoras: Dra. Iris Xóchitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz.

Equipo de supervisión: Gisela Alcántara, Gregorio Esquivel, Argelia Gómez, Edith Nyffeler, Victoria Cuenca, Lilia Bueno, Liliana Hernández, Patricia Aguilera y Arturo Amaro.

Familiograma



b) Motivo de consulta

La Sra. Cintya solicita terapia debido a que pasa por una crisis familiar. Menciona que hace siete años que se separó de su segundo esposo, debido a problemas de infidelidad y de alcoholismo por parte de él, por lo que tomó la

decisión de que se fuera, aunque él nunca estuvo de acuerdo e incluso ha regresado con ella en algunos períodos breves -la última vez fue hace tres meses, pero ella decidió finalmente que no regresara. Actualmente vive sola en su casa, aunque comenta que su hijo de 24 años también tiene problemas de alcoholismo y que varias ocasiones llega a su casa en estado alcohólico los fines de semana. Ella actualmente labora realizando trabajos de decoración.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión: 1 Personas que asisten a la sesión: La Sra. Cintya.

En esta primera sesión se buscó identificar el objetivo principal de terapia para Cintya, además de sus recursos personales y sus intentos de solución. Al empezar a cuestionarle acerca del motivo de consulta, ella comenta sobre los problemas que tiene con su hijo y su hija, y que desea dejar su actitud de autoreproche -al comentar esto empieza a llorar-, dentro de la terapia orientada a las soluciones es importante validar y tomar en cuenta esta presión emocional que tiene (O'Hanlon, 2001). Ella menciona que la crisis en su familia empezó hace 7 años cuando descubrió una infidelidad de su esposo, en esa etapa también empezaron a existir conflictos con sus hijos: su hija abandonó la casa a los 15 años y se empezó a acrecentar el problema de alcoholismo de su hijo, quien abandonó en esa época la escuela. Comenta que ella es muy vulnerable, además de que constantemente vuelve a creer en las promesas de su ex esposo, por lo cual ha regresado 10 veces a su hogar, aunque solo transcurren algunos días para que ella lo vuelva a "correr", ya que él sigue viviendo con otra persona. Afirma que actualmente tiene "sentimientos contradictorios", se recrimina acerca de su situación económica, además de resentir críticas de su hijo y ella misma por no haber laborado en las profesiones que estudió, aunque le agradan sus actividades actuales. Además se siente mal por no poderse relacionar bien con sus hijos, lo cual es el principal problema que tiene en la actualidad.

En el mensaje final, se destacan los siguientes aspectos: la importancia de reconocer su historia de éxitos a lo largo de su vida, validar su sentimiento actual ante la problemática que pasa y ante el proceso de terapia, ante el cual comenta no tiene expectativas muy altas. Además, se reencuadró la forma en que percibe las actividades que realiza, comentándole que ella tenía la oportunidad de elegir que trabajo realizar. Un aspecto importante fue realizar una semejanza entre su actividad de decoradora -al relacionarse con sus clientes- y la de terapeuta, esto permitió que sintiera una comprensión acerca de la importancia de su actividad por parte del equipo de terapia. Finalmente se le pidió que reflexionara acerca de sus recursos y cómo los podía poner en práctica.

Sesión: 2 Personas que asisten: La Sra. Cintya y su hija Nancy.

En esta sesión acudió la Sra. Cintya con su hija, lo cual no estaba contemplado en la sesión, por lo que antes de indagar acerca de las expectativas de Nancy acerca de la terapia y de su percepción acerca de la relación con su madre, se decidió dedicar un tiempo a explorar los cambios percibido por la Sra. Cintya en el período intersesión. Esta decisión es acorde a posturas de terapia que dan importancia a las historias de los clientes, donde se postula que al hablar una persona las demás están participando a través de una posición de escucha, por lo que no se concibe que sea indispensable distribuir equitativamente en todas las sesiones los tiempos de conversación de todos los participantes o bien, como ocurrió en esta sesión, tratar de darle la voz a Nancy en los primeros minutos de la sesión.

En la primera parte de la sesión se centró la conversación en los recursos y habilidades de la Sra. Cintya, además se reetiquetaron sus problemas como retos -definidos así por ella misma. Se comenta que el período intersesión fue positivo y que se ha dado permiso por sentirse contenta por las actividades que realiza, aunque le sigue preocupando no poder aplicar al ámbito familiar sus recursos personales, los cuales identificó en la tarea que se le dejó en la sesión pasada. Después, la conversación se centró en indagar acerca de la visión de su hija al respecto, quien comentó que ella también está preocupada por la relación (aspecto que contradecía la historia relatada por su madre, ya que se había construido la idea de que ya no valía nada para su hija). Se aprovecho esto para pedirles que realizarán dos interacciones: una en la que se expresaran sus sentimientos y otra donde se diera una discusión común entre ellas. Posteriormente se les pidió que reflexionaran abiertamente acerca de las acciones que impedían un ambiente positivo en la relación (además se pidió otra interacción donde cada una de ellas asumiera el rol de la otra).

La forma en que se desarrolló esta parte de la sesión, donde se posibilitó formas diferentes de comunicación entre Cintya y su hija, generó la oportunidad para que en la parte final se les dejara de tarea que una vez por semana dedicaran un tiempo para platicar, en un lugar que no fuera las casas de alguna de ellas, teniendo un tiempo establecido para cada una de ellas sin la posibilidad de interrumpirse por la otra y sin hacer reproches o juicios de valor negativo ante opiniones acerca de la otra persona, esto con el fin de seguir propiciando formas diferentes de comunicarse y percibirse, como lo realizado en la presente sesión.

Es importante señalar como en esta sesión se retomaron aspectos de modelos terapéuticos que promueven la co-construcción de las soluciones y de historias diferentes a las "saturadas por el problema". En este sentido, la conversación facilitó una visión acerca de los cambios y las áreas en las que

incidieron estos (modelo de soluciones), donde se reconociera y se pudieran retomar los recursos personales de Cintya y su hija y se buscó desarrollar una historia más amplia de la que habían construido acerca de su relación. Conforme se fue desarrollando la conversación también se consideró pertinente por parte del equipo de terapia usar técnicas del modelo estructural, sin dejar a un lado la línea principal de la terapia, enfocada a co-construir nuevas historias y percibir aspectos positivos de la relación.

Sesión: 3 Personas que asisten: La Sra. Cintya y su hija -Nancy.

Acerca de lo ocurrido con la tarea -reunirse en un sitio neutral una vez por semana y platicar acerca de sus sentimientos-, Cintya y Nancy mencionaron que se realizó una vez, y que fue percibido por ellas como algo nuevo y provechoso. La conversación de la primera parte de la sesión se centró en un disgusto que tuvo la Sra. Cintya con Nancy, lo que llevó a que se comentara acerca de los momentos en que Cintya se siente abusada por su hija, y empezará una breve discusión entre ellas. La forma en que discutían ambas y su interés por mejorar la relación sirvió para reestructurar la actitud asumida por cada una de ellas, esto se realizó comentando los aspectos que ellas tenían en común -como encontrarse conectadas emocionalmente-, además se le cuestionó a Nancy acerca de qué aspectos de su persona eran "herencia de su madre". Se busco intervenir en la situación problemática, en este sentido se les mencionó acerca de la ineficacia de sus reclamos, ya que estos se daban de forma continua sin llegar a algún acuerdo.

Al final de la sesión se retomó la idea acerca de las semejanzas que tienen para defender sus puntos de vista, se fortaleció la idea de una conexión emocional en su relación, haciendo énfasis en la capacidad que tienen para que la otra responda de forma positiva o negativa, además, acorde a los roles o funciones de los diversos integrantes de una familia, se les comentó que era importante dejar en claro cuál era el rol que desempeñaba Nancy al visitar a su madre -como hija de familia o como una hija que solo va de visita, aunque tomando en cuenta que es una visita cercana-, esto implicaría que platicaran que estaría permitido para cada uno de los roles, lo cual debía quedar claro para cuando Nancy fuera a visitar a su madre. Esta tarea tuvo un doble propósito: seguir promoviendo oportunidades para que Cintya y su hija se comuniquen de forma diferente a la pauta habitual, además de clarificar el rol en su relación de cada una de ellas en la actualidad. Con respecto al mensaje, fue importante retomar una visión sistémica, en este caso, tanto Cintya como Nancy percibieron que con su actitud fomentaban la discusión entre ellas, además fue importante el reencuadre de esta interacción como una forma de "conexión emocional", ya que esta forma de ser de cada una de ellas, que era percibido como incómodo, ahora también era visto como algo que las unía, donde también podían compartir sus sentimientos de cariño y afecto mutuo.

Sesión: 4 Personas que asisten: La Sra. Cintya y su hija Nancy.

Se empezó indagando acerca de lo ocurrido con la tarea -definir el rol que iban a asumir Cintya y Nancy al visitarse mutuamente-, ambas mencionaron que lo habían realizado de forma excelente, ya que, aunque no se habían podido comportar en las visitas como se lo habían propuesto, se produjo una convivencia positiva entre ellas. La conversación se centró en los avances que habían percibido en la relación a través de una pregunta de escala (Nancy evalúa el avance del 0 al 7 y Cintya del 2 al 5, en una escala del 0 al 10), con el objetivo de fortalecer la percepción de los cambios realizados e identificar objetivos para seguir mejorándola. Acorde al modelo de soluciones, se habló acerca de acciones concretas que han realizado para avanzar positivamente en la relación y que tendría que suceder para seguir avanzando. Se comentó que la relación se encuentra bien, sin embargo siguen los problemas por la forma de cuidar al hijo de Nancy (Gustavo), ya que la señora Cintya esta demasiado involucrada con él, aunque también trata de involucrarse menos y respetar el papel de madre de Nancy y el de padre de su actual pareja (se mencionó que esta próxima a casarse con él). Se comentó acerca de la conexión que existe entre ellas, aunque las características de esta conexión no sean las mismas que cuando Nancy vivía con su madre. También se comentó acerca de futuras situaciones que se pueden percibir como "recaídas" y la posibilidad que tienen para afrontarlas de manera diferente, esta es una variación de la "prescripción de la recaída" propuesta por el grupo del MRI y que adaptan algunos terapeutas que usan los modelos orientados a la solución, como es Matthew Selekmán.

Al principio de la sesión se les comentó a Cintya y Nancy que iban a escuchar los comentarios del equipo. Es importante mencionar como cada una de las reflexiones permitió que Nancy y su madre identificaran aspectos de su relación que no habían tomado en cuenta: Cintya comenta acerca de la importancia de pensar en la problemática que tiene la pareja de su hija, con respecto a su rol de padre con Gustavo y Nancy reflexionó acerca del comentario de la dificultad que tiene ella al ser madre e hija a la vez. Con relación a los propósitos para seguir avanzando en la relación, se propuso como tarea que Cintya se limitara solamente a comentar una vez las cosas que desearía fueran diferentes con respecto al cuidado que da Nancy a su hijo, esto se retomó de los propios avances que señalaron en la sesión.

Sesión: 5 Personas que asisten: La Sra. Cintya y su hija Nancy.

En la sesión se empezó con el comentario de la Sra. Cintya acerca de su molestia con su hija por diversas conductas, por ejemplo seguir yendo a su casa y no ayudarle en las labores de la casa, lo que la hace sentir que nada más va cuando le conviene. Nancy comentó que ella no puede cambiar su actitud porque su propia madre le había enseñado a tratar a las visitas así. Durante la sesión se

mencionó acerca de ver estos momentos como retos -como lo había planteado Cintya-, y aprovechar estos conflictos para poner en práctica lo aprendido para mejorar la relación. Se les planteó qué tendrían que hacer ellas para echarlo a perder todo y se les cuestionó qué de esto estarían haciendo (como aumentar el volumen de la voz o exigir y no escuchar a la otra persona), esto con el objetivo de concientizarlas acerca de las acciones que dejan de realizar y que benefician su relación. Se mencionó acerca de la historia de abusos que ambas tienen en sus vidas: la Sra. Cintya con respecto de su esposos y de sus hijos y Nancy como había aprendido de su madre la fuerza para sobreponerse a los abusos y cómo estaba sintiéndose en este momento abusada por su madre; en este caso, lo importante es que son mujeres fuertes que no están dispuestas a sufrir más abusos.

Durante esta sesión se presentó una discusión entre Cintya y su hija, esto llevó a que la conversación se centrara en buscar ver esto como experiencias de aprendizaje o retos que se presentan en la relación, lo cual se venía comentando desde la sesión pasada. En los comentarios con el equipo de terapeutas se coincidió en que tal vez se asumió una postura que tendía a comprender demasiado a las actitudes de la Sra. Cintya, descuidando la perspectiva de Nancy, lo que posiblemente fortaleció la postura defensiva de esta última, lo cual se debía de tomar en cuenta en futuras sesiones.

Finalmente se realizó un equipo de reflexión, buscando introducir visiones diferentes en la situación que se dé en la conversación de la terapia. A través de la reflexiones se mencionó acerca de la actitud que estaba asumiendo Nancy, donde parecía que estaba enojada y por eso no veía alguna posibilidad de cambiar (ella mencionó que ninguna de las reflexiones había sido significativa para ella). La Sra. Cintya reflexionó acerca de su vida personal, donde ahora tiene la tendencia de responder de manera defensiva al sentirse atacada. Se reflexionó acerca de la posibilidad de que en las siguientes semanas -navidad y año nuevo-, los sentimientos iban a estar "a flor de piel", que era importante que no se reprocharan si parecía que asumían actitudes que fueran dañinas a la relación y que no lo vieran como un retroceso o una señal negativa de la persona.

d) Comentarios finales

Debido al tiempo transcurrido después de esta sesión a causa de las vacaciones de fin de año, el propósito principal de la siguiente sesión era empezar a hablar acerca de lo que les había sido de mayor utilidad en las sesiones anteriores, que había cambiado, cómo había influido en los demás, cuál era el avance con respecto a lo que las trajo a terapia en un primer momento y qué les gustaría que pasara en esa sesión. Otro aspecto a comentar con Cintya era su adaptación a la convivencia con su hija en esta nueva etapa, ya que para ese

momento estaría casada, además de ampliar la conversación a otras relaciones importantes para ella, como es la de su hijo, o en otros ámbitos, como el laboral, recuperando diversas formas de relacionarse con los demás y recursos personales que le son satisfactorios en su vida. Lamentablemente la Sra. Cintya tuvo algunos compromisos personales que evitaron que asistiera a la siguiente sesión y posteriormente le fue programada una operación, lo que provocó que tuviera que asistir cotidianamente al médico y se le dificultara asistir a terapia, por lo que se tomó el acuerdo de dejarle “abierta” su próxima cita o que optara por volver a tramitar su solicitud de atención posteriormente.

3) Familia Torrado

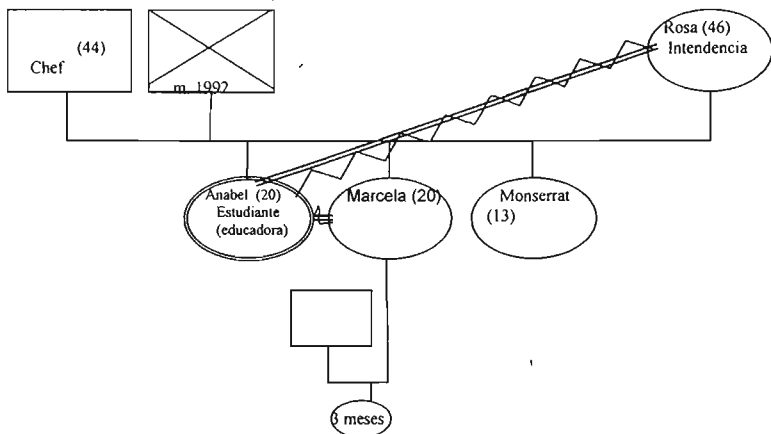
a) Datos generales

Sede clínica: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Periodo de consulta: 15 de abril de 2004- 3 de mayo de 2004

Equipo de supervisión: Sergio Mandujano y Rocío Villanueva.

Familiograma



b) Motivo de consulta

La Sra. Rosa solicita terapia para su hija Anabel, la cual ha sustraído dinero de su casa, además, en su escuela descubrieron que había sustraído un teléfono celular de una de las maestras. Por su parte, Anabel menciona que también le interesa recibir apoyo psicológico y que se aborde su relación familiar.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión: 1 Personas que asisten: Anabel y su madre Rosa

La sesión inicia con el comentario de Anabel acerca de la idea de pedir consulta debido a que hace un año empezó a tener la compulsión en varias

ocasiones de “agarrar cosas ajenas”, además siente que no ha sido comprendida por su familia en esta situación, ya que su hermana Marcela la agrede verbalmente (le dice que es una ratera) y su mamá se siente defraudada -la misma madre en sesión le comenta: “no es posible, que me defraudes de esta manera, estoy muy desilusionada de ti”-, comenta que ante cualquier problema familiar, se dirigen a ella y ahora que necesita ayuda le gustaría que la apoyaran. Menciona que actualmente hay problemas económicos en su familia y se ha sentido presionada en las escuela, lo cual relaciona con los momentos en que siente la necesidad de “agarrar cosas ajenas”. Este problema ha afectado la relación familiar, ya que antes se llevaba bien con su madre y había una mejor comunicación, la cual quisiera recuperar. Con respecto a sus hermanas, menciona que se lleva bien, en especial con la más chica, ya que con la de en medio tiene algunas discusiones. Anabel menciona que también le preocupa este problema por su profesión, ya que deberá trabajar con niños y piensa que para poder ayudarles a ellos, ella debe estar también bien. Con respecto al rol en su familia, comenta que desde la muerte de su padre (cuando ella tenía 9 años) ha asumido funciones parentales, en específico su madre le asignaba la tarea de “ser encargada de sus hermanas y portarse bien para ser ejemplo para ellas”, rol que hasta la actualidad tiene y que ha servido para que se sienta más presionada al tener este problema de robar.

La madre de Anabel comenta que en estos momentos no le tiene confianza a Anabel, siente que la ha defraudado, aunque también menciona que ella esta dispuesta a cambiar si es necesario y que ya lo ha venido haciendo, porque antes era violenta con sus hijas. Sus intentos de solución han sido reprocharle a Anabel por su problema, regañarla y decirle que la ha defraudado.

En esta sesión la tarea y el mensaje final se centraron en modificar la percepción que tenía el sistema familiar acerca de “las ganas de agarrar cosas ajenas”, reencuadrándolo como algo más fuerte que Anabel y a lo que se debía de huir, en contraposición de algo que debería controlar. Este mensaje también estaba dirigido de manera indirecta a la madre, ya que, al considerar al problema por el momento fuera del control de Anabel, no podría sentirse defraudada por ella –como lo manifestó en la sesión-, incluso, debería ayudarla con su apoyo y comprensión de este momento difícil. Para este fin se intervino sobre el patrón de conducta –con base en el modelo de terapia breve del MRI- de Anabel ante la aparición del problema a través de la introducción de un elemento nuevo, al pedirle que en los momentos en que se presentara el pensamiento compulsivo de robar, no tratara de luchar contra éste, sino que huyera.

Sesión: 2 Personas que asisten: Anabel.

La sesión empieza con la evaluación del período intersesión, el cual es percibido como bastante satisfactorio por Anabel, ya que estuvo tranquila, había

dejado de comportarse de forma compulsiva, no se habían presentado situaciones donde quisiera robar y había evitado meterse en conflictos en la familia. Todo esto lo realizó a través de reflexionar acerca de no luchar contra los conflictos que no están a su alcance solucionar, sino irse del lugar de la pelea y calmarse. Debido a la evaluación satisfactoria de las anteriores semanas, se decidió adoptar el modelo de terapia orientada a soluciones, para seguir indagando acerca de los cambios que había realizado Anabel, en que áreas de su vida y en que relaciones habían repercutido y los futuros pasos que debería de dar para que esto se mantuviera de esta manera, en toda la conversación se hizo énfasis en la relación con los demás, acorde también con una postura construccionista.

Anabel menciona que estos cambios han sido percibidos en su casa por su madre, con la que se comunica más y han salido a diferentes lugares; con su hermana, con la cual ha evitado meterse en sus problemas cuando aparecen y después ha podido platicar con ella con más calma; en la escuela, sus compañeras y maestros han notado que esta más alegre y participativa. Con respecto a una pregunta de escala acerca de la confianza de que las cosas sigan mejor se ubica en un 8 con respecto a un 5 en que se encontraba al inicio de la terapia, al cuestionarle sobre las acciones específicas que le indicarían que estuviera en un 9 o 9.5 comenta que sería: tener mayor comunicación con la gente en el aspecto laboral, iniciar más conversaciones (después se conversa acerca de que en diferentes ocasiones si lo ha logrado) trabajar, salir al parque o al algún otro lugar donde se sienta tranquila.

Al final de la sesión se fortaleció la percepción positiva acerca de los cambios que presentó en las pasadas semanas, se comentó que el equipo de terapia estaba sorprendido por la velocidad en que se habían dado y que lo atribuíamos a sus recursos personales que había comentado en la sesión: el amor que le tiene a sus seres queridos, a su profesión, etc., su fortaleza y su capacidad de reflexión. Se le pidió que identificara alguna cosa pequeña que le gustaría que pasara y que la pusiera en práctica en las siguientes semanas -comentó que posiblemente salir a pasear al parque en lugar de quedarse en su casa. Finalmente se le comentó que las situaciones no se van tan rápidamente y que siguiera teniendo en cuenta la recomendación de la sesión pasada: "en las situaciones que tengas que huir, escáparte o hacerte a un lado, no te entrometas ni trates de luchar contra ellas, ¡aléjate!" Haber asumido el modelo orientado a soluciones permitió ampliar la perspectiva que traía Anabel con respecto a los cambios positivos que había tenido, además de poder abarcar diversas áreas de su vida, diversas relaciones y posibles escenarios futuros donde siguieran dándose estos cambios.

d) Comentarios finales

A partir de esta sesión Anabel dejó de asistir a terapia, al contactar con su madre por teléfono comentó que tenía bastante carga de trabajo en la escuela y que ya estaba empezando a realizar prácticas profesionales dando clases a niños de nivel pre-escolar, también mencionó que su estado de ánimo había cambiado positivamente. Se le comentó al equipo de terapia le gustaría conversar una vez más con ella para poder cerrar este proceso de terapia, pero que entendíamos que las actividades finales de su carrera podrían absorberla demasiado, por lo que se le pidió que en el caso de necesitar una sesión más, nos lo hiciera saber en ese mes por teléfono, lo cual no sucedió. En el caso de que las cosas siguieran como en esta sesión se tenía planeado plantear el cierre de la terapia, aprovechando dicha sesión para que Anabel comentara su testimonio de como había realizado estos cambios, identificando los pasos más importantes, que elementos de dichos pasos debería tener en mente para futuras adversidades y qué sería lo más importante de su experiencia que le podría ayudar a otras personas con problemas parecidos, todo esto siguiendo la misma postura constructorista de la segunda sesión y con base en la propuesta de Epston y White (1994) de cerrar la sesión a través de una entrevista con la consultante, donde ella sea la asesora del terapeuta.

4) Familia Villareal

a) Datos generales

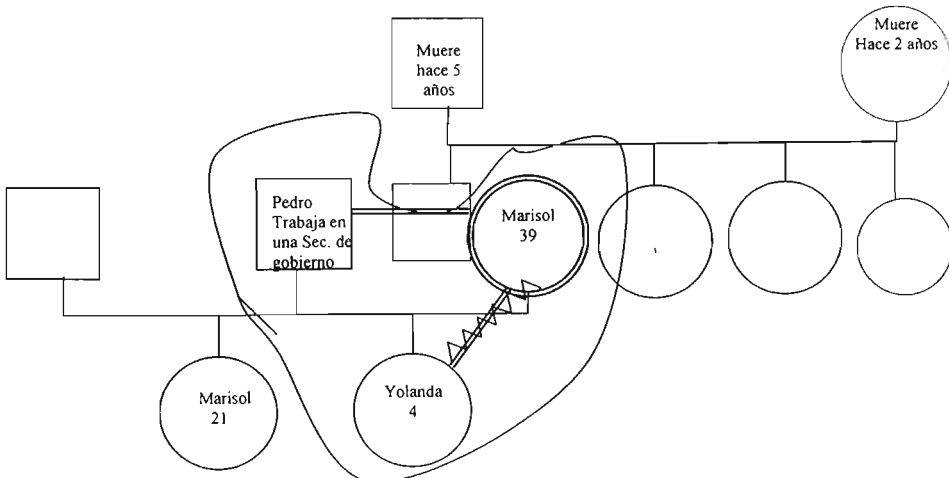
Sede clínica: Clínica del ISSSTE Tlalnepantla

Período de consulta: 23 de febrero de 2004-13 de marzo de 2003

Supervisora: Mtra. María Rosario Espinosa Salcido

Equipo de supervisión: Gregorio Esquivel, Anahí Flores, Argelia Gómez y Edith Nyffeler.

Familiograma



b) Motivo de consulta

La Sra. Marisol comenta que ha tenido cuadros depresivos, lo que le ha provocado sentirse sin ganas de salir de casa y sentimientos de tristeza y ganas de llorar, también menciona que ha tenido problemas de conducta con su hija de cuatro años en la escuela, la cual se ha vuelto muy dependiente de su padre ya que lo busca constantemente para realizar diversas actividades como cambiarse la ropa, bañarse, etc. Ella ha recibido asesoría psicoeducativa en la escuela de su hija, donde le han asesorado a ella y a su esposo con respecto al trato con su hija y ha estado desde hace cuatro meses aproximadamente en tratamiento psicológico en el ISSSTE, en este sentido, ella menciona que le ha servido bastante, sobre todo para aprender a manejar sus emociones.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión: 1 Personas que asisten: Sra. Marisol y su hija Yolanda

La primera parte se dedicó a escuchar la historia personal de Marisol, promoviendo el diálogo y respetando su propia agenda terapéutica —con base en una postura colaborativa. Ella conversa acerca de los problemas de alcoholismo, violencia emocional y física en su primer matrimonio. Al decidir separarse de él, su hija mayor queda al cuidado de los padres de su primer esposo; en la actualidad se siente alejada de su hija mayor y comenta que no puede expresarle su afecto. En esta parte de la conversación, se reencuadra la actitud de su hija mayor y se introduce la idea de autonomía e independencia, con respecto a la capacidad que tiene para hacer cosas sin la necesidad de pedirle ayuda a sus padres. Se enfatiza de forma explícita el cariño que existe por parte de Marisol hacia ella y se pregunta acerca de cómo esta experiencia le ha servido en su relación con su hija Yolanda. Se comenta que su hija menor se muestra sociable y alegre en la sesión (Marisol responde que aprendió a ser cercana y a darle un valor a la comunicación). Este último comentario fue importante, al darle el siguiente significado a la experiencia con su primer hijo: la posibilidad de reflexionar acerca de la forma en que ella quería asumir el rol de madre y que lo está realizando actualmente con su hija Yolanda.

En un segundo momento se habla acerca de su relación de pareja actual, de como después de haber perdido la confianza en las relaciones amorosas, su actual pareja “se la supo ganar”, comenta que él es muy amable y la escucha y apoya. Se conversa acerca del nacimiento de su hija, que fue un evento esperado para ambos. Esto permite conocer aspectos positivos en la relación de pareja de Marisol, lo cual será retomado en sesiones subsecuentes, haciendo énfasis en las cualidades que la llevaron a decidir aceptar esta relación de pareja. Acerca de eventos recientes que la llevaron a terapia, menciona acerca de la muerte de su padre, del cual no tuvo la oportunidad de despedirse, porque sus hermanos no le

comunicaron que estaba enfermo e internado y en el caso de su madre, donde también fue sorpresiva su muerte.

De acuerdo al modelo orientado a soluciones, se definen los objetivos de la terapia: ella desea poder manejar sus emociones y desechar el rencor que siente con respecto a recuerdos del pasado, como la separación con su hija mayor o los problemas con una de sus hermanas. Se conversa acerca de acciones que ha realizado y le han servido para lograr los objetivos antes comentados, a lo cual, comenta que le ha servido la terapia que ha tenido anteriormente en el ISSSTE, ante esto se realiza una pregunta de escala del avance que ha tenido con respecto a antes de iniciar su terapia, ella se ubica en el 4 y comenta que llegar a 5 implicaría tener más paciencia y ser más tolerante con su hija, no gritarle o irritarse tan rápido y que Pedro se sorprendería de no verla triste. Al preguntar por momentos en que ella ha logrado estar en 5 u otro nivel más alto, menciona que los fines de semana serían momentos en que ella estaría en seis, son espacios en los que convive más con su pareja e hija fuera de la casa, visitan a su cuñado o a su hermana, salen a caminar, etc.

Lo comentado hasta ese momento lleva al equipo a describir en el mensaje todos aquellos aspectos excepcionales mencionados por Marisol: las expresiones de amor hacia sus hijos, a una hermana que comenta le escribió una carta, a su pareja y a sus padres, además de normalizar los problemas con su hija menor, ya que se le puede considerar como su primera experiencia real como madre. Como tarea, dentro del marco de soluciones se le pidió que observara con atención lo que pasaba en los fines de semana, donde ella se sentía bastante bien, poniendo atención en las cosas que hacía, con quién estaba, qué hacían los demás, etc.

Sesión: 2 Personas que asisten: Sra. Marisol.

El objetivo principal de esta sesión era identificar las acciones específicas y la forma de relacionarse de Marisol con los demás en los días que se sentía "libre" de problemas. Ella comentó que en las pasadas dos semanas se sintió más tranquila y empezó a darle importancia a las cosas que lo necesitan -menciona que antes le afectaba negativamente el recuerdo de una pelea con su hermana-, que ya no siente rencor. Además, menciona que ha sido liberador para ella poder comentar acerca de sucesos que le causaban rencor. En este sentido, se le comenta lo que ha estado aprendiendo: a expresar sus sentimientos -verbalmente, con los psicólogos y de forma escrita con su hermana.

En la relación con la familia de su esposo, -sus cuñados, sus sobrinos- percibe que "hay más armonía familiar", menciona que realizan diversas actividades: ver películas, fútbol, comer juntos. El papel que se asigna Marisol en esta armonía familiar es la de "abrir su corazón" y comunicarse más con la familia

de su esposo, además de dejar de ser apagada y abrirse más con la gente, además ella identifica como cualidades propias que son del agrado de su esposo las siguientes: ser directa y decir las cosas que ella siente. Con respecto a su rol de madre, comenta que le preocupa la forma en que se enoja con su hija Yolanda cuando ésta no le hace caso, en este caso, se marcan como objetivos lograr dominarse y encontrar una explicación a la conducta de su hija. Se buscaron las excepciones a la forma de relacionarse con su hija, a lo cual, Marisol menciona que en una ocasión logro calmarse al jalar aire y darse la media vuelta y que en esos momentos se siente bien, su hija se acerca con ella y platican más. Al indagar sobre un contexto que propicie una buena relación con su hija, Marisol menciona que a las dos les beneficia salir “del encierro” de su casa e ir a la casa de su cuñado donde hay más espacio y más personas les hace bien.

La tarea y el mensaje final buscó afianzar los avances y cambios de Marisol -acorde al modelo de soluciones-, para esto se le mencionó la forma en la que ha aprendido a lo largo de la vida a expresar sus sentimientos con los demás, en contraposición con la forma en que se expresaban en su familia de origen. Este mensaje se puede relacionar con la manera en que White y Epston (1993) empiezan a contrastar historias para que las personas elijan cuáles serían las características de su historia preferida en contraste con la historia saturada del problema. Además, se connotó positivamente la conducta de la hija de Marisol, comentando que era señal de una niña sana, alegre, inquieta e inteligente, sin embargo era indispensable que ella la ayudara a entender las reglas y ponerle límites, para esto se le indicó que fuera clara en sus peticiones, evitando decirle a Yolanda lo que no quería que hiciera y le dijera lo que deseaba que pasara (por ej. En lugar de decir “no te subas”, decir “bájate”).

En síntesis, durante esta sesión se indagó acerca de los recursos personales de Marisol, las excepciones a los problemas con su hija, la expresión de sentimientos con los demás y los avances que ha tenido con respecto a sus sentimientos de rencor (modelo orientado a las soluciones), además de conversar acerca de las relaciones personales donde se han dado estos avances (enfoque socioconstruccionista).

Sesión: 3 Personas que asisten: La Sra. Marisol y su hija Yolanda.

El tema principal que comentó Marisol fueron los problemas de conducta que tiene con su hija Yolanda, lo que hace que se desespere y terminé gritándole. Esto llevó a buscar identificar aspectos que formaban parte de la pauta de interacción entre Marisol y su hija, para poder intervenir en este patrón —como lo sugiere diversos modelos de terapia como el del grupo del MRI. La pauta de interacción identificada era la siguiente: la señora Marisol o su esposo le indican una instrucción a Yolanda y ella no hace caso, a lo cual se le repite tres o cuatro veces,

por lo que ella se desespera. Marisol comenta que ella siente que su hija se esta burlando de ellos, lo que provoca que llegue a pegarle en algunas ocasiones (menciona que le da nalgadas), por lo cual ella se siente mal, esto es connotado positivamente como demostración de su amor. En este patrón se identifica los intentos de solución fallidos de Marisol, entre los que se encuentran darle explicaciones a su hija acerca de porque debe comportarse bien y obedecer, además de lo comentado con respecto a indicarle varias veces lo que debe hacer, hasta que la impaciencia se apodera de Marisol.

Durante la sesión, Yolanda se empieza a parar y dar vueltas alrededor de unas sillas del consultorio, esto se aprovecha para pedirle a la señora que haga que se siente (indicación retomada del modelo estructural), lo cual logra con facilidad, por lo que se le comenta de su habilidad para lograr que su hija siga instrucciones, se reflexiona acerca de lo que logró al dar órdenes claras y firmes al igual que la vez pasada que asistió a sesión o en el velorio, que son formas diferentes a la habitual forma de relacionarse con su hija. Esto se retomó en el mensaje final, donde se busco intervenir en el patrón entre Marisol y su hija a través de la siguiente tarea: se le pidió a Marisol que cada vez que su hija hiciera algo que ella no deseara, le indicara lo que debe hacer de forma clara y afirmativa una sola vez, en caso de que necesitara hacerlo una segunda vez, lo realizara elevando el volumen de su voz, evitando darle tantas explicaciones, además se le dijo que era importante que su hija sintiera que era valorada cuando acatará sus indicaciones. A partir de este momento, el tema principal de terapia fue la relación de Marisol con su hija, en esta sesión a través de la identificación e intervención en su pauta de interacción para pasar a los significados que le atribuía Marisol a esta relación, en las próximas sesiones.

Sesión: 4 Personas que asisten: Sra. Marisol.

Marisol comenta que las semanas anteriores fueron un período difícil ya que su hija se comportó de una forma rebelde y no le hace caso a sus indicaciones. Menciona que le ha hecho falta paciencia y tolerancia, incluso comenta que hay ocasiones que ha preferido evitar hablarle a su hija y la rechaza, y otras donde su hija llora, lo que la impacienta más. Ante su desesperación y la importancia hacia lo que representaba su actitud y la de su hija, se decide adoptar un enfoque narrativo en la sesión, para lo cual se decide externalizar el problema y se le plantea la siguiente pregunta: "¿qué problema se ha apoderado de su vida?", a lo cual responde que son la angustia, la desesperación y el enojo a lo que podría denominar como histeria, por lo que se bautiza al problema con el nombre del "Monstruo de la Histeria", lo cual es aceptado por ella. Se pasa a indagar en esta sesión principalmente acerca de los efectos que ha tenido el problema en la vida de Marisol, se narra que este monstruo se alimenta de las ocasiones en que tiene que convivir con personas que le son desagradables, que se encuentra en su vida

desde su matrimonio anterior, que antes ya lo había dominado pero que desde hace algunos meses ha despertado, no por la antigua frustración o resentimiento sino por detalles que la alteran. También se menciona que escuchar música le permite domar al monstruo, sin embargo piensa que su hija le está imponiendo algo la hace enojar ya que piensa que le “esta tomando la medida y que no es la mejor mamá”. Se le comenta que el monstruo se aprovecha del amor que le tiene a la familia y la agarra desprevenida y le dice ¡¡enójate!! Se pasa a indagar la influencia que ha tenido el problema en sus relaciones, en este sentido se relatan algunos conflictos con su cuñada y con su esposo, comenta que le provoca miedo cuando se siente desesperada o ve desesperado a su esposo y amenaza con pegarle a su hija, esto hace que ella sienta miedo de sí misma y de su pareja, que “se haga chiquita” ya que recuerda la violencia que existía en su primera relación.

Se conversa acerca del estilo o historia de vida preferida de Marisol en contraste con el estilo de vida a que el monstruo la ha sometido: ella piensa que su hija es la mayor felicidad en el mundo, valora su vida actual, piensa que los pocos momentos en que esta con ella los debe aprovechar sin gritarle o siendo tan dura, en este mismo sentido, se conversa acerca de las estrategias que ha usado para realizar algunos eventos que pareciera son contrarios a lo que le gusta al monstruo (como escribirle a su hermana acerca de sus sentimientos o reconocer que la ha regado y pedir disculpas cuando no tiene la razón). Ante el cuestionamiento de cómo ha logrado hacer esto, ella menciona que “saca lo que tiene en el corazón”.

Debido a la aceptación de esta postura terapéutica, el equipo decide realizar un equipo de reflexión donde se sigue haciendo énfasis en los efectos que ha tenido el problema (el Monstruo de la Histeria) en la vida de Marisol y en los elementos que conforman la influencia que ha tenido Marisol en el problema. Al preguntarle acerca de las reflexiones, Marisol comenta que se ha sentido comprendida y que se siente más tranquila. Como tarea final se le pide que observe cuáles son las cosas que hacen que este monstruo aparezca y domine su vida. El propósito de las siguientes sesiones sería darle un mayor tiempo para conversar acerca de los eventos excepcionales en su vida, dándoles una secuencia y co-construyendo una historia donde pueda relacionarse con su hija de forma diferente, sin que ella se desespere o explote como lo hace en la actualidad.

Sesión: 5 Personas que asisten: Sra. Marisol y su hija Yolanda.

Una semana antes de esta sesión se comunicó Marisol por teléfono, comentando acerca de la muerte de un tío muy querido para ella, que había ocurrido en esos días, ante esto, se tomó la decisión de dedicar esta sesión a conversar acerca de este fallecimiento, respetando la agenda terapéutica del cliente –con base en una postura colaborativa. En la sesión menciona que ella estaba muy unida emocionalmente con su tío, por lo que su fallecimiento fue muy

doloroso y difícil, pero que sentía que ya lo había asimilado, sin embargo, el pasado fin de semana se le hincho la cara debido al stress, siente que debe llorar más, aunque ya puede platicar de este fallecimiento sin hacerlo y menciona que el recuerdo y el cariño de su tío van a vivir siempre en su corazón. Ante esto, se normalizó el sentimiento de tristeza y dolor y se reencuadró al comentarle que es un signo de amor cuando muere un ser querido.

Este evento permitió introducir dos temas importantes en el modelo de terapia narrativa: a) los aspectos importantes de la relación con su tío, donde Marisol se aprecia como una persona amorosa, solidaria y afectuosa, esto en contraste con la idea dominante que tiene hacia sí misma y la historia que tuvo con respecto a su padre cuando falleció y no tuvo la oportunidad de estar junto a él, y b) retomar a aquellas personas que estuvieron apoyándola en estos momentos, conversando acerca de lo que significaba esto para ella y lo que la propia Marisol significaba para estas personas.

Finalmente, se le menciona a Marisol que la vida le ha dado oportunidades y que ella las ha aprovechado –por ejemplo, estar con su hija Yolanda y acompañar a su tío en su enfermedad-. Al preguntar cómo le servirá esta forma de ser en el futuro, ella se menciona la importancia de contar con gente que la aprecia por lo que es, se le comenta que estos valores, sentimientos y personas pueden ser considerados como poderosos amigos de ella. En esta sesión se pudo apreciar cómo los problemas se van disolviendo a través del lenguaje, en este mismo espacio se llegó a reflexionar con Marisol acerca de diversos cambios que habían sucedido en su vida, enfatizando en que ahora ella era una persona capaz de expresar sus sentimientos y disfrutar la vida.

Sesión: 6 Personas que asisten: Sra. Marisol y su hija Yolanda.

Durante esta sesión Marisol comentó que había mejorado la relación con su hija, que había puesto en práctica diversas estrategias para evitar enojarse –por ejemplo, contar hasta 10, ignorar a su hija mientras estuviera enojada y escuchar música-. Además menciona que lleva aproximadamente un mes donde se reúne semanalmente con otras madres de familia de la escuela de Yolanda, esto ha permitido que ella forme vínculos sociales que le son agradables, además de compartir sus experiencias en el cuidado de los hijos, en este sentido, comenta que, incluso algunas mamás le han comentado que la admiran por la forma en que trata a su hija, lo que la hace sentir orgullosa. Se le menciona acerca de la gran diferencia que existe entre la historia que nos contaba acerca de su persona al inicio de la terapia, con respecto a la que se presentaba en la actualidad, donde ella se puede relacionar con otras personas, crear vínculos afectivos, además de ser objeto de admiración por otras madres, esta conversación posibilitó consolidar una nueva historia en la vida de Marisol, donde ella se percibe como una madre que se

relaciona de forma positiva con su hija y como una persona que a lo largo de su vida ha creado diversas redes de apoyo –en la familia, amigos, trabajo, etc- debido la forma en que se relaciona con ellos.

d) Comentarios finales

Debido al período intersemestral se le comentó a Marisol que el proceso de terapia iba a continuar después de las vacaciones de verano. Se contacto con ella, vía telefónica para concertar una nueva cita, sin embargo ella comentó que la relación con su hija seguía siendo positiva, solamente con algunos pequeños conflictos, que seguía reuniéndose con las mamás de las compañeras de su hija por lo cual se acordó dar por terminado el proceso de terapia y se le pidió que en caso de necesitar una sesión más nos lo hiciera saber por teléfono, lo cual no sucedió.

5) Familia Chávez

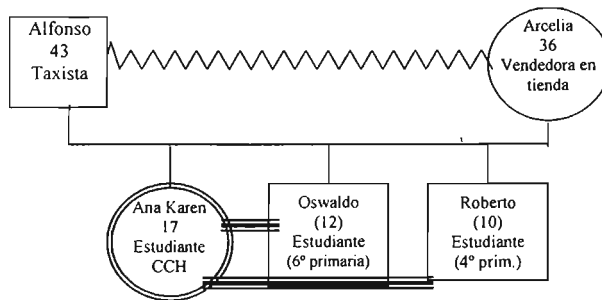
Sede clínica: Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco

Período de consulta: 1º de marzo de 2004-

Supervisora: Mtra. Carolina Rodríguez González.

Equipo de supervisión Gregorio Esquivel, Anahí Flores, Argelia Gómez y Edith Nyffeler.

Familiograma



b) Motivo de consulta

La Sra. Arcelia menciona que el motivo de la solicitud de consulta es la existencia de problemas familiares, en especial entre ella y su esposo, lo que ha repercutido negativamente en los demás integrantes de la familia, en especial con su hija Ana Karen que fue la que pidió consulta en el CCH.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión: 1 Personas que asisten: Ana Karen, la Sra. Arcelia y su esposo.

En esta sesión se buscó comprender la historia de la familia y propiciar a través de la conversación, posibilidades diferentes a su problemática, esto desde una postura construccionista, para tal fin, se decidió comenzar la sesión -como lo sugiere Tom Andersen (1994)-, preguntando de quién fue la idea de reunirse en esta sesión y la opinión de los demás asistentes a la terapia; ante este cuestionamiento, se comentó que la que solicitó en un primer momento la consulta fue Ana Karen, por problemas de depresión y que la psicóloga de la escuela decidió comentarlo a su madre y a su padre, los cuales estuvieron de acuerdo en la solicitud de ayuda psicológica, ya que ambos concuerdan que hay problemas en las relaciones familiares y en específico entre ellos dos. Durante la sesión se buscó escuchar las perspectivas de ambos acerca de su relación de pareja, donde se aprecia que existen dos puntos de vista bastante diferentes: Arcelia comenta que ya no considera a Alfonso como su pareja, sino sólo como el padre de sus hijos, mientras que el señor Alfonso comenta que todavía ama a su esposa y la ve como pareja. Con respecto a los objetivos de la sesión, Alfonso comenta que quiere que exista una comunicación más abierta en la familia, que cada quién diga lo que siente y puedan dar argumentos para resolver sus conflictos, Arcelia menciona que desea mejorar el ambiente familiar, que ya no existan tantos conflictos y no "llevar al baile a sus hijos", Ana Karen dice que quiere mejorar su autoestima, su carácter, que esta preocupada por sus hermanos, por que no sufran lo que ella ha sentido y que desearía que ya no peleen tanto sus papás. Se indagó acerca de la relación familiar, utilizando preguntas circulares, durante este interrogatorio circular se comentó que Ana Karen y su hermano menor serían los que preferirían que sus padres se separaran a que estuvieran peleando y piensa que Oswaldo sería el más afectado en caso de una separación. Se comenta con los padres acerca de su conocimiento del deseo de sus hijos de no querer verlos pelear, a lo cual, responden que si lo conocían, porque cuando hay días sin peleas ellos se los agradecen, ante este comentario se sugiere por parte de la supervisora indagar acerca de quién es el primero que se da cuenta de esto, como se lo agradecen, etc., esto da oportunidad a que se formule la pregunta del milagro (pregunta del modelo de soluciones) con un doble objetivo: conocer la interacción familiar en los momentos en que no se presentan discusiones familiares e indagar acerca de posibles cambios que sean percibidos como positivos.

Ante la postura diferente que tenían los padres de Karen acerca de su relación de pareja, el equipo de terapia determinó centrar el proceso de terapia en la estabilidad de los hijos, en especial de Karen, quien fue la que solicitó la terapia. En este sentido, en el mensaje final se le planteó a la familia estas diferencias entre los padres y que la decisión acerca del futuro de su relación era responsabilidad de ellos y que independientemente de seguir juntos o no, en su rol de padres debían

de buscar formas de relacionarse con sus hijos, lo cual era un propósito común en toda la familia. Desde el modelo de Milán, donde es importante conocer los mitos familiares a través de las historias familiares, se les planteó la necesidad de seguir abordando estos temas en las siguientes sesiones y se invitó a que asistieran los dos hermanos de Karen.

Sesión: 2 Personas que asisten: Ana Karen, Oswaldo, Roberto, la Sra. Arcelia y el Sr. Alfonso.

En esta sesión se pueden identificar los siguientes tres momentos principales:

a) Al inicio de la sesión se evaluó el periodo intersesión, el cual fue descrito por Karen como mejor a las anteriores semanas ya que no ha presentado cambios de ánimo, sino que se ha sentido contenta la mayor parte del tiempo, aunque no puede ubicar si hay algo distinto en la familia o en sus padres que haya contribuido en su estado de ánimo, el cual ha sido percibido por sus amigos en la escuela. Esto llevó a que se dedicara un espacio de tiempo a indagar a que se refería esta mejoría, cómo había repercutido en su vida y quiénes se habían dado cuenta de esto, es decir, esta parte de la sesión asumió una postura construccionista dándole primordial importancia a las múltiples relaciones de Karen; en este momento de la terapia.

b) A partir de ese momento se retomó la postura terapéutica del equipo de Milán, en esta parte de la sesión se indagó a través de un interrogatorio circular, el rol que juegan cada uno de los asistentes en la familia, qué acciones realizan cuando se presentan conflictos y la postura que asumen cada uno de ellos, para comprender sus conductas actuales y poder intervenir sobre estas ideas construidas; con respecto a este tema, se comenta que generalmente los conflictos de los padres empiezan con discusiones verbales que van subiendo de tono y culminan en agresiones físicas (rasguños, aventarse cosas, etc.), los niños escuchan las discusiones y por lo general Roberto busca ayuda con Ana Karen; Oswaldo y Roberto después le comentan a su madre que trate de tolerar a su padre, que le dé la razón y que no se peleen. Ana Karen comenta que la actitud asumida por sus hermanos hacia su madre, en relación con la petición de tolerar a su padre, es debido a que tienen miedo de que su mamá pueda irse de la casa, como sucedió en la anterior separación.

c) En esta parte final, se interrogó a Alfonso y Arcelia con respecto a su anterior separación, lo sucedido en su familia en ese periodo y porqué decidieron volver a vivir en pareja. Desde el modelo de Milán esta información es importante para elaborar una hipótesis acerca de la función del problema, en este caso la depresión de Karen o los problemas de conducta de sus hermanos. Aquí se

comentó que la madre decidió irse de la casa con sus hijos, cuando su esposo se encontraba sin trabajo, lo que afectó el estado económico de la familia, además de sentir que él no se responsabilizaba por la familia, motivo por el que decidió abandonar la casa. Al irse de su casa, buscó ayuda con sus hermanos, viviendo en la casa de uno de ellos durante un año, el siguiente año de separación, Ana Karen y sus hermanos vivieron con su padre. Ana Karen y sus hermanos comentan que nunca estuvieron a gusto con sus tíos, incluso mencionan que existieron algunas acciones de agresión verbal y/o física con ellos (llamadas de atención agresivas, algún cinturónazo, etc.), debido a esto cuando empezaron a ver a su papá (después de un año y debido a que su madre le pidió ayuda económica para atención odontológica para uno de sus hijos), decidieron quedarse con él, después de este segunda año de separación aceptó la Sra. Arcelia la propuesta de Alfonso de regresar a vivir juntos.

La información obtenida permitió construir por parte del equipo de terapia la siguiente hipótesis que se planteó en el mensaje final a la familia: los problemas emocionales, escolares y de conducta presentados por los hijos son una forma de llamar la atención de los padres, propiciando un tema de unión a la familia y evitando que ellos sigan en su patrón de conflicto; a partir de este mensaje se decidió que el equipo asumiera dos posturas acerca del futuro de la familia: la mayoría del equipo creía que era difícil que la familia saliera de este patrón de conducta, ya que los hijos amaban demasiado a los padres para querer seguirlos viendo pelear, los padres, por su parte, estaban atrapados en este patrón de relación que sería difícil que lo modificaran en la actualidad; otra parte del equipo, pensaba que si era probable este cambio en el patrón, este mensaje implica un reto al sistema familiar con respecto al cambio, ya que cualquiera de los dos subsistemas están implicados en esta pauta y es responsabilidad de cualquiera de las dos partes realizar cambios para salirse de este "juego familiar". Se les pidió a los padres que reflexionaran acerca de este mensaje y se les depositó en ellos la responsabilidad de evaluar que parte del equipo tenía la razón, mientras que a los hijos se les pidió que identificaran los aspectos positivos en las épocas que han estado juntos sus padres y cuando estuvieron separados.

Sesión: 3 Personas que asisten: Ana Karen, Oswaldo, Roberto, la Sra. Arcelia y el Sr. Alfonso.

A partir de los comentarios realizados por la familia acerca de lo ocurrido en las semanas anteriores y a la coincidencia acerca de que este período había sido satisfactorio, se decidió retomar la postura del modelo orientado a las soluciones para la conversación en esta sesión, lo cual se pensó era provechoso para identificar los cambios específicos que realizaron cada uno de ellos y que los pudieran seguir poniendo en práctica en la relación familiar.

En este sentido, Ana Karen relata que estuvieron tres días en la casa un tío, lo que les permitió convivir como familia, también Alfonso como Arcelia están de acuerdo en que fueron días buenos. Se realizaron preguntas para identificar las acciones que permitieron estos cambios positivos que mencionó la familia: la Señora Arcelia menciona como importante la postura que tuvo su esposo de recapacitar. Con respecto a la visión de sus hijos, Ana Karen destacó que en los últimos dos meses no han existido conflictos graves entre sus padres, que los ha visto más tolerantes y que evitan defender su punto de vista en las discusiones, ya que así explotan rápidamente, en cambio, los percibe más abiertos y preocupados por la familia. A partir de un comentario de Karen, acerca de tener mayor confianza en que mejore la relación familiar, se realiza una pregunta de escala con respecto a su propia confianza, Ana Karen comenta que se a incrementado de un 5 a un 40%, por lo que se procedió a identificar los futuros pasos para incrementarla, en este caso, ella refirió que deberían tener esta actitud sus padres por más tiempo, sus otros dos hermanos coinciden en que deberían platicar más sus padres entre sí y expresar sus sentimientos.

El equipo planteó un mensaje y tarea que contribuyeran a que se siguieran presentando cambios positivos en la familia, en este caso, se formuló a los padres la tarea de la lupa, para identificar aspectos que vean como positivos en la relación familiar y se les pidió que reflexionaran con respecto a lo que cada quien de ellos hace para que se den estos aspectos positivos, mientras que a los hijos se les pidió que observaran a sus padres e identificaran cambios en su relación (metáfora de la sorpresa). También se les invitó a tomar en cuenta la existencia de los puntos de vista de Alfonso y Arcelia, el primero dirigido a la unión familiar y el segundo donde se promueve la autonomía, en este sentido, se planteó la posibilidad de la coexistencia de estas dos posturas, en lugar solo una de ellas prevalezca.

Sesión: 4 Personas que asisten: Ana Karen.

A esta sesión solo se presentó Ana Karen, por lo que se decidió aprovechar acerca de otros ámbitos de su vida -escolar, amigos, etc.-, dejando en esta sesión en un lugar secundario el tema de la relación de pareja de sus padres, con el objetivo de retomar el motivo que la había llevado a solicitar consulta, que era su estado de ánimo. Estos puntos de la agenda terapéutica permitieron que se retomaran aspectos de los modelos orientado a las soluciones y la terapia narrativa.

En relación al modelos de soluciones, se centró la conversación en las excepciones a los problemas, los recursos personales de Karen y la forma de usarlos en las diversas áreas de su vida, esto se realizó al comentar acerca de las repercusiones que tiene en ella estos conflictos, a lo cual, comenta que anteriormente ha tenido ideas suicidas y que en este momento ya no piensa en

ellas; esto permite que se introduzcan preguntas acerca de lo que ha pasado para que decida seguir con vida y construir una historia alrededor de esto. Ella menciona que es cristiana y que esto ha evitado que haya decidido seguir con estas ideas suicidas.

Con base en la terapia narrativa, se indagó acerca de sus diferentes relaciones personales, la forma en que los demás se relacionan con ella y como viven su presencia con ellos, con el propósito de co-construir una historia que posibilitara la identificación de elementos que constituyeran una forma de ser "preferida". En este sentido, menciona que en el ámbito escolar va bien de calificaciones, no lleva ninguna materia reprobada, acerca de su proyecto de vida menciona que quiere estudiar dos carreras -psicología y derecho-, trabajar, vivir sola, etc., ante esto, se le felicita por la claridad y conciencia acerca de lo que desea en su vida. En las relaciones personales dice que tiene buenos amigos, debido a que es noble y sincera, que la apoyan y que le dicen que debe echarle ganas. Un evento significativo para ella fue el suicidio de una chica del CCH, sucedido semanas atrás, esto le impactó porque pensó que ella podía haber estado en su lugar, comenta que si tuviera oportunidad de hablar con esta chava le hubiera dicho que ningún problema valía la pena para quitarse la vida y que era posible salir adelante. Con sus maestros también comenta que lleva buena relación y la consideran buena estudiante. Con respecto a sus hermanos se retoma el comentario que hizo Ana Karen de quererlos llevar a vivir con ella y protegerlos, por lo que se le empieza a comentar la importancia de permitirles que ellos también desarrollen sus habilidades propias.

A través del relato referido en esta sesión se pudo empezar a identificar aspectos de la historia de Karen que se contraponen a la historia de involucrarse emocionalmente en los problemas de los otros, al grado extremo de exigirse ella misma a cuidar a sus seres queridos, lo que la llevó a tener ideas suicidas por no poder evitar los conflictos familiares. En el equipo se comentó la importancia de que identificara que aspectos de su vida podían estar bajo su influencia y cuáles no podría -o no debía- controlar. De acuerdo a estas ideas, se felicitó a Ana Karen por la claridad que tiene acerca de su proyecto de vida, con respecto a sus hermanos, se le indica que es valioso querer protegerlos y ayudarlos, sin embargo hay formas de ayudarlos y protegerlos de manera excesiva que provoca que no puedan desarrollarse. Finalmente se le pidió de tarea que hiciera dos listas: una donde escribiera todas las situaciones que están fuera de su control y que ella no puede incidir para cambiarlas y en otra lista que escribiera aquellas que si estuvieran bajo su control o pudiera incidir de manera directa en ellas, además de pedirle que se propusiera poner en práctica una forma diferente de ayudar a sus hermanos.

Sesión: 5 Personas que asisten: Ana Karen, la Sra. Arcelia y Roberto.

Karen comentó que había reflexionado acerca de lo que estaba fuera de su control resolver -como los problemas de los demás-, y lo que estaba en sus manos resolver -como eran sus problemas personales, sus metas y aspiraciones. Se aprovechó la voz de su madre, para indagar acerca de esto que había comentado. Ella mencionó que también ha tratado de contribuir a esta forma de pensar, diciéndoles a sus hijos que aunque sean una familia, los problemas de ella y su esposo son exclusivos de ellos, además de comentarle que primero debe estar bien ella para poder apoyar a los que están a su alrededor. Con Karen se comentó acerca de diferencias entre lo que puede hacer ahora que ha reflexionado estos temas, comenta que ahora trata de apoyar o aconsejar a sus hermanos o amigos, pero sin tener como objetivo resolverles la vida, igual con sus padres, a lo cual hace la referencia de que si no le hacen caso ella va a darse la media vuelta y dejar de estar involucrada en sus problemas.

La señora Arcelia comenta que han existido cambios positivos en la familia, en específico la posibilidad de ser más tolerante ella y su esposo y poder hablar más con sus hijos, por ejemplo, comenta que su esposo está más abierto a escuchar los desacuerdos que tienen acerca de las reglas en el hogar, lo que antes no lo permitía, ya que decía que no debían, de criticarlo por ser su papá. Al realizarles una pregunta de escala acerca del avance que han tenido, Laura y su mamá se sitúan en un 75 y Roberto en un 90, a pesar de los problemas que tienen en la escuela o en el trabajo. Al final de la sesión se le entregó a Karen una carta -con base en la perspectiva narrativa- comentándole los logros que había tenido, además de introducir algunas preguntas para identificar algunos pasos que había realizado para construir esta nueva historia.

Sesión: 5 Personas que asisten: Ana Karen y el sr. Alfonso.

Esta sesión se realizó el cierre de terapia, usando una entrevista reflexiva con Karen y su papá. En la primera parte se entrevistó al sr. Alfonso, preguntándole acerca de los avances en la terapia, a lo cual comentó que veía más alegre a su hija y que habían disminuido las peleas, comentó que ha puesto de su parte para que disminuyan estos conflictos por el amor que le tiene a sus hijos. Posteriormente se entrevistó a Karen acerca de lo que escuchó de la conversación entre el terapeuta y su padre, mencionó que se sorprendió al conocer que su padre se había dado cuenta de sus avances y le dio gusto saber que trataba de ser mejor para que existiera mayor armonía en la familia.

Al final de la sesión se comentó de nuevo los avances que habían tenido a lo largo del proceso de terapia, tanto Karen como Alfonso se situaron en un 90, por lo que se acordó dar por terminada la terapia.

d) Comentarios finales

En la última sesión Karen trajo una carta con la respuesta a las preguntas de la carta que se le había entregado en la sesión pasada. Sus respuestas nos permitieron observar la transformación en la forma de relacionarse Karen con los demás. Se contactó vía telefónica a la familia después de seis meses, donde comentaron que la relación con sus hijos iba bien y que éstos habían presentado menos problemas emocionales y escolares.

3.1.2 Análisis del sistema terapéutico total

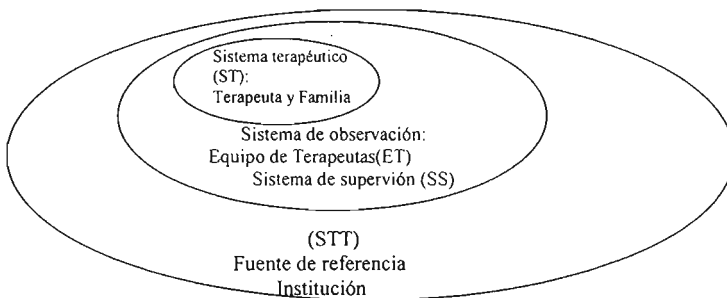
Sistema Terapéutico Total

El sistema terapéutico total, de acuerdo a Desatnik, Franklin y Rubli (2002) esta conformado de la siguiente manera:

a) *Sistema terapéutico* (lo conforman el terapeuta con la familia que atiende)

b) *Sistema de observación*: conformado por el *sistema de supervisión* (terapeutas supervisores) y el equipo de terapeutas (terapeutas detrás del sistema terapéutico)

c) *Sistema terapéutico total* (lo comprenden todos los subsistemas ya antes mencionados englobados en la institución donde se realiza la terapia).



Observación desde una cibernética de segundo orden

¿Qué implica una observación de segundo orden? La cibernética de segundo orden plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, necesariamente el observador se incluye en el territorio de lo observado, modificando con su acción a lo que observa y a sí mismo. En el caso de la práctica terapéutica los terapeutas y clientes son miembros de un universo participativo en

que cada uno de ellos contribuye a la construcción y mantenimiento de una realidad.

De acuerdo a Cathalifaud (1998), un observador de segundo orden se caracteriza por ser:

Un tipo de observador externo, orientado a la observación de observadores y sus respectivas observaciones. Desde su posición no sólo puede observar lo que sus observados indican y describen *-el qué observan-*, sino también, captar los esquemas de diferencias con que marcan tales observaciones y trazan sus distinciones *-el cómo observan...* Su perspectiva es privilegiada: un observador no puede observar por sí mismo, en su perspectiva interna y sin ayuda, sus propios esquemas de distinción, es decir, precisar cómo él ve lo que ve, cuando está viendo). Esto obliga al investigador a observar diferencias con esquemas de diferencias propios y desarrollar la capacidad para distinguir entre ambos.

Por otra parte, el observador de segundo orden, al observar conjuntos de descripciones puede combinar puntos de vista y con ello relevar lo que sus observados, desde sus parcialidades, no pueden ver, es decir, identificar estructuras latentes... Es decir, el efecto constituyente de *realidad* que resulta de la aplicación de sus propios esquemas de diferencia (¶ La observación de segundo orden).

A partir de esta concepción acerca de la cibernética de segundo orden y las características del observador, es que a continuación presentaré una reflexión acerca de mi participación en el sistema terapéutico a lo largo de la maestría.

Interacción del equipo de terapeutas con el sistema de supervisión

A lo largo de la Maestría, la postura terapéutica asumida por el sistema de supervisión estaba caracterizado por las múltiples perspectivas teóricas que eran retomadas en cada escenario de supervisión por cada una de las supervisoras. Esto incidía en la interacción entre el equipo de terapeutas y el sistema de supervisión, debido a que en algunas ocasiones, determinada postura o perspectiva terapéutica asumida por el sistema de supervisión se encontraba en mayor o menor concordancia con algún o algunos miembros del equipo de terapeutas, dando por resultado diversos dilemas entre el equipo total con respecto a lo realizado en el proceso de terapia.

En los casos en que las perspectivas no eran concordantes se crearon dilemas a resolver dentro del equipo total de terapia, esto provocaba que en ocasiones el proceso de terapia fuera "perdiendo poco a poco la brújula". Como ejemplo de esto, puedo mencionar que en ocasiones mi postura como terapeuta era cerrar problemáticas específicas para poder abordar otras que emergían en el

diálogo con los consultantes, mientras que la visión del sistema de supervisión era integrar las problemáticas nuevas a la original, además por un lado se buscaba encontrar soluciones junto con la familia desde una perspectiva o postura enfocada hacia enfoques terapéuticos donde no se concebía la existencia de “una función del síntoma” y por otro lado se buscaba entender más un posible origen de la problemática y “descubrir” la función del síntoma en la familia. Es decir, tanto terapeuta como equipo de supervisión a pesar de “viajar en naves iguales, lo hacían en mares distintos”. Desde mi punto de vista, en esas situaciones se entró en una discusión que equivalía al comentario realizado por Anderson³ (1999b) hacia Minuchin, donde le plantea la inoperabilidad de sus comentarios al afirmar que cada quien estaba en una perspectiva diferente, es decir, se analizaba un proceso terapéutico desde posturas diferentes, en este caso desde la cibernética de primer orden por parte de Minuchin y la posmodernidad por parte de Anderson. A mi parecer, esto llegaba a suceder en algunos momentos de los espacios de supervisión, lo que causó que por un tiempo se estancara el proceso de terapia y el desarrollo de ideas.

Estos dilemas que se presentan en cualquier espacio de supervisión (Desatnik, 2000) en ocasiones fueron resueltos a través de la apertura para integrar las diferentes perspectivas surgidas en los espacios de supervisión, lo que permitía poder comprender desde que postura teórica se va generando estas diversas ideas e integrarlas permitiendo que tengan el mismo peso, evitando invalidarlas o buscar una competencia acerca de cual sería la más efectiva. Desde esta perspectiva de segundo orden, me parece importante retomar lo propuesto por Tomm (1998): examinar los modelos o visiones a través de los cuales basamos nuestro trabajo terapéutico, ser conscientes de que todos los participantes, sean parte del sistema de supervisores, observadores o familia, se influyen mutuamente por las observaciones que realizan cada uno de ellos. Esto nos lleva a reflexionar acerca de porqué sucedió esto ante tal circunstancia o en este contexto en particular y posibilitar nuevas perspectivas para abordar problemáticas o desarrollar ideas en el proceso de terapia. La resolución de estos dilemas, así como las ocasiones en que las perspectivas teóricas tendían a la concordancia entre todos los integrantes del sistema terapéutico posibilitaba la sensación en el terapeuta de acompañamiento y guía por parte del sistema de supervisión.

Una situación que se fue dando en la mayoría de nosotros y que me tocó vivir de manera particular, fue la evolución con respecto a la presencia de un equipo de supervisión, que en ocasiones creo en mi la presión de realizar todo excesivamente bien (al sentirte respaldado, sientes que no le puedes fallar al demás equipo), esto

³ El comentario era el siguiente: “...las palabras de Minuchin no reflejan mi experiencia humana. Él y yo hablamos lenguajes diferentes, y no puedo utilizar su lenguaje para explicar cuál es mi postura. Partimos de distintos lugares: lo que para Minuchin es una *pérdida*, para mí es un *don*” (p. 21)

provocaba a veces que la atención se centrara más en las posibles indicaciones del sistema de supervisión que en la conversación con el consultante. En estos casos, existió retroalimentación con el resto del equipo de terapeutas, con los cuales se comentó esta “pérdida de foco” y se compartieron sugerencias para abordar esta posible problemática. Conforme fueron transcurriendo los semestres, esto fue decreciendo, a tal grado, que en el último semestre también disminuyó cuantitativamente las indicaciones de las supervisoras en cada sesión, esto se facilitó debido al conocimiento que ellas mismas tenían acerca de nuestro trabajo terapéutico, lo que fue expresado en diversos comentarios como los siguientes: “es que ustedes ya son expertos”; “están a punto de trabajar solos”; o “ya puedo dejarlos que trabajen sin que les indique tantas cosas”.

Un aspecto relevante al analizar esta interacción entre el equipo de terapeutas y el sistema de supervisión, es la importancia del aspecto relacional, que a mi parecer permite un desempeño más efectivo del terapeuta en la familia. Diversos escritos (Anderson, 1999, 2000; Duncan, Hubble y Miller, 2003; London y Rodríguez, 2004; Maturana, 2003; Robles, 2004), mencionan la importancia de la relación y un ambiente que propicie la confianza entre los participantes de un espacio de terapia o aprendizaje, para que se lleguen a resultados efectivos, independientemente de las técnicas, intervenciones o modelos usados.

Interacción entre los integrantes del equipo de terapeutas

La interacción surgida dentro del equipo terapéutico, desde mi perspectiva, fue la mayoría de las veces, posibilitadora de ideas, debido a que existía una buena conjunción no solo a nivel de trabajo, sino relacional. El hecho de que la mayoría de los residentes tuviéramos escasa experiencia como terapeutas familiares, hizo que compartiéramos la propia evolución que cada uno de nosotros íbamos teniendo en este rol, además de retroalimentarnos acerca de nuestras creencias o puntos de vista acerca de lo que podríamos mejorar o cambiar en las futuras sesiones. Me parece que esto fue uno de los puntos más importantes en este espacio: la posibilidad de observar a mis compañeros de terapia y de compartir cada uno de nuestros puntos de vista acerca del proceso de terapia, (que en muchas ocasiones compartíamos, aunque había también sus sanas diferencias), ya que, como menciona Maturana (2003), las ideas y el conocimiento se generaron a través de un espacio de convivencia.

Interacción entre dos diferentes equipos de terapeutas

En dos ocasiones, durante la maestría se presentó la situación de la convivencia entre dos equipos de terapeutas de diferentes semestres. Esto sucedió por primera vez cuando estábamos en 1er semestre y conformábamos el equipo de

terapeutas observadores de cinco compañeros de tercer semestre; la segunda ocasión era cuando estábamos en 3er semestre y ahora correspondió que cinco compañeros de 1er semestre observaran nuestra práctica clínica. En ambas experiencias, los equipos tuvieron una integración armónica y se les permitió participar de manera activa en la discusión y reflexión acerca de lo sucedido en las sesiones de terapia, aprovechando la diversidad de voces, de reflexiones, de historias para generar ideas en el sistema terapéutico total; aunque, a su vez, esto planteaba la necesidad de una mayor coordinación de trabajo dentro del equipo, debido al gran número de integrantes, lo cual podía propiciar una desorganización al momento de la participación de cada uno de sus integrantes. Esta oportunidad que se dio a todos los miembros del equipo de terapia de participar dentro del proceso de terapia es un aspecto que diversos autores comentan como importante para evitar un ambiente de "competencia" entre terapeutas, donde se perciba una división entre "expertos" y "novatos". En este sentido Maturana y Nisis piensan que en espacios de aprendizaje que se basan en la competencia o las relaciones de autoridad "no existe la sana convivencia porque la victoria de uno surge de la derrota o la sumisión del otro" (2001, p. 13); esto evita que los demás surjan de forma legítima. Tanto en mi experiencia en el rol de observador durante el primer semestre en el CCH Azcapotzalco, como en el tercer semestre donde convivimos con los "observadores" de primer semestre, esta apertura de los supervisores para generar esta integración propició la escucha de ideas y opiniones de todos los integrantes del ET, en algunos casos incorporándolos dentro del mensaje final e incluso posibilitando una participación más activa a través de su incorporación en el equipo de reflexión, todo esto generó un ambiente de confianza que trae como resultado diversos aspectos benéficos en el contexto de terapia (Robles, 2004).

Práctica clínica sin presencia del sistema de supervisión

Otra configuración presentada en el sistema total de terapia fue el trabajo clínico sin la presencia en vivo del sistema de supervisión. Esto se presentó en los siguientes casos: a) seguimientos de casos no concluidos en un semestre; y b) durante cuarto semestre en los casos atendidos de forma adicional, que eran llamados coloquialmente como "cruzadas".

a) *Seguimiento de casos.* Dada la estructura del programa de maestría, se debía continuar con el proceso de terapia en los casos en que no se hubiera culminado en el tiempo establecido en el semestre. Esto se realizaba en el semestre subsecuente a través de la modalidad de supervisión indirecta. Esta experiencia de trabajar sin supervisión en vivo me parece que fue favorable para el equipo de terapeutas, ya que propició una mayor constancia en la generación de ideas más constantes, además de que cada uno de nosotros en algún momento asumíamos el "rol de supervisor", por ejemplo, al sentir la necesidad de dar una

idea por teléfono, al preguntar o cuestionar a los otros integrantes acerca de lo que pensaban de lo realizando por el terapeuta asignado con los consultantes o al organizar los espacios de presesión, sesión y postsesión.

b) *Práctica clínica sin supervisión en vivo (“cruzadas”)*. La oportunidad que tenía cada terapeuta en este caso, de conformar a su “equipo de terapia” y elegir la sede en la que iba a trabajar, propiciaba que se diera una similitud de estilos de trabajos, a la vez, matizados con los estilos personales y únicos de cada terapeuta. Pero sobre todo, la característica principal de estos equipos era que estaban basados en la cercanía a nivel personal de sus integrantes, lo que aseguraba la confianza entre los miembros del equipo para comentar acerca de lo sucedido en cada una de las sesiones. Esto llevó a que durante las sesiones en que participé se implementara una nueva fase, donde se dedicaban algunos minutos a videograbar estas sugerencias o comentarios postsesión que se realizaban entre todos los integrantes del equipo de terapia. Al igual que en los casos de seguimiento, no contar con un la presencia de una supervisora, nos llevó a responsabilizarnos acerca de la forma más adecuada de realizar este rol, tanto con los integrantes del sistema terapéutico como con el sistema de consultantes. Esto propiciaba una comunicación constante con el terapeuta asignado, con respecto a la forma en que le era más adecuado ser retroalimentado por el equipo, las líneas terapéuticas que buscaba realizar con sus consultantes y la forma en que el equipo pudiera beneficiar más a su forma de trabajo, o al momento de mencionar sus comentarios o mensajes finales a los clientes, en sí, se construyó una conciencia de responsabilidad entre y para cada uno de los participantes del trabajo terapéutico.

Interacción del equipo de terapeutas con los consultantes

En relación a la interacción con las familias, puedo describirla en dos formas principales: a) los consultantes que asistieron a pocas sesiones, las cuales decidieron abandonar el proceso de terapia después de las primeras sesiones de terapias; y b) aquellos que asistieron a todas las sesiones durante el semestre en que se les proporcionaba el servicio de terapia, lo que permitió una continuidad en el proceso de terapia y que incluso motivó la propuesta de formas distintas de trabajo, como lo fue el trabajo con equipos de reflexión que se llevaron a la práctica en diversos escenarios clínicos.

En general, creo que la “deserción” temprana de las familias nos lleva a cuestionamientos acerca de nuestro desempeño profesional, sobre todo en nuestra condición de terapeutas en entrenamiento. En estos casos, la retroalimentación con el equipo de terapia y supervisión promueven un análisis acerca de los aspectos positivos y las posibles causas de deserción en cada caso específico, esto aunado al análisis del trabajo que se realiza con los consultantes que asisten periódicamente permiten que se desarrolló una confianza en nuestra labor como

terapeuta. Dentro del equipo terapéutico se propició la reflexión acerca de posibles causas de la deserción de los clientes, acerca de los aspectos positivos y negativos en las sesiones, lo cual se comentó en el análisis de los casos clínicos. En general, se reflexionó acerca de adecuar el proceso de terapia a los consultantes, tomar en cuenta las características de cada sistema familiar así como su contexto socio-cultural, la manera en que nuestra participación como terapeutas iba construyendo un nuevo sistema, además de las necesidades que nos planteaban las familias en lugar de las planteadas por determinada teoría o por lo que percibía el terapeuta.

Es importante mencionar las diferencias que propician los diferentes contextos físicos de los escenarios clínicos en la relación del equipo de terapia con los consultantes. Por ejemplo, en las sedes del ISSSTE y del CCH en un primer momento, no se contaba con una separación física a través del espejo unidireccional, como sucedía en la clínica de la FES Iztacala. Esto permitía una comunicación diferente, ya que tanto el terapeuta asignado como los consultantes tenían la posibilidad de tener contacto visual con el resto del equipo terapéutico. ¿Qué implicaba esto en la relación con las personas consultantes? En los consultantes generó diversas reacciones, desde ansiedad al ver al equipo completo de terapeutas, hasta –en la mayoría de los casos– un sentimiento de “acompañamiento”, a lo largo del proceso de terapia y conforme se avanzaba hacia los objetivos de los consultantes. La percepción que se tenía de los terapeutas no era de seres “extraños” posicionados en lugares privilegiados, sino de personas con rostros visibles, que se volvían cotidianos, todo esto aunado a la posibilidad de compartir opiniones, cuando se usó el equipo de reflexión, lo cual incrementaba este sentimiento de compañía.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

Una de las características del programa de Maestría en Psicología es su orientación hacia una formación profesional especializada y hacia la investigación de diversos fenómenos sociales relacionados al ámbito de la terapia familiar.

De acuerdo al programa de la residencia de Terapia Familiar (Moctezuma y Desatnik, 2001), las habilidades de investigación que el alumno desarrollará son:

1. Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
2. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
3. Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.
4. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

Dentro del plan de estudios se contempla dentro de los cursos formales escolarizados (tronco común) las asignaturas de Métodos de Investigación Aplicada I y II, donde se revisan los aspectos principales de la metodología cuantitativa y cualitativa, se realiza un proyecto de investigación que se lleva a la práctica. Además, como parte de las actividades realizadas en los espacios de tutoría se llevó a la práctica un proyecto de investigación cualitativa con base en una perspectiva de género-construccionista, acordes con la perspectiva de la terapia sistémica.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa

El siguiente resumen corresponde a la investigación realizada en la asignatura de Métodos de Investigación Aplicada I y II:

El impacto de realizar estudios de maestría en la satisfacción marital y la intimidad en la relación de pareja.

Francisco Javier Robles Ojeda
Sergio Mandujano Vázquez
Rocío Villanueva González

Resumen

El propósito del presente estudio fue determinar en qué medida la satisfacción marital y la intimidad pueden ser una fuente de soporte en parejas, cuando uno de ellos esta insertado en un programa de maestría en psicología profesional de la UNAM. La muestra estuvo constituida de 15 parejas casadas o en unión libre, que estaban cursando segundo y cuarto semestre de la maestría en psicología de la UNAM. Se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital y una Escala de Intimidad. La investigación se llevó a cabo en tres fases: selección de la muestra, aplicación de los instrumentos y análisis de los resultados, en esta última se aplicó una medida de correlación indicada para variables en escala de intervalo: coeficiente Producto Momento de Pearson o “r” de Pearson; y la prueba “t”, para observar las diferencias entre los índices de satisfacción marital e intimidad, en los estudiantes de segundo y cuarto semestre.

Palabras clave: Satisfacción marital, intimidad, programa de posgrado, relación de pareja.

Preguntas y objetivos de investigación

¿Hay diferencias en la percepción de intimidad y satisfacción marital y qué relación existe entre éstas dos últimas variables en las parejas de estudiantes de segundo semestre y cuarto semestre de una maestría?

¿Hay diferencias en la percepción de intimidad y satisfacción marital entre el miembro de la pareja que realiza estudios de maestría y el miembro que no lo hace?

¿Hay diferencias en la percepción de intimidad y satisfacción marital entre los hombres y las mujeres de las parejas en que uno de sus miembros realiza estudios de maestría?

- Comparar los índices de satisfacción marital en los estudiantes de segundo semestre con los de cuarto semestre de maestría.

- Comparar los índices de intimidad en la relación de pareja marital en los estudiantes de segundo semestre con los de cuarto semestre.
- Determinar si los índices de satisfacción marital son menores en las mujeres, de las parejas en los que uno de los integrantes está realizando estudios de posgrado.
- Determinar si la pareja de los estudiantes de maestría percibe una menor satisfacción marital que el integrante que realiza estudios de maestría.
- Determinar la dirección y magnitud de la correlación entre satisfacción marital e intimidad.

Con base en los supuestos teóricos ya comentados, se postularon las siguientes hipótesis:

1. Existen menores índices en la percepción de satisfacción marital en el grupo de segundo semestre en comparación con el de cuarto semestre.
2. Existen menores índices en la percepción de intimidad en el grupo de segundo semestre en comparación con el de cuarto semestre.
3. Existen menores índices en la percepción de satisfacción marital en las mujeres en comparación con los hombres de las parejas en los que uno de los integrantes esta realizando estudios de posgrado.
4. Existen menores índices en la percepción de satisfacción marital en la pareja de los estudiantes de maestría en comparación con el integrante que realiza estudios de maestría.
5. El nivel de intimidad esta relacionado de forma directa con la satisfacción marital

Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que no existieron diferencias de medias entre sexo, status (estudiantes y sus parejas) y semestre, en lo referente a la percepción de la satisfacción marital e intimidad, el nivel de significancia de 0.05, indica que los estudiantes de ambos semestres y sus parejas de esta investigación, presentan similares índices de intimidad y satisfacción marital con un nivel de confianza de 95 %, por lo cual, se rechazan las cuatro primeras hipótesis de trabajo: no existen diferencias en la percepción de satisfacción marital en el grupo de segundo semestre en comparación con el de cuarto semestre ($\alpha=0.05$), no existen diferencias en la percepción de intimidad en el grupo de segundo semestre en comparación con el de cuarto semestre ($\alpha=0.05$), no existen diferencias en la percepción de satisfacción marital en las mujeres en comparación con los hombres de las parejas en los que uno de los integrantes está realizando estudios de posgrado ($\alpha=0.05$), no existen diferencias en la percepción de satisfacción marital en la pareja de los estudiantes de maestría en comparación con el integrante que realiza estudios de maestría ($\alpha=0.05$); y

sólo, se corrobora la hipótesis con respecto a que el nivel de intimidad está relacionado de forma directa con la percepción de la satisfacción marital (la correlación $r = 0.610$ es positiva moderada con un $\alpha=0.01$), es decir, que a mayor satisfacción marital, mayor intimidad.

Tabla 1. Promedios, Desviaciones, Coeficiente de Correlación de Pearson

	\bar{X}	St
Satisfacción marital		
Semestre		
2	4.2127	.4445
4	4.2281	.319
Nivel de significancia	0.05	
Status		
1 Estudiante	4.2225	.3472
2 Pareja del estudiante	4.1859	.4501
Nivel de significancia	0.05	
Sexo		
1 Femenino	4.2090	.3319
2 Masculino	4.1995	.4623
Nivel de significancia	0.05	
Intimidad		
Semestre		
2	4.4085	.2990
4	4.5540	.2434
Nivel de significancia	0.05	
Status		
1 Estudiante	4.5011	.2603
2 Pareja del estudiante	4.4634	.4352
Nivel de significancia	0.05	
Sexo		
1 Femenino	4.3925	.3336
2 Masculino	4.5721	.3590
Nivel de significancia	0.05	
Coeficiente de correlación de Pearson		
calif final intim	1.000	.610
calif final satisf marital	.610	1.000
Nivel de significancia	0.01	

Estos resultados indican que existen niveles altos en la percepción de la satisfacción marital y la intimidad de los participantes de la presente investigación (ya que el puntaje medio de las respuestas fue 4 en una escala de 1 a 5).

Discusión

En el presente estudio no existieron diferencias significativas entre los niveles de satisfacción marital e intimidad entre los integrantes de las parejas de los estudiantes de

posgrado (en cuanto a semestre, status y sexo), dados estos resultados, sería interesante conocer los factores en las parejas que producen una buena percepción de la satisfacción marital y la intimidad, cuáles son los recursos principales empleados por las parejas y las adecuaciones realizadas en el ámbito familiar durante todo el proceso de los estudios de posgrado de uno de sus integrantes. Esto a través de un tipo de estudio que posibilitara analizar este proceso, ya sea de forma cuantitativa o cualitativa.

También se compararon los niveles de satisfacción marital e intimidad con relación al sexo, sin obtener diferencias significativas, lo cual no concuerda con otros estudios, donde se menciona que los hombres se sienten más satisfechos que las mujeres en la interacción de pareja (Cortés, et al, 1994).

Con respecto a la intimidad, los resultados obtenidos concuerdan con lo investigado por Sternberg, Stores y Tolstedt (1990 en Alcantara, 2001), quienes fundamentan que ésta es el mayor predictor de la satisfacción marital.

Una posible explicación a los resultados obtenidos en la presente investigación, es la posibilidad de que tener una buena relación de pareja y tener una percepción positiva acerca de la satisfacción marital e intimidad pueda ser un elemento importante para tomar la decisión de ingresar a un posgrado de tiempo completo, ya que esto implica recibir apoyo, comprensión y compartir los logros en el desarrollo profesional del integrante que estudia, es decir, a pesar de que puedan existir problemas causados por este cambio en la vida de la pareja, estas situaciones serán percibidas de manera diferente, por ejemplo, como retos u obstáculos a vencer más que como un indicador de que exista algo negativo en la pareja.

3.2.2 Reporte de las investigaciones realizadas usando metodología cualitativa.

El siguiente resumen corresponde a la investigación realizada en la asignatura de Métodos de Investigación Aplicada I y II:

El impacto de realizar estudios de maestría en la satisfacción marital y la intimidad en la relación de pareja (Investigación cualitativa)

Francisco Javier Robles Ojeda
Sergio Mandujano Vázquez
Rocío Villanueva González

El presente estudio se deriva de una investigación cuantitativa realizada con estudiantes casados o en unión libre del programa de maestría en psicología profesional de la UNAM, donde se investigó la percepción que tenían ellos y sus parejas acerca de su satisfacción marital e intimidad, con el propósito de conocer que influencia en estas dos áreas tenía el hecho de estar dedicado de tiempo completo a un posgrado.

Debido a que en la investigación cuantitativa de la cual surgió el presente estudio no existieron diferencias significativas entre los niveles de satisfacción marital e intimidad entre los integrantes de las parejas de los estudiantes de posgrado, fue necesario tener información más específica al respecto, por lo que consideramos pertinente hacer uso de una entrevista semiestructurada, en cuanto a su viabilidad que ofrece, al tener acceso directo sobre la información de uno de los participantes, y ver como el sujeto a partir de su discurso, de su lenguaje, construye su realidad e identidad (Valles, 2000).

Tipo de estudio cualitativo.

Nuestro principal objetivo, en concordancia con Mella, que afirma que en una investigación cualitativa se busca conocer “los acontecimientos, acciones, normas, valores, etc., desde la perspectiva de la gente que está siendo estudiada” (1998, p. 8), es comprender desde la perspectiva de la entrevistada cuáles aspectos relacionados con su ingreso a la maestría tuvieron un impacto en relación de pareja, en específico en la percepción de la satisfacción marital y la intimidad, además de la forma en que fueron afrontados.

Tipo de diseño cualitativo

El diseño cualitativo utilizado en el presente trabajo se puede ubicar dentro de los diseños proyectados; debido a que la toma de decisiones sobre las fases del estudio están estructuradas, es decir, se lleva a cabo en un corto plazo de tiempo.}

Categorías

La identificación de categorías para el presente estudio, se dio en función de la revisión documental referente a la satisfacción marital e intimidad, se tomaron en cuenta temas insertos en estos constructos; en función de los resultados obtenidos en los inventarios que miden ambos constructos, considerándose los puntajes bajos o incongruentes respecto a la pareja.

Las categorías desarrolladas para el análisis de la presente investigación fueron:

- Para Satisfacción Marital: Diversión, organización y funcionamiento, y físico-sexual.
- Para Intimidad: Aceptación, el uno para el otro, comunicación sexual y sexualidad emocional.

Análisis

Respecto a la diversión se involucran ambos miembros, ella lo acompaña a ver aparatos de electrónica, y él, a que ella coma un helado, con tal de estar juntos, al principio de la maestría, no dedicaban mucho tiempo para la diversión, esto lo han retomado con el

tiempo a partir de conflictos al principio de la maestría por la disminución de tiempo para la recreación en pareja. La entrevistada considera que convive todos los días con su pareja, sin embargo le inquieta darse cuenta que al término de la maestría ya no lo verá como hasta ahora, debido a que se reincorporará a sus actividades laborales.

Ambos participan en la solución de situaciones y problemas familiares, ella describe a su pareja como alguien que resuelve las cosas con soluciones concretas, a su vez se consultan si están de acuerdo en el modo en cómo cada quien propone soluciones, la entrevistada le hace saber verbalmente a su pareja si está de acuerdo y viceversa. Ella no tolera estar enojada con su pareja y busca la manera de que se arreglen las cosas hablando, en este sentido menciona palabras como acuerdo, solución, resolver referentes a la relación marital y parental. En relación al modo de educar a sus hijos y de llamarles la atención, ella y su pareja hablan con ellos acerca de llegar a arreglos.

Respecto a la comunicación mutua de la solicitud y satisfacción físico-sexual se menciona que ella le hace saber a su pareja cuando desea que la abrace y bese, y le comunica cuando está satisfecha al abrazarla, besarla y en la relación sexual, respecto a él, menciona que no siempre se lo dice verbalmente, ella infiere cuando está satisfecho. Esta manera diferente de expresión mutua fue difícil para ella en un principio, debido a que ella se considera más física y expresiva que él, pensaba que su pareja le respondería de la misma manera, ahora entiende que la manera de expresarse mutuamente que se quieren y satisfacen, es diferente de otras parejas.

La entrevistada considera que aceptar a la pareja implica que sea bondadoso, trabajador, honesto, amarlo significa dejarse ser por la pareja, tomar en cuenta sus defectos, y resaltar primordialmente sus cualidades.

En lo que se refiere al entendimiento mutuo, refiere que ahora que sus hijos son adolescentes y cada vez están más tiempo fuera de casa, ella y su esposo desean retomar los contactos con amigos que cerraron cuando comenzó su proyecto de ser padres y esposos, y ahora se dan cuenta de la importancia de contar con el apoyo de amigos, y de la convivencia familiar; en parte, la maestría ha contribuido a no pasar más tiempo al lado de su esposo e hijos, por lo que ella trata de que los domingos no tenga que hacer trabajos en la computadora, para convivir con su esposo, hubo momentos sobretodo en el primer año de la maestría en que de repente no dudó en renunciar a esta, para ella es muy importante su relación familiar y de pareja, ante lo cual tuvo un diálogo con ella misma y acordó que tenía que hacer a un lado la actitud de tener puro diez y de cumplir al pie de la letra todos los requisitos de la maestría, de continuar con esa actitud, menciona que ya se habría divorciado y expresó que no estaría dispuesta a arriesgar a su familia y pareja.

3.2.1.1 Reporte de la investigación generada del espacio de tutoría

El siguiente resumen corresponde a la investigación desarrollada a partir de las actividades realizadas en los espacios de tutoría. Es importante mencionar que de los datos obtenidos con una misma población -8 mujeres que fueron madres en la adolescencia- se desprendieron dos reportes de investigación, por lo que se describirá primero los aspectos comunes a ambos trabajos y posteriormente los aspectos específicos de cada uno de ellos:

Objetivo general

Obtener una descripción densa del significado atribuido por las madres adolescentes entrevistadas acerca de la transformación en su percepción acerca de la relación de pareja, la sexualidad, el embarazo y la maternidad y sus redes de apoyo y proyecto de vida

Estrategia de muestreo

Se seleccionaron intencionalmente a ocho entrevistadas, con base a los siguientes criterios:

- a) haber sido madre durante la adolescencia (entre los 14 y los 19 años)
- b) ser menor de 25 años

La búsqueda inicial de las entrevistadas se realizó a través de conversaciones directas con personas conocidas, las cuales sugirieron a las entrevistadas, de acuerdo a los criterios arriba mencionados (técnica de la bola de nieve). Posteriormente se procedió a contactar con la posible entrevistada, a la cual se le informaba acerca de las condiciones de la entrevista y se le pedía su consentimiento de forma verbal y escrita.

Recolección de datos

Se aplicó una entrevista semiestructurada que constó de 102 preguntas abiertas, donde se buscaba identificar la transformación de los significados hacia la sexualidad, relación de pareja, embarazo y maternidad; y comprender la experiencia del proceso de transformación del proyecto de vida y de las redes de apoyo. La investigación se realizó en la Ciudad de México, en cuatro colonias de clase media baja. Se entrevistó a cada participante por separado y se procuró estar únicamente con la entrevistada. Fueron 2 investigadores (una mujer y un hombre).

Bases teóricas

Dentro de las perspectivas teóricas que formaron parte del proceso de investigación están el construccionismo social y un puente entre una perspectiva moderna (etapas de crisis del embarazo en la adolescencia) y posmoderna (considerar los contextos sociales en los que el fenómeno estudiado representa algo cotidiano y en otros un problema) del fenómeno embarazo y maternidad adolescentes en la mujer, y la perspectiva de género.

La resignificación en el proceso de convertirse en madre adolescente

Francisco Javier Robles Ojeda

Rocío Villanueva González

Iris Xóchitl Galicia Moneda

Objetivo

Identificar los significados de las madres adolescentes hacia la maternidad, la sexualidad y la relación de pareja. Identificar los posibles cambios del significado de dichos aspectos antes y después del embarazo.

Conclusiones

Abordar el fenómeno del embarazo y maternidad adolescente desde las propias historias narradas por sus protagonistas, permitió comprender el significado que ello tuvo y está teniendo en sus vidas.

La sexualidad es un tema “tabú” para las chicas, las cuales están imposibilitadas de hablar abiertamente de este tema, del cual solo reciben información técnica –por ejemplo, cambios físicos o el procedimiento de métodos anticonceptivos-. Con respecto al ejercicio de la sexualidad, el mensaje es que esta prohibido para ellas. Esto se transforma al ser madres o esposas, lo que implica la posibilidad de poder acceder abiertamente al ámbito sexual. El significado que le dan a la sexualidad es que se debe ejercer por “amor” con la “persona indicada”, debido a esto, aunque tengan conocimientos previos acerca de determinados métodos anticonceptivos, dejan de usarlos, ya que conciben que esto no formaría parte de una relación por amor (para toda la vida, con alguien con quien se va a tener una familia). Se pudo apreciar en el relato de las chicas que su embarazo y maternidad les permitió acceder a hablar acerca de la sexualidad con menor restricción que antes de su embarazo, dónde estos temas eran prohibidos para ellas, en específicos hablar acerca de las relaciones sexuales

En cuanto a la relación de pareja se encontró que la mitad de los padres de los niños de las entrevistadas viven con las chicas entrevistadas y mantienen una participación activa en la crianza, mientras que la otra mitad no viven con ellas.

En relación a su embarazo se apreció que haberlo vivido durante la adolescencia significó una crisis doble: dejar de tener el rol de hija de familia en edad adolescente para pasar a ser madre y esposa. Aunque el embarazo no fue planeado en ninguno de los casos, el nacimiento del bebé sí fue deseado, y el vínculo afectivo surgió aproximadamente a la mitad de los nueve meses. En esa etapa de embarazo y ahora que son madres, las entrevistadas han recibido apoyo de su entorno familiar y sus redes de apoyo se han mantenido, y en otros casos han aumentado debido a que trabajan o estudian.

Resignificación en el proyecto de vida y redes de apoyo en mujeres con la experiencia de embarazo en la adolescencia

Francisco Javier Robles Ojeda
Rocío Villanueva González

Objetivo

Comprender el proceso de transformación en el proyecto de vida, y en las redes de apoyo, de las madres adolescentes debido a su maternidad

Conclusiones

El embarazo en la adolescencia es un evento que impacta profundamente en las redes social de esas chicas: por lo general, la comunidad le daba un significado negativo, lo cual era percibido por las adolescentes, que optaban por aislarse de los demás —esto sucedía en algunas ocasiones también en los ámbitos laboral y escolar. En la familia, después de pasar por la etapa de pedir perdón a la madre y de “aceptar” su falta, se tendía a fortalecer los vínculos de unión, que en la mayoría de los casos creaba una relación madre-hija con roles estereotípicos de género. Con los pares, sucedía lo contrario, debilitándose los vínculos. En síntesis las chicas volvían a un ámbito privado, rompiendo el vínculo con el ámbito público. Las nuevas redes se crearon por la necesidad de trabajar fuera del hogar, por su nuevo rol de madre —al relacionarse con otras madres— o, en pocas ocasiones por la posibilidad de volver a estudiar.

El proyecto de vida sufrió una transformación, aquí es importante mencionar que la mayoría de ellas, aunque comentaba que sus ilusiones eran estudiar y trabajar, esto era más un producto de lo deseable a nivel social, que de sus propias aspiraciones. Actualmente sus principales aspiraciones son tener una estabilidad económica para su familia y en menor grado retomar sus estudios. Sus redes sociales próximas tienen un papel importante para su desarrollo escolar y laboral, en específico, en dos casos han sido un factor determinante para que siguieran estudiando.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

Las habilidades de Investigación a lo largo de los cuatro semestres que comprende la Maestría se pretende que los alumnos desarrollen las siguientes habilidades en la enseñanza y difusión:

1. Difundir conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar.
2. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias y formular hipótesis sobre los factores involucrados.
3. Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
4. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

En específico, estas habilidades fueron plasmadas en a) la realización de productos tecnológicos (manuales, videos didácticos y folletos) que tuvieron el propósito de servir para la atención de los usuarios, para programas de prevención en la comunidad o para los programas de formación de los terapeutas, b) la conducción de programas de intervención comunitaria, como talleres, conferencias o pláticas referentes a temáticas de la familia y c) la presentación de las investigaciones desarrolladas a lo largo de la maestría en diversos foros académicos (congresos, foros, simposios, etc.).

3.3.1 Elaboración de productos tecnológicos

a) Video y manual didáctico: Técnicas del Modelo de Terapia Estructural.

Objetivos:

Conocer los principios teóricos, conceptos básicos y técnicas terapéuticas del Modelo Estructural de Terapia Sistémica.

Identificar con base a casos clínicos la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo Estructural de Terapia Sistémica.

Población a quien va dirigida:

Estudiantes y profesionales de la psicología que estén interesados en conocer de forma introductoria aspectos relacionados a la terapia familiar, de forma específica lo relativo al Modelo Estructural de Terapia Sistémica.

Justificación:

En el ámbito de la psicoterapia, podemos identificar dos grandes áreas, que son comunes a todos los modelos: la teoría y la praxis. A través del presente manual y video didáctico se pretende explicar estas dos áreas del modelo estructural.

En la primera parte del manual se explica de forma breve algunos principios rectores de la terapia estructural, el contexto en que se desarrolló, así como algunos datos de su principal representante: Salvador Minuchin. En la segunda parte, se describirán las técnicas presentadas por el modelo estructural. Estas técnicas se pueden clasificar en tres grandes áreas: a) las que buscan cuestionar el síntoma (escenificación, focalización e intensidad); b) las que buscan cuestionar la estructura familiar (fronteras, desestructuración y complementariedad) y c) las que buscan cuestionar la realidad (constructos y lados fuertes).

Ambos materiales contribuyen a la enseñanza de las técnicas del modelo estructural, teniendo como objetivo principal, que de una forma sencilla y a través de casos prácticos se pueda lograr una mejor comprensión de su aplicabilidad a la práctica clínica.

b) Video didáctico: Estrategias de intervención del modelo de terapia estratégica de Jay Haley.

Objetivos:

Conocer los principios teóricos, conceptos básicos y técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley.

Identificar con base a casos clínicos la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley.

Población a quien va dirigida:

Estudiantes y profesionales de la psicología que estén interesados en conocer de forma introductoria aspectos relacionados a la terapia familiar, de forma específica lo relativo al Modelo de Terapia Estratégica.

Justificación:

En el ámbito de la psicoterapia, podemos identificar dos grandes áreas, que son comunes a todos los modelos: la teoría y la praxis. A través del presente manual y video didáctico se pretende explicar estas dos áreas del modelo de terapia estratégica de Jay Haley.

En la primera parte del manual se explica de forma breve algunos principios rectores de la terapia estratégica, el contexto en que se desarrolló, así como algunos datos de su principal representante: Jay Haley. En la segunda parte, se describe las etapas de la primera sesión de terapia y las principales técnicas usadas en este modelo: redefinición, directivas (directas, indirectas y metafóricas) y la ordalía.

Ambos materiales contribuyen a la enseñanza de las técnicas del modelo estructural, teniendo como objetivo principal, que de una forma sencilla y a través de casos prácticos se pueda lograr una mejor comprensión de su aplicabilidad a la práctica clínica.

c) *Manual didáctico: Modelos de terapia breve sistémica*

Objetivo:

Conocer los principios teóricos, conceptos básicos y técnicas terapéuticas de los modelos de terapia breve sistémica: Modelo de terapia breve del Mental Research Institute (MRI) y Modelo de terapia breve orientada a las soluciones.

En el ámbito de la psicoterapia, podemos identificar dos grandes áreas, que son comunes a todos los modelos: la teoría y la praxis. A través del presente manual y video didáctico se pretende explicar estas dos áreas de los modelos de terapia breve del MRI y el orientado a las soluciones.

En la parte teórica del manual se explica de forma breve algunos principios rectores de la terapia breve: el contexto en que se desarrolló, así como algunos datos de sus principales representantes: el grupo del MRI, Steve de Shazer y Bill O'Hanlon.

En la parte práctica, se describirán a partir de casos clínicos ficticios las principales técnicas presentadas por ambos modelos de terapia breve, con respecto a la terapia breve del MRI se describen de manera general los cinco intentos de soluciones fallidas que conforman un problema, así como las cuatro intervenciones generales descritas en el libro de *La táctica del cambio*, aquí se

parte de una de las ideas básicas en este modelo: las soluciones intentadas por las personas que llegan a terapia son las que conforman el problema; con relación al modelo orientado a las soluciones, se explican los principales momentos de la primera sesión de terapia y se pone el foco de atención acerca de la conversación terapéutica que facilita esta visión orientada hacia las soluciones, a través de diversas técnicas, intervenciones y aspectos del lenguaje del terapeuta.

El presente manual contribuye a la enseñanza de los modelos de terapia breve sistémica, teniendo como objetivo principal, que de una forma sencilla y a través de casos prácticos se pueda lograr una mejor comprensión de su aplicabilidad a la práctica clínica.

d) Cuadernillo: Línea del tiempo de la historia de la terapia sistémica

Objetivo:

Conocer los principales sucesos, representantes, obras que consolidaron el desarrollo de la Terapia Sistémica, identificando su ubicación temporal.

Población a quien va dirigida:

Estudiantes y profesionales de la psicología que estén interesados en conocer de forma introductoria aspectos relacionados a la historia de la terapia sistémica.

Justificación:

Se puede ubicar el inicio de la terapia sistémica en la segunda mitad del siglo XX, cuando la atención del proceso terapéutico empezó a situarse en el contexto familiar en lugar del individuo. Como cualquier disciplina que inicia, la terapia sistémica a través de los años ha desarrollado diversas perspectivas teóricas y prácticas que han fructificado en varios modelos de terapia. Con el fin de identificar cronológicamente el desarrollo de la terapia sistémica es que se ubican temporalmente en este cuadernillo los principales eventos que conforman la historia de la terapia sistémica.

HISTORIA DE LA TERAPIA SISTEMICA (fragmento)

Investigaciones, Trabajos, Encuentros y otros Sucesos	Año	Publicaciones y Conferencias
⇒ Bateson realiza estudios en la isla de Bali, de los cuales surge un esbozo de lo que después sería la teoría del doble vínculo.	1937 - 1939	
	1942 - 1945	⇒ Bateson asiste en New York a las <i>Conferencias Macy</i> . Se interesa por el estudio de la cibernética en las ciencias sociales.
⇒ Bertalanffy presenta la Teoría General de los Sistemas	1945	
⇒ Weakland, Haley, Satir, Fry, Watzlawick y Jackson forman equipo de trabajo:	1952	⇒ Conferencia Macy 9: <i>Cibernética</i> (marzo)
⇒ Introducen las ideas de la cibernética en las ciencias sociales (desarrollan la teoría del doble vínculo o doble atadura)		
⇒ Comienzo del Proyecto Bateson con John Weakland, Jay Haley y William Fry.		
⇒ Jay Haley se une al proyecto Bateson		
⇒ Jackson comienza sus trabajos con familias.		
⇒ Jackson se une al proyecto Bateson	1954	⇒ <i>The application of Cybernetics to Psychiatry</i>
⇒ Von Bertalanffy, Rapoport, Boulding, Gerard, fundan la sociedad para la investigación general de sistemas		⇒ <i>Special Techniques of Brief Hypnotherapy</i> (Erickson).
⇒ Bateson ubica a la enfermedad en el contexto de la relación de todos los miembros		
⇒ Se funda el <i>Mental Research Institute</i> (MRI) en Palo Alto, California	1959	
⇒ Don Jackson se interesa en aplicar las investigaciones sobre comunicación		
⇒ Llegada oficial de Fish al MRI	1962	⇒ Inicio de la revista <i>Family Process</i>
⇒ Se funda el <i>Instituto de la Familia</i> en Filadelfia	1964	⇒ <i>Conjoint Family Therapy</i> (Satir).
⇒ Se abre el primer programa de atención con enfoque sistémico en el Centro de Terapia Breve.		⇒ An anthology of the human communication (Watzlawick).
⇒ Ackerman funda el <i>Instituto de la Familia</i> en New York.		⇒ <i>The Confusion Technique in Hypnotherapy</i> (Erickson)
⇒ Salvador Minuchin es nombrado director de <i>Filadelfia Child Guidance Clinic</i> .	1965	

Investigaciones, Trabajos, Encuentros y otros Sucesos	Año	Publicaciones y Conferencias
<p>⇒ Haley llega a Filadelfia con Minuchin y junto con Montalvo trabajan con familias de grupos minoritarios.</p> <p>⇒ Creación del <i>Centro de Terapia Breve</i> en el MRI, se nombra a Richard Fish como director.</p> <p>⇒ Mara Selvini invita a Luigi Boscolo a trabajar con pacientes esquizofrénicos. Introducen el trabajo con familias y parejas y fundan el <i>Centro per lo Studio della Famiglia de Milán</i></p> <p>⇒ Muere Jackson.</p>	<p>1967</p> <p>1968</p> <p>1971</p>	<p>⇒ <i>Pragmatics of human communication</i> (Watzlawick, Beavin y Jackson).</p> <p>⇒ Se publica el libro de Jay Haley <i>Toward a Theory of Pathological Systems</i>, donde se habla sobre los triángulos perversos</p> <p>⇒ <i>The mirages of marriage</i> (Jackson), donde se utiliza el término parejas simétricas.</p>
<p>⇒ Queda constituido el equipo de Milán por Mara Selvini, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gian Franco Cecchin. Retoman aspectos teóricos del MRI.</p> <p>⇒ Jay Haley y Cloé Madanés fundan el Instituto de Terapia Familiar en Washington</p>	<p>1976</p>	<p>⇒ <i>How real is real?</i> (Watzlawick).</p> <p>⇒ <i>Problem Solving Therapy</i> (Haley).</p> <p>⇒ <i>Doble vínculo</i> (Sluzki y Ramsom)</p>
<p>⇒ Steve de Shazer y colaboradores fundan el <i>Brief Family Therapy Center (BFTC)</i> en Milwaukee</p> <p>⇒ P. Watzlawick invita a Von Foerster al MRI</p>	<p>1978</p>	<p>⇒ Ponencia "Terapia Breve: la familia tiene la solución", de Don Norum; estas ideas fueron reflejadas y desarrolladas posteriormente en métodos basados en las soluciones.</p>
<p>⇒ Muerte de Bateson</p> <p>⇒ Muerte de Erickson</p> <p>⇒ Minuchin abandona Filadelfia para ir a New York.</p> <p>⇒ Se separa el equipo de Milán, Selvini y Prata se dedican a la práctica terapéutica, mientras que Boscolo y Ceccin se enfocan al entrenamiento de terapeutas</p> <p>⇒ Giorgio Nardone funda el <i>Centro di Terapia Strategica (C.T.S.)</i> en Arezzo, Italia.</p> <p>⇒ Muere Virginia Satir.</p>	<p>1980</p> <p>1980s</p>	<p>⇒ Se publica el artículo <i>Hipotetización, circularidad y neutralidad</i> (Boscolo, Ceccin, et al)</p>
<p>⇒ Se separa el equipo de Milán, Selvini y Prata se dedican a la práctica terapéutica, mientras que Boscolo y Ceccin se enfocan al entrenamiento de terapeutas</p> <p>⇒ Giorgio Nardone funda el <i>Centro di Terapia Strategica (C.T.S.)</i> en Arezzo, Italia.</p>	<p>1987</p> <p>1988</p>	<p>⇒ Se publica el artículo <i>The reflecting team: dialogue and is published goal-dialogue in clinical work</i> (Andersen, T.)</p> <p>⇒ <i>Human systems as linguistic systems: evolving ideas about the implications for theory and practice</i> (H. Anderson y H. Goolishian).</p>
<p>⇒ Muere Harold Goolishian (n. 1924).</p> <p>⇒ Se funda The Taos Institute (Terapia conversacional): K. Gergen, S. McNamee, M. Gergen y D. Cooperrider.</p> <p>⇒ Muere Mara Selvini</p> <p>⇒ Muerte de Gianfranco Cecchin.</p>	<p>1990</p> <p>1991</p> <p>1999</p> <p>2004</p>	<p>⇒ <i>Narrative means to therapeutic ends</i> (White y Epston)</p>

3.3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria

a) Curso-taller: *Construyendo nuevos caminos en la familia (dirigido a padres y madres de familia)*

Institución: Escuela Primaria Anexa a la Normal "Luis Hidalgo Monroy".

Fecha: de octubre de 2002 a marzo de 2003

Duración: 2 horas semanales

Objetivos:

- Conocer pautas generales para ser aplicadas en diferentes situaciones familiares para el desarrollo integral de cada uno de los miembros de la familia.
- Favorecer que los padres y madres asistentes comprendan y valoren su papel en la familia para desarrollar la autoestima y propiciar una comunicación positiva con sus hijos.

b) Curso: *Desarrollando la toma de decisión en nuestros hijos (dirigido a padres y madres de familia)*

Institución: Escuela primaria "Héroes del Sur"

Fecha: marzo del 2004

Duración: 4 horas

Objetivos: Que los(as) participantes:

- Comprendan la importancia de apoyar a sus hijos e hijas para desarrollar habilidades para una toma de decisiones de manera autosuficiente.
- Desarrollen estrategias para poder apoyar a sus hijas e hijos en la toma de decisiones.
- Entiendan el concepto de sobreprotección y las formas de evitarla.
- Identifiquen los elementos de la creatividad y los beneficios de pensar de forma creativa.

c) Curso: *"Hábitos de Estudio" (dirigido a alumnos de 5º y 6º año)*

Institución: Centro Educativo Miguel Hidalgo

Fecha: mayo del 2004

Duración: 8 horas

Objetivos: se pretende introducir a los alumnos al conocimiento de algunos hábitos de estudios que pueden ser una alternativa para aprender de manera inteligente y poder desarrollar estrategias propias y habilidades de pensamiento. El propósito final es promover una eficiente adaptación al ambiente de aprendizaje y interactuar en éste de una forma creativa e inteligente.

3.3.3 Presentación de trabajos en foros académicos

a) Presentación del cartel de la investigación: La satisfacción marital y la intimidad en la relación de pareja de estudiantes de maestría en la UNAM

Foro académico: XXII Coloquio de Investigación, en el área de investigación y posgrado de la FES Iztacala.

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, 18 de noviembre de 2003.

LA SATISFACCIÓN MARITAL Y LA INTIMIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA DE ESTUDIANTES DE MAESTRÍA EN LA UNAM

Rocío Villanueva González, Francisco Javier Robles Ojeda y Sergio Mandujano Vázquez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM

INTRODUCCION.

Un aspecto de especial interés en el estudio de la relación de pareja son los factores que intervienen para una satisfacción positiva de ésta. En la presente investigación se consideró a la satisfacción marital como la forma en la cual cada miembro de la pareja percibe y siente a su relación y a su pareja (Cortés, Reyes, Díaz-Loving, Rivera y Monjaraz, 1994). El concepto de Intimidad es definido como el conjunto de sentimientos de cercanía, unión y vinculación en las relaciones de amor (Stemberg, 1990).

Con respecto a la repercusión en la satisfacción marital cuando uno de los miembros de la pareja realiza estudios de posgrado, algunas investigaciones indican efectos negativos, como pueden ser: problemas maritales (Gerstein y Russell, 1990), stress familiar (Gilbert, 1982), alto riesgo de divorcio (Sheinkman, 1988). Otros estudios encontraron resultados diferentes, por ejemplo Norton, Thomas, Morgan y Tilley (1998), encontraron que la influencia efectiva más simple fue el apoyo otorgado por la pareja del estudiante; por otra parte, Groves, Jo y Smith (2000) encontraron que aquellas parejas que percibían como satisfactoria su relación tenían una tendencia a seguirlo haciendo y aquellas que la percibían como no satisfactoria tendían a percibirla aún más insatisfactoria.



- **RESULTADOS:** En los resultados no existieron diferencias significativas entre sexo, status (estudiantes y sus parejas) y semestre en la percepción de la satisfacción marital. Se encontraron niveles altos en la percepción de la satisfacción marital y la intimidad (el puntaje medio de las respuestas fue 4 en una escala de 1 a 5), y una relación directa entre el nivel de intimidad y la percepción de la satisfacción marital.



METODOLOGIA

Participantes: La muestra fue constituida, por un total de 15 parejas casadas o que vivían en unión libre y que estuvieran viviendo en pareja. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico intencional, ya que se invitaron a los sujetos a participar en el estudio. Un miembro de cada una de las 15 parejas debió ser estudiante de las diferentes residencias del Programa de Maestría en Psicología Profesional de la UNAM. Las residencias son siete: Adiciones, Educación Especial, Evaluación Educativa, Medicina Conductual, Neuropsicología Clínica, Psicoterapia Infantil y Terapia Familiar.

Aparatos e instrumentos: Se incluyó un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos: edad, sexo, tiempo de la relación de pareja, número de hijos, y escolaridad (grado en la maestría). Para la medición de la satisfacción marital se utilizó el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM), elaborado por Cortés, Reyes, Díaz-Loving, Rivera y Monjaraz (1994). Este inventario es una escala tipo likert, que indaga las áreas más importantes de la satisfacción en la relación (interacción; físico-sexual; organización y funcionamiento; familia; diversión; e hijos) Para la medición de la variable intimidad se utilizó la Escala de Intimidad (Osnaya, 1999). Consta de 14 factores: área positiva de intimidad; intimidad negativa; respeto; altruismo; amistad con otras personas; aceptación; tolerancia; comunicación sexual; colaborar; el uno para el otro; temor; sexualidad emocional; fortalecer la relación; alejamiento-soledad.



OBJETIVO GENERAL.

El propósito del presente estudio fue determinar en qué medida la satisfacción marital y la intimidad son afectadas, cuando uno de los miembros de la pareja esta en un programa de maestría de la UNAM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Comparar los índices de satisfacción marital en los estudiantes de segundo semestre con los de cuarto semestre de maestría.
- Comparar los índices de intimidad en la relación de pareja marital en los estudiantes de segundo semestre con los de cuarto semestre.
- Determinar si los índices de satisfacción marital son menores en las mujeres, de las parejas en los que uno de los integrantes está realizando estudios de posgrado.
- Determinar si la pareja de los estudiantes de maestría percibe una menor satisfacción marital que el integrante que realiza estudios de maestría.



CONCLUSIONES

Una posible explicación a los resultados, es que una buena relación de pareja y una percepción positiva de la satisfacción marital e intimidad pueden ser elementos importantes para la decisión de ingresar a un posgrado de tiempo completo, ya que esto implica recibir apoyo, comprensión y compartir logros en el desarrollo profesional, es decir, a pesar de que puedan existir problemas por este cambio en la vida de la pareja, estas situaciones serán percibidas de manera diferente, por ejemplo, como retos u obstáculos a vencer.

Rocío Villanueva González
e-mail: roviglez@yahoo.com.mx
Francisco Javier Robles Ojeda
e-mail: solucion20@hotmail.com
Sergio Mandujano Vázquez
e-mail: teto@puma2.zaragoza.unam.mx

b) Se participa como analista –con base en la teoría construccionista- en el Foro académico: Cine Debate: La mirada del terapeuta en el cine.

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (Junio de 2004).

Objetivo del evento: Conversar acerca de historias cinematográficas desde diferentes perspectivas teóricas relacionadas con la terapia familiar

a) Ponente de las investigaciones: La resignificación en el proceso de convertirse en madre adolescente y Resignificación en el proyecto de vida y redes de apoyo en mujeres con la experiencia de embarazo en la adolescencia.

Foro académico: IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud organizado por la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA).

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, 1º de diciembre de 2004.

Resumen:

La resignificación en el proceso de convertirse en madre adolescente

Francisco Javier Robles Ojeda
Rocío Villanueva González
Iris Xóchitl Galicia Moneda

El objetivo de la presente investigación es identificar la transformación de los significados que ocho mujeres -quienes fueron madres adolescentes- tienen hacia la sexualidad, relación de pareja, embarazo y maternidad, para lo cual se realizó una entrevista a profundidad. Su edad oscilaba entre los 17 y 23 años al momento de ser entrevistadas y sus hijos tenían como promedio tres años y medio de edad.

Respecto al tema de la sexualidad, comentan que no se podía hablar de este tema abiertamente en su familia y con los amigos se tomaba de “relajo”. La sexualidad era idealizada, pues opinaron que estaba relacionada con el amor. Ellas perciben una diferencia entre la forma de conversar y vivir la sexualidad entre hombres y mujeres, éstos, la ejercen más activamente y se les promueve socialmente, ocurriendo lo contrario en las mujeres. Con respecto a la educación sexual, piensan que es importante para prevenir embarazos tempranos y que debe abarcar más temas, darse con más continuidad e incluir a la familia de los adolescentes.

Los sentimientos generados en la mayoría de las entrevistadas al conocer su embarazo fueron desagradables: confusión, miedo, frustración o enojo. Con respecto al trato de los demás,

existieron cambios hacia ellas, predominó un mayor cuidado, preocupación, delicadeza y comunicación.

La relación de pareja era percibida antes del embarazo como positiva, tranquila y armoniosa; pero después del momento de saberse embarazada dicha relación se transformó, produciendo un alejamiento y separación de la pareja. Las causas atribuidas a ello son distintas, y la familia de origen vuelve a ser la fuente de mayor influencia en las nuevas madres

Antes de ser madres tenían una idea positiva acerca de la maternidad y también la consideraban difícil, actualmente mencionan que la disfrutan a pesar de que deben asumir mayores responsabilidades de las que pensaban.

La reacción de saber que estaban dejando de ser niñas para convertirse en mujeres y madres en breve tiempo, fue de sentir miedo y/o desconcierto, debido a que sus proyectos personales, académicos y laborales ya no se cumplirían como se habían planeado.

Resumen:

Resignificación en el proyecto de vida y redes de apoyo en mujeres con la experiencia de embarazo en la adolescencia

Francisco Javier Robles Ojeda
Rocío Villanueva González

El objetivo de esta investigación fue comprender la experiencia del proceso de transformación del proyecto de vida y sus redes de apoyo que tuvieron ocho mujeres que fueron madres durante la adolescencia y cuya edad al momento de entrevistarlas oscilaba entre los 17 y los 23 años de edad. A cada una de ellas se les realizó una entrevista profunda permitiendo comprender el significado que le dan a estos cambios sucedidos ante su embarazo, entre los que destacan tener que asumir responsabilidades nuevas, como ser madre de familia, como esposas en algunos casos y en otras de ellas como madres solteras, con la obligación apremiante de realizar actividades laborales fuera del hogar, lo que fue un factor determinante para las características de sus nuevas redes de apoyo, que en su mayoría dejaron de ser tan importantes como hasta antes de sus embarazos y para replantear su proyecto de vida, que ahora contempla en la mayoría de los casos el bienestar de sus hijos o de su pareja, dejando en un segundo plano sus aspiraciones personales. En sus relatos se aprecia como las personas cercanas con las que se relacionan –pareja, amigos, padre, madre, familia, etcétera- son un factor importante en el rumbo que retoma la vida de estas jóvenes después del nacimiento de sus hijos, donde en la mayoría de los casos se valora retomar los proyectos de desarrollo personal, sin embargo se presentan circunstancias que obstaculizan poder llevarlos a la práctica. Es interesante como a través de sus respuestas se aprecian diversas ideas que reflejan discursos de género acerca de lo que debe ser, pensar y sentir una mujer en su rol de madre y pareja, las cuales van desde una postura tradicional hasta las que postulan una relación equitativa entre la mujer y el hombre en la pareja.

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS: DE LA ÉTICA PROFESIONAL A LA ÉTICA RELACIONAL

Acerca de la ética y la moralidad

La ética se constituye en la preocupación por las consecuencias que tienen las acciones de uno sobre otro, y adquiere su forma desde la legitimidad del otro como un ser con el cual uno configura un mundo social

Humberto Maturana y Sima Nisis (1992, p. 247)

La palabra ética proviene del latín “ethos”, que significa “comportamiento o costumbre” y moral del latín “mores” que significa “costumbre-más bien”. Marnoff (2001) comenta lo siguiente acerca de la diferencia y la relación entre la ética y la moral:

La ética se refiere a una teoría o sistema que describe qué es el bien y, por extensión, qué es el mal... la moral se refiere a las reglas que nos dicen lo que debemos hacer y lo que no. La moralidad divide a los actos en buenos y malos. La moral tiene que ver con su vida personal... la ética se centra más en lo teórico... las reglas según las cuáles vivimos constituyen la moral; los sistemas que generan dichas reglas constituyen la ética (p. 302-303).

En el ámbito de la psicología, la moral se vincula con la práctica cotidiana del psicólogo, al afrontar diversas problemáticas o dilemas morales en las diversas áreas en que se encuentra –actividades terapéuticas, educativas, de investigación, etc. Esto ha representado una preocupación para los profesionales de la disciplina de la Psicología, lo que los ha llevado a desarrollar “códigos éticos” que sirvan de base para prescribir comportamientos morales deseables en el psicólogo.

La ética profesional

La ética, por supuesto, es parte de como pensamos y actuamos en todos los aspectos de nuestras vidas: no podemos separar de forma artificial la ética de nuestras vidas personales y la de nuestras vidas profesionales.

Harlene Anderson (2004)

Como ya se mencionó, al relacionarse el psicólogo de manera profesional con otras personas, se presentan constantemente diversas situaciones donde entran en juego la moral y la ética. En nuestro país los criterios que rigen el comportamiento del profesional de la psicología se basan en el Código Ético del Psicólogo elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP).

Los ámbitos que aborda el Código Ético del Psicólogo (SMP, 1993) son los siguientes:

a) *La competencia y honestidad del psicólogo*: se refiere a la necesidad de que el trabajo que realiza el psicólogo se base en actitudes, habilidades y destrezas desarrolladas a partir de una preparación académica, actualización constante y experiencia profesional. La actitud del psicólogo deberá ser realizada con veracidad, reconociendo sus alcances y limitaciones en cualquier ámbito de su actividad profesional.

b) *La calidad de la valoración y/o evaluación psicológica y de las intervenciones psicológicas*: se refiere al buen uso de evaluaciones o técnicas terapéuticas, se menciona que estas deben ser apropiadas y “científicamente” confiables y validas y que el psicólogo será responsable de su aplicación, resultados y consecuencias que conllevan su aplicación.

c) *La calidad de la enseñanza/supervisión e investigación*: en lo que respecta a la enseñanza/supervisión se afirma la necesidad de desarrollar conocimientos teóricos y prácticos adecuados a la formación que se proporcione, la responsabilidad que tienen los docentes y supervisores con respecto a las actividades de sus enseñantes; con respecto a la investigación se menciona acerca de la responsabilidad acerca de realizarla de forma competente, manejar de forma veraz los resultados emanados de ésta y ser respetuosos con sus participantes.

d) *Acerca de la comunicación de resultados de valoraciones o investigaciones*: se refiere acerca de la necesidad de que el psicólogo informe de manera adecuada los resultados de cualquier práctica psicológica a sus clientes o de sus investigaciones a la comunidad a quien va dirigida. El psicólogo debe responsabilizarse acerca de las consecuencias que tienen estos resultados.

e) *Confidencialidad de los resultados*: se hace mención a la obligación que tiene el psicólogo de guardar y proteger la información que obtiene en sus relaciones profesionales –ya sea como terapeuta, investigador, etc.– con el propósito de proteger la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario.

f) *Acerca de las relaciones que tienen el psicólogo*: se hace mención acerca de la responsabilidad que tiene que asumir el psicólogo en cualquier relación que sostenga derivada de su actividad profesional, ya sea como autoridad, con los pacientes, con sus colegas y otros profesionales y con la sociedad y la humanidad (Aluni, 2004; García, 2004).

La ética relacional: aportaciones de las posturas sistémico-construccionistas

Conviene considerar a lo ético como fenómeno cultural colectivo. Esto quiere decir, que se inscribe en una sociocultura específica en el tiempo y en el espacio... necesariamente encarnado en una sociedad específica. Lo ético así... tiene un rostro humano en toda su diversidad de tiempo y espacio.

Luis Leñero (2002, p. 77).

A través de la práctica cotidiana se presentan múltiples situaciones en la práctica terapéutica que implican tomar en cuenta estas consideraciones éticas, que en diferentes situaciones deben ser reconsideradas debido a cada situación específica. ¿Cómo se vinculan estas consideraciones con el contexto del terapeuta que basa su labor terapéutica en enfoques sistémicos?

Algunos autores que basan su trabajo en enfoques sistémicos y construccionistas han realizado diversas consideraciones con respecto a las prácticas éticas que históricamente han regido el comportamiento del psicólogo.

Desde la visión sistémica, nociones como la cibernética de 2º orden, el constructivismo y el construccionismo social o la posmodernidad, nos permiten rebasar la concepción tradicional que separa al observador de lo observado y la noción de verdades objetivas, haciendo énfasis en conocimientos construidos socialmente que pueden ser buenos o malos de acuerdo a un contexto específico, la crítica hacia las grandes narrativas y a las verdades "objetivas".

Visión posmodernista de lo ético

Los enfoques sistémicos empiezan a cuestionar a los discursos modernistas, los cuales se caracterizan por asumirse como objetivos y universales y desatender los aspectos subjetivos y específicos de cada situación en particular. Estos tipos de discursos buscan una legitimización científica a través de la racionalidad y la objetividad, al respecto Gergen menciona lo siguiente:

La supervivencia de la especie y la racionalidad científica en particular consiste en suponer que existe una forma de ser humano que, en virtud de la observación y la razón, está efectivamente dotado para construir la sociedad moralmente buena. Esta concepción del ser humano – racional, observador y, por consiguiente, capaz de realzar la condición humana – ha pasado a ser dominante en el presente siglo (Gergen, 1996, p. 131).

En los preceptos o códigos éticos que se desarrollan a partir de esta visión moderna, también se busca que estén basados en este proceso científico, para asegurar su “objetividad” y “universalidad”, en este sentido, se deben de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

El adecuado funcionar en las ciencias, en la vida cotidiana, requiere observar, razonar y planificar, así como poner a prueba hipótesis en el mundo... el individuo singular está destinado a actuar como otros han ideado, y éstos a su vez, como otros han dictado. En ningún punto se hace posible una deliberación sin trabas sobre el bien (op cit, p. 132).

Al asumir la perspectiva de la cibernética de 2º orden se considera esta objetividad del observador como imposible, al necesariamente ser parte de lo observado e influir y ser influido por éste, a su vez, la postura posmoderna retoma esta crítica con respecto a la objetividad y la universalidad de los discursos profesionales, en este caso, acerca de lo que debe ser considerado como moral o inmoral o ético y no ético. A lo largo de los artículos del CEP (1993) se puede apreciar esta postura acerca de que el poseer estos “saberes científicos” son una garantía absoluta de poder desempeñarse de forma correcta; como ejemplo, esta lo mencionado en los siguientes artículos:

Artículo 1º: Los servicios, la enseñanza y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o profesional que haya recibido formalmente (p. 47).

Artículo 31. El psicólogo basa sus conclusiones, recomendaciones e intervenciones en resultados confiables y válidos de investigaciones científicas, valoraciones y diagnóstico psicológicos (p. 55).

Concebir lo ético desde esta postura nos puede llevar a diversos dilemas, ya que el psicólogo en su trabajo terapéutico entra en relación con un sinnúmero de personas con historias diferentes, lo que da por resultado relaciones únicas con características diferentes que ameritaran acciones diferentes. Por ejemplo, Leñero comenta lo siguiente acerca de esta diversidad de relaciones:

Los contrastes entre los usos y costumbres adoptados por determinadas culturas y subculturas dentro del país... suelen entrar en conflicto con la ética racionalizada de la cultura moderna; por ejemplo de la formación profesional y científica, de la visión humanista-secular, o de las políticas oficiales (Leñero, 2002, p. 79)

Otra problemática de esta visión moderan, es que las normas, principios y valores asumen una cualidad "atemporal", cosificándose y percibiéndose como algo permanente, sin tomar en cuenta que en algunos contextos pueden perder su significado inicial. Keneth Gergen (1996) comenta que estos principios morales se vuelven abstractos y que su principal problema es que "están vacíos de contenido significativo... sus definiciones se mueven también en el ámbito de lo abstracto, sin lograr indicar cuándo, dónde y cómo se aplican" (p. 134-135).

Lo ético como una construcción social comunal

En contraste a la postura objetiva y universal, se plantea la necesidad de reconocer a los "códigos éticos" como una forma de conocimiento construido socialmente "a través de un consenso dentro de un contexto social, histórico y cultural en una época determinada" (Anderson, 2004), lo cual implica considerar a los valores y principios que generaron dichos preceptos éticos, como producto de dicho contexto, susceptibles a variar de acuerdo a otras circunstancias y no como "entes" permanentes y estáticos.

Desde esta perspectiva construccionista, se considera que los significados se presentan solamente dentro de una relación social, por ende, lo ético se construye también solo dentro de estas relaciones, esto significa que.

Sólo las personas en relación pueden sostener (y ser sostenidas por) un enfoque de la acción moral... la moralidad no es algo que uno posea dentro, es una acción que posee su significado moral sólo dentro del ámbito particular de la inteligibilidad cultural... una vida moral, por consiguiente, no es una cuestión de sentimiento individual o racionalidad, sino una forma de participación comunitaria (Gergen, 1996, p. 136-137).

Es interesante apreciar como en el mismo Código Ético del Psicólogo (1993) se hace especial énfasis en esta responsabilidad del terapeuta al relacionarse con sus consultantes, en los casos en que estos últimos pertenecen a un grupo indígena o a etnias, es decir, donde existen de forma clara diferencias socioculturales, algunos ejemplos son los siguientes:

Artículo 13. El psicólogo que ofrece servicios a los pueblos indígenas de México respeta sus derechos, *manteniéndose alerta* en todo momento de posibles diferencias culturales con respecto a la suya propia, y realiza todo lo que está a su alcance para educarse, comprender, interpretar y hacer recomendaciones, en consideración a su contexto cultural (p. 50).

Artículo 32. *El psicólogo identifica* los casos en los que ciertas técnicas o procedimientos de intervención no sean aplicables o requieran de ajustes para su

uso debido a factores tales como el género, edad, raza, origen étnico, nacionalidad, orientación sexual, minusvalía, idioma o nivel socioeconómico de los individuos, y toma las medidas adecuadas para cerciorarse de su eficacia (p. 55).

Sin embargo esto podría llevarnos a los siguientes cuestionamientos: ¿no debería marcarse este mismo énfasis en toda relación con cualquier consultante?, ¿se debería presuponer que por pertenecer a una misma raza, religión, nacionalidad, etc., se compartirían los mismos valores? ¿qué esto posibilita al terapeuta a buscar que su consultante se “alinie” a los preceptos emanado de su “saber” psicológico?

Esta postura que se promueve en la relación del psicólogo con los grupos indígenas y etnias es importante debido a posibles riesgos de opresión que pueden sufrir. A mi parecer sería enriquecedor reflexionar acerca de esta especie de “responsabilidad en la relación terapéutica” con cualquier consultante.

Dentro del mismo código, encontramos de manera general en uno de sus artículos un precepto acerca de este respeto a la diversidad de las relaciones.

Artículo 90. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo respeta los derechos que otros tienen para sustentar valores, cultura, actitudes y opiniones diferentes a los suyos. Asimismo, no discrimina injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, idioma, nacionalidad, religión, orientación sexual, minusvalía, nivel socioeconómico o cualquier criterio proscrito por la ley (p. 75-76).

Estos artículos se pueden considerar como avances con respecto a considerar a lo ético como algo relativo de acuerdo a las circunstancias de cada relación, sin embargo, como se comentó anteriormente la mayoría de los artículos promueven una visión universal de estos, además de considerar al terapeuta como el poseedor único de los conocimientos necesarios para decidir cuando o no conducirse de una forma específica, por ejemplo en los artículos anteriores es el psicólogo el que “debe estar alerta” y el que tiene la capacidad “de identificar” estas situaciones, dejando de lado la voz de los consultantes.

Concepción recíproca de la construcción de lo ético

Se ha comentado que las prescripciones éticas se basan en una posición unilateralidad, donde se ha privilegiado la voz del psicólogo, quien es el que decide que es lo “bueno” o “malo”, lo “correcto” o “incorrecto” para el psicólogo y sus consultantes, dejando a un lado la perspectiva de estos últimos. Anderson comenta al respecto:

Para la mayor parte de los que vivimos en un mundo profesional donde el foco de la terapia se basa en criterios y códigos de éticas que son desarrollados por comités profesionales.... existe una construcción "invisible" y principios de nuestras prácticas cotidianas. Esto implica que se tomen en cuenta las voces de los profesionales, pero que también se incluyan las voces de nuestros clientes. Pensar la ética como una actividad comunal los invita a pensar acerca de la ética en contextos universales y locales, y de como esto incide para ambos en el contexto terapéutico (2004).

Esta concepción unilateral nos lleva a concebir a las personas como simples receptoras de nuestras decisiones éticas y a que el terapeuta centre su preocupación ética en una autovigilancia acorde a los "discursos oficiales" que han sido calificados por algunos como "tecnologías de poder" (Foucault, 1984; White, 2002b), relegando a un segundo plano las vidas e historias de las personas que lo consultan o como Gergen menciona:

A medida que los preceptos de cualquier grupo tienden a la universalidad, operan desacreditando los modos de vida de otros grupos y defendiendo la sustitución de sus tradiciones propias y sus costumbres populares (Gergen, 1996, p. 141).

Esto implica la necesidad de escuchar a todos los involucrados ante los dilemas éticos, en el caso del contexto terapéutico, no solamente a los "profesionales de la psicología" sino a los consultantes, volviendo audibles sus voces que históricamente han sido silenciadas en las posturas unilaterales. Michael White (2002b), llama a esta concepción recíproca como "práctica descentrada" ya que el discurso "profesional" deja de ser el centro principal, para incluir el discurso de los clientes, esto implica que:

En la práctica descentrada, los conocimientos y la conciencia del terapeuta... no son fundamentales como base para una revisión de los efectos reales de la conversación terapéutica sobre la vida y las relaciones de las personas que consultan... son precisamente los conocimientos y la conciencia de las personas que consultan a terapeutas los que aparecen como fundamentales, y por ende privilegiados, para estas consideraciones (p. 248).

Esta postura de considerar a todos los involucrados en la relación terapéutica en las consideraciones éticas que se presentan en la consulta, son consideradas por diversos terapeutas sistémicos y construccionistas, en este sentido McNamee y Gergen (1999) mencionan a la "responsabilidad relacional", Hoffman (2001) habla acerca de la "ética del cuidado", White (2002b) la considera como una "ética de la colaboración" y Anderson (2004) menciona la relevancia de considerarla como una "actividad comunal".

Los beneficios de esta postura ética -la cual es congruente con la del terapeuta sistémico-, es reincorporar la voz de los consultantes en la construcción de lo ético en la terapia:

La ética como una actividad comunal invita a la consideración de la importancia de la ética como local y mutuamente determinada por la gente que esta en ella involucrada -clientes y terapeutas- y en específico para sus participantes y sus situaciones y circunstancias. Algunas situaciones y circunstancias pueden cambiar esta ética contextual y viceversa (Anderson, 2004).

Con esto, se retoma la atención en las características de la relación terapeuta-clientes, que como ya se mencionó, era desapercibida en ocasiones debido a la preocupación de centrar la atención en los "discursos oficiales". White menciona los siguientes beneficios de esta "ética de colaboración":

Al reunirse con otros, dentro de un espíritu de colaboración, para realizar múltiples acciones que contribuyan a generar posibilidades... se atribuye especial significación a muchos acontecimientos de las vidas de las personas que de otro modo serían irrelevantes, no tendrían importancia... al apartarse de los principios globales y de las normas universales, los terapeutas pueden llegar a ser más responsables ante las personas que los consultan por el desarrollo de una comprensión de la tarea que tienen entre manos, por el desarrollo de una conciencia de los contextos de las vidas de las personas, y por el desarrollo de una apreciación de cuáles son los principales efectos reales preferidos de la conversación terapéutica (White, 2002b, p. 243).

La ética en acción: ejemplos de la práctica terapéutica

Nos parece violento caer en afirmaciones como "esto es la verdad", "las cosas son así", "yo sé lo que te conviene". Pareciera ser entonces que el experto en el problema y en las soluciones que vive y busca el cliente es el terapeuta... ¡y no el propio cliente!

Riveros, Avalos, Cadena y Gómez (2001 p. 38).

Durante la práctica terapéutica las situaciones donde estas reflexiones éticas inciden en acciones en el escenario terapéutico. Estas son algunas situaciones que se presentaron en la relación del terapeuta con los consultantes a lo largo de los semestres y que de alguna manera se vinculan con las reflexiones ya mencionadas.

Confidencialidad del contenido de las sesiones (atención a personas que laboran en la FES Iztacala)

Es común que los servicios que se proporcionan en la FES Iztacala tengan como usuarios a personas que vivan en la comunidad, así como trabajadores, docentes o estudiantes de la misma FES. Durante este semestre tuvimos dos casos de este tipo, en uno de estos casos me tocó ser el terapeuta asignado, donde la cliente tenía su trabajo en la FES Iztacala, en otro caso la cliente era estudiante de una de las carreras que ahí se imparten.

Además de manifestar la confidencialidad de forma escrita, me parece que este tipo de casos, conlleva a un manejo ético más estricto, por cada uno de nosotros, ya que es común que entre el equipo de terapeutas comentemos algunos aspectos de la sesión en espacios extra-terapéuticos, dado que la atención se proporciona a personas de la comunidad, tenemos cuidado acerca de la posibilidad de realizar comentarios en espacios donde por alguna razón alguien pudiera oír alguna información, además de tomar en cuenta la posibilidad de encontrar a dichas personas afuera de la clínica y pensar acerca de la posición que se debe asumir si se da esta situación. Esto nos hace ser especialmente cuidadosos en tomar medidas que preserven la confidencialidad de lo relatado en las sesiones de terapia.

Acuerdo y respeto con respecto a la solicitud de permiso para videogravar y la información de las condiciones de trabajo.

Otro aspecto relacionado con la confidencialidad y la tranquilidad acerca del contenido de las sesiones de la terapia, es la solicitud de permiso acerca de las videograbaciones, además de informarles acerca del modelo de trabajo, que implica la compañía del equipo de terapeutas y supervisores. Desde mi perspectiva, es importante estos dos aspectos, hay puntos de vista acerca de informar el procedimiento de videograbación y no pedir autorización, sin embargo creo que si es un aspecto que pueda negociarse en un caso extremo, por ejemplo en uno de los casos observados en primer semestre la cliente se negó a ser grabada, el equipo discutió este punto y se le atendió, con respecto al equipo, por obvias razones, al ser parte de la práctica clínica, es algo que se informa y no se pide autorización, así es la modalidad de trabajo y no esta sujeto a negociación, sin embargo es importante informarlo desde la llamada telefónica para que el consultante tenga conocimiento de esto.

Postura del terapeuta con respecto a las percepciones o los puntos de vista de los clientes en las sesiones.

En una conferencia se discutió acerca de la postura del terapeuta ante los clientes, con respecto a concebir a los terapeutas posmodernos como respetuosos y la posibilidad de que los demás terapeutas fueran irrespetuosos con sus clientes, sin embargo se llegó a la afirmación acerca de no concebir la respetuosidad como lo describe el enfoque colaborativo, sino como una “congruencia” entre el modelo o la visión del terapeuta y lo realizado en las sesiones (London, 2002, comunicación personal), sin embargo, ¿qué pasa cuando existe un equipo de terapeutas con diversas visiones?, me parece que como terapeutas es “dividir al equipo”, más que como estrategia terapéutica, como congruencia con su visión.

En un caso, la cliente al contestar una pregunta del terapeuta hacia su percepción del futuro con respecto a su desempeño escolar manifestaba la seguridad en resultados positivos, aclaro, que mi posición no era creer que esto sucedería forzosamente, pero si creía en la veracidad en ese momento específico acerca de su predicción y si creía que estaba realizando acciones que la podrían conducir a ese futuro, debido a esto y para ser congruente con la misma teoría y la terapia, decidí no adherirme a la visión manejada detrás del espejo a que el futuro seguiría con “descalabros” en las materias escolares, sin embargo, como parte del equipo también sentí la responsabilidad de evitar invalidar esta visión alterna, por lo que a pesar de no compartir esta idea, se le ofreció a la cliente como una posibilidad y no una certeza ambas ideas.

Considerar a los consultantes como “expertos”

Un aspecto importante en la terapia son los espacios para la reflexión de los mensajes que se darán a los consultantes al final de cada sesión, ya que en varias ocasiones se entremezclan diversas posturas de los integrantes del equipo terapéutico. En uno de estos espacios se presentó una situación que se podría denominar como “discurso profesional vs. Discurso local del consultante”. La situación fue la siguiente: durante una sesión a la que asistía una chica de 16 años, ella había comentado que actualmente se sentía bien en su vida actualmente, a pesar de que se comentaba en el equipo que aún seguía en algunos aspectos “cuidando” a su hermano menor y sin una “gran” red de amigos, atributos que de acuerdo con el desarrollo “normal” del ciclo de vida, son vistos como negativos en el adolescente. Al momento de la discusión en equipo se planteó el dilema acerca de lo que “debía” alcanzar la chica de acuerdo a su edad (“dejar de cuidar a su hermano” y “ser más amigüera”) pero también se planteó que esto no debería concebirse como algo indispensable para que una adolescente “estuviera bien” en su vida, ya que esto eran solamente parámetros marcados por una teoría, en este

caso, la del ciclo vital, se reflexionó acerca de la importancia de reconocer el propio sentir de las personas, en este caso de la chica, acerca de la evaluación de su propia vida. Estas posturas diversas ayudaron al terapeuta a voltear hacia la vida de su consultante, sin descartar lo que el sentía y pensaba de lo sucedido en la sesión, pero privilegiando la evaluación de la chica y concibiéndola como “experta en su propia vida”.

Darle “voz” o darle “espacio para escuchar” a asistentes nuevos en la sesión.

En una segunda sesión, asistió la Sra. Irma quien había asistido a la primera sesión, sin embargo ahora no asistió sola, sino que era acompañada por su hija de 20 años, con la cual tenía algunos conflictos personales. Su asistencia no había sido contemplada de forma previa por el terapeuta ni el resto del equipo. Al inicio de esta segunda sesión se dispuso a conversar con Irma acerca de lo sucedido en el período intersesión. A lo cual se le dedicó completamente los primeros minutos de esta sesión. Esto causó polémica en algunos integrantes del equipo, debido a que se consideraba que esto evitaba establecer un “joining” con la nueva asistente a la terapia, debido a que no se le estaba dando un espacio para su voz o realizando interacciones entre ella, el terapeuta y su madre, como indicarían algunos modelos terapéuticos como el estructural. Esto implicaba el siguiente dilema: ¿al escuchar la conversación del terapeuta con su madre se consideraba que se estaba dejando aparte a la hija? O bien, se podría considerarle como una escucha activa de este diálogo, donde se desarrollaría un diálogo interno y reflexivo, en este caso, la postura del terapeuta y de otra parte del equipo era esta segunda opción, donde se concebía que, aunque en esos primeros minutos no se conversará con la hija, no se le estaba relegando de la conversación o se le estaba restando tiempo a su participación, esta controversia llevó al equipo a esperar y seguir escuchando como transcurría la sesión (en algún momento se propuso hablarle al terapeuta para plantear que se interactuara más con la hija). Posteriormente de hablar con la madre en los primeros minutos se retomó la conversación con la hija. Desde la posición del terapeuta y la familia, se intuía un ambiente de comodidad de la hija y la madre en la terapia, lo cual fue corroborado por ambas al término de la sesión y en las sesiones subsecuentes.

Posibilidad de participación de estudiantes en entrenamiento.

En algunos espacios de supervisión se comentaba la dificultad acerca de realizar dentro de la sesión diversas formas de trabajo en las cuáles no se había tenido demasiada experiencia, por ejemplo el uso del equipo de reflexión (ER). En este caso, los modelos teóricos que se tomaban como base para el ER se revisaban hasta el 4º semestre del programa de Maestría. Sin embargo, los mismos terapeutas que utilizan en su trabajo terapéutico el ER (Andersen, 1994),

promueven su uso, incluso con profesionales y no profesionales de la psicología (los mismos consultantes o exconsultantes), solamente recomendando algunos lineamientos básicos. Durante el 3er semestre se tuvo la oportunidad de llevar a la práctica el ER, no solamente con los terapeutas en entrenamiento de este semestre, sino también con miembros del 1er semestre, ya que en ese período estaban incorporados en los equipo con la función de observadores. Ambos equipos contaban por lo menos con conocimientos básicos acerca del trabajo con el ER. En este caso se planteó la posibilidad al equipo de realizar este trabajo, lo cual fue aceptado positivamente. Posteriormente del trabajo con el ER se realizó una "reflexión" acerca de nuestra experiencia con esta forma de trabajo e incluso se tuvo la oportunidad de escuchar las propias reflexiones en la videograbación, lo que permitió una retroalimentación acerca de esta forma de trabajo. Así mismo, la familia comentó acerca del beneficio de contar con esta diversidad de comentarios.

Cliente, paciente o persona que viene a terapia.

Un aspecto que causó polémica dentro de la sesión terapéutica fue la concepción acerca de quién debería contemplarse para recibir un documento terapéutico, desde el contexto de la terapia narrativa (White y Epston, 1993). Este dilema se presentó después de una sesión donde solo había asistido la hija mayor de la familia a conversar con el terapeuta. En el período intersesión, donde se contacto con ella telefónicamente para pedirle la realización de una tarea propuesta por el equipo, el terapeuta le cuestionó acerca de la utilidad que tendría para ella recibir un escrito con algunas reflexiones acerca de lo conversado con ella en la sesión pasada, lo cual le pareció de utilidad. Esta carta se le entregó personalmente en la siguiente sesión, a la que asistió con su madre, se le comentó que contenía algunas reflexiones producidas de la conversación pasada y que la leyera en su casa. Esto planteó el siguiente dilema dentro del equipo de terapia: ¿debería leerse la carta enfrente de la madre y la hija?, ¿no leerla se podría percibir por parte de la madre como dejarla a un lado en la terapia?, estos cuestionamientos se propusieron por parte de los integrantes que pensaban que era necesario leer la carta en la sesión, otra parte del equipo, entre los que se encontraba el terapeuta asignado, planteaba que el contenido de la carta se construyó con un propósito reflexivo hacia la hija, más que interventivo a nivel familiar, y con base en lo conversado en la sesión pasada, donde no se encontraba la madre, por lo que se pensaba que era conveniente no leer la carta en la sesión, la cual podía compartir en su contenido en su hogar o en la próxima sesión. Esto le fue comentado a la madre y se respetó el diálogo entre la terapeuta y la hija, respetando a los demás integrantes de la familia, aunque la destinataria de la carta fuera solamente la hija.

Uso de evaluaciones, certificados y fin de la sesión

Un aspecto que dentro del ámbito sistémico no representa un dilema ético es el uso de diversas técnicas o herramientas terapéuticas, donde la responsabilidad de su utilización, aplicación y valoración es compartida con los consultantes. Sin embargo, esto podría representar un dilema en otros modelos desde la visión tradicional del ámbito psicoterapéutico, que como ya se mencionó en la primera parte de este trabajo, menciona la necesidad de la evaluación por parte de los profesionales necesariamente a través de valoraciones científicas y objetivas.

Dentro del ámbito sistémico, se promueve la participación activa del consultante, no sólo en lo ético, como ya se ha comentado, sino en la práctica terapéutica. Un ejemplo de esto es el uso de las preguntas de escala (de Shazer, 1999), donde el que evalúa los avances en la terapia es el propio consultante, otro ejemplo de esto es lo que Epston y White (1994) denominan como "entrevista de asesoramiento", donde el consultante se vuelve el propio asesor del terapeuta, con respecto a lo que ha realizado a lo largo de la terapia. En ambas situaciones el terapeuta se convierte literalmente en el aprendiz del consultante, al buscar indagar y comprender acerca de lo que éste ha realizado para avanzar en sus objetivos personales en la terapia. Otro ejemplo de esta concepción del consultante "experto" es cuando se decide que el proceso de terapia ha llegado a su fin, lo cual es resultado de una decisión conjunta del equipo terapéutico y los consultantes, siendo privilegiada la voz del cliente cuando decide que los avances, cambios o posibilidades que se han generado en su vida son suficientes para dar por terminado el proceso de terapia.

Plan de terapia, del terapeuta y del consultante

Un dilema que se presenta de forma constante en la práctica terapéutica es la decisión acerca de cuál es el rumbo adecuado que debe asumir el terapeuta en la sesión, esto conlleva el análisis de los modelos y las posibles intervenciones a desarrollar. Sin embargo existen posturas terapéuticas o situaciones que privilegian las "agendas" o propósitos de los consultantes. En una situación, la consultante comentó al inicio de la sesión la muerte de un familiar muy querido para ella, lo que llevo a la conversación de esta sesión a centrarse en este tema, dejando a un lado el "plan oficial de terapia". En esta conversación, se tuvo la oportunidad de introducir preguntas sugeridas por diversos modelos terapéuticos, pero todo a través de los temas planteados por la cliente. De este modo se privilegió la "agenda" del cliente.

En otra situación el resultado fue distinto, ya que una compañera del equipo decidió "escuchar" a la cliente durante la sesión y no intervenir tan "activamente"

como era su costumbre en las sesiones, esto llevo al equipo de supervisión a comentar esta "extraña situación en ella" y preguntarle por qué no había intervenido como lo hacía comúnmente. Tal vez se pudo invitar en esa ocasión a relacionar esta forma distinta de relacionarse con la cliente para realizar nuevas formas de hacer la práctica terapéutica.

Reflexiones finales

Como primer punto es importante comentar que esta concepción sistémico-construccionista podría llevar a pensar que esta postura postula una "amoralidad" o que deja a un lado toda discusión acerca de lo ético; esto nos lleva a la reflexión de que no se pretende dejar de reconocer los motivos por los que surgen los criterios que subyacen en el Código Ético del Psicólogo: salvaguardar a los usuarios de un servicio psicológico de consecuencias negativas debido a un desempeño erróneo del psicólogo. En este sentido, Gergen menciona lo siguiente:

Lo que está en juego en este tipo de casos no son los principios –puede que permanezcan inflexibles- sino el hecho de que las cuestiones de cómo y cuándo se aplican se encuentran en movimiento continuo. En este sentido, las convenciones culturales no están en oposición con los principios morales trascendentales; más bien, sin esta determinación social del significado, principios como éstos dejan de ser oportunos (Gergen, 1996, p. 136).

Lo que se promueve es evitar la concepción de universalidad y objetividad de estos preceptos éticos, además de incluir el discurso de todos los participantes del contexto terapéutico. El mismo Gergen aclara lo siguiente.

El construccionismo no intenta en sí mismo establecer o instituir un código ético ni a nivel psicológico ni filosófico. Más bien, intenta poner entre paréntesis "el problema de los principios morales" favoreciendo en su lugar una exploración de aquellas prácticas relacionales que permiten que las personas alcancen lo que entienden por una "vida moral". La pregunta no es tanto "¿qué es el bien?" sino más bien, dada la heterogeneidad de los mundos de las personas, "¿cuáles son los medios relacionales con los que se pueden desplazar hacia condiciones mutuamente satisfactorias?" (op cit, p. 147).

Esto lleva al planteamiento de una co-construcción de la ética dentro de la relación que tienen los involucrados en la terapia –terapeutas y consultantes-, basados en las características específicas de cada caso, tomando en cuenta además de las consideraciones éticas "oficiales" de la psicología, la de los clientes y del terapeuta mismo en esta relación.



CUARTA PARTE

*ANÁLISIS TEMÁTICO PARA
LA PRESENTACIÓN DEL
EXAMEN DE COMPETENCIAS*

4 PRÁCTICAS CONSTRUCCIONISTAS EN LA TERAPIA: CONVERSACIONES QUE INVITAN A LA MULTIVOCALIDAD, LA MULTITEMPORALIDAD Y LA GENERACIÓN DE POSIBILIDADES

Una perspectiva posmoderna y derivada del construccionismo social invita a la autorreflexión sobre nuestras creencias tradicionales... invita a oír múltiples voces, la diversidad y las diferencias; invita a entablar relaciones colaborativas; a devolver a nuestra profesión su vitalidad y entusiasmo; invita a establecer conexión con contextos y problemas sociales y culturales más amplios y a responder a ellos.

Harlene Anderson (1999b, p. 27).

Ya se ha mencionado acerca de la transformación que sufrió la psicoterapia a través de las aportaciones de los teóricos de la llamada terapia familiar con enfoque sistémico. En síntesis podemos identificar tres etapas: a) el interés por abordar al grupo familiar, en lugar de enfocarse al trabajo con un solo individuo; b) adoptar una visión sistémica-cibernética, donde el interés se centra acerca de las pautas de interacción entre las personas que interactúan en un sistema, en lugar de centrarse en el análisis intrapsíquico de las personas; y c) la adopción de posturas que asumen una visión posmoderna-construccionista, en lugar del paradigma cibernético.

4.1 Transiciones de la terapia hacia el construccionismo

Del individuo al sistema familiar¹

Esta primera etapa esta caracterizada por el interés de los terapeutas por comprender la influencia de la familia en la problemática presentada en pacientes con trastornos mentales, por ejemplo la recaída de pacientes esquizofrénicos al regresar con su familia después de haberlos dado de alta. A pesar de que en esta etapa se empieza a tratar con familias, esta caracterizada por seguir basándose en teorías psicológicas con una perspectiva lineal, en su mayoría con base psicoanalítica.

Del sistema familiar a los sistemas cibernéticos

Esta etapa esta caracterizada por la inclusión de nuevas perspectivas que

¹ Para una mejor comprensión de la evolución de la terapia sistémica se remite al lector a la parte II del presente reporte, donde se profundiza en las características de los diversos modelos terapéuticos y sus bases epistemológicas.

ayuden a comprender las pautas interaccionales que se presentan dentro de los sistemas familiares. A partir de la adopción de enfoques como la Teoría de los Sistemas generales o la Cibernética de primer y segundo orden, es como se desarrollan nuevos modelos de terapia. Con respecto a la importancia de esta transición, Harlene Anderson (1999b) opina lo siguiente:

Este cambio representó el pasaje del conocimiento de la psicología y del uso de un lenguaje psicológico centrado en los atributos individuales del comportamiento humano como fenómeno intrapsíquico, a otro centrado en el contexto local del individuo o el sistema de sus relaciones interpersonales, o sea, la familia. La familia se convirtió en el tema principal de indagación, en la explicación de los problemas y en el objetivo de tratamiento (p. 21).

De los sistemas cibernéticos a los sistemas humanos

Una tercera transición en las terapias que se interesan en los aspectos relacionales de las personas, es asumir aspectos teóricos de diversas teorías sociales, principalmente del construccionismo social y la hermenéutica, además de ser influidos por el pensamiento posmoderno. Los modelos terapéuticos que asumen esta perspectiva centran su atención en el lenguaje y la conversación como el "vehículo" para generar significados diferentes con mayores posibilidades en los consultantes. Anderson y Goolishian (1996) comentan que de acuerdo a esta perspectiva, se concibe que "la gente vive, y entiende su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humanos" (p. 46).

4.2 Antecedentes de la postura construccionista en la teoría y práctica de la terapia sistémica

Al adoptar un enfoque sistémico en la terapia se pasa de una visión centrada en el individuo a una centrada en las relaciones, sin embargo en los modelos estructurales se enfatizaba la labor del terapeuta para intervenir en un sistema para modificarlo, es decir, a pesar de tomar en cuenta las pautas interaccionales de sus integrantes, se dejaba en un aspecto secundario el papel de los diversos integrantes del sistema –los consultantes, sus redes sociales y el mismo terapeuta– como constructores de diversas realidades e historias y el rol del terapeuta. Entre los principales aspectos teóricos y prácticos que permitieron la transición a una postura socioconstruccionista en la terapia sistémica, podemos identificar la adopción de la perspectiva del constructivismo y la cibernética de segundo orden.

La cibernética de segundo orden

Es desde esta perspectiva como se empieza a criticar el rol que juega el

terapeuta como un observador externo que puede influir “desde” afuera al sistema familiar y se centra la atención en la relación como parte de un sistema circular donde ambos integrantes –el observador y lo observado- son co-responsables de una realidad específica a ese sistema.

El enfoque constructivista

A la par de la adopción de la perspectiva cibernética de segundo orden, se retomó la perspectiva constructivista, la cual realiza una crítica a la postura de creer en la existencia de una realidad objetiva. Es desde esta postura que se concibe que “la realidad y por lo tanto el conocimiento son construídos e interpretados personalmente; el mundo en el que vivimos no es descubierto sino inventado” (Anderson, 1999, p. 55).

Esto produjo transformaciones en el ámbito psicoterapéutico, que llevó en muchos casos a buscar nuevas perspectivas teóricas que ayudaran a comprender estas múltiples realidades que ahora se concebía que presentaban los consultantes (Andersen, 1994; Anderson y Goolishian, 1988; Hoffman, 1996). En el caso de algunos modelos y prácticas terapéuticas, como el orientado a soluciones (de Shazer 1999; Riveros, Avalos, Cadena y Gómez, 2000) y el enfoque del Grupo de Milán (Cecchin, 1994), que habían surgido en esta época, también llamada modernista, fueron adoptando formas de pensar y trabajar más cercanas a posturas construccionistas, centrando su atención en los discursos y conversaciones con sus consultantes. También fueron emergiendo modelos basados totalmente en estas perspectivas, como la terapia narrativa (White y Epston, 1993), la postura conversacional-colaborativa (Anderson, 1999; Anderson y Goolishian, 1988) y la terapia basada en los procesos de reflexión (Andersen, 1987, 1994).

4.3 Perspectiva construccionista y posmoderna

De acuerdo a Anderson (1999b), podemos considerar, de forma general al posmodernismo y al construccionismo social como formas de indagación que examina los conceptos del conocimiento y lenguaje. Acerca del construccionismo social comenta que se puede concebir de la siguiente manera:

...[como una] perspectiva acerca de la naturaleza relacional, dialógica y generativa del conocimiento y el lenguaje. El conocimiento se construye lingüísticamente; su desarrollo y transformación es un proceso comunitario; y el conocimiento es interdependiente con la persona que conoce (1999b, p. 23).

Keneth Gergen (1999) menciona cuatro premisas principales del construccionismo social:

a) *Los términos con los que entendemos al mundo no surgen ni corresponden necesariamente de él.* Las palabras que usamos para darle un sentido de verdad o falsedad a una situación son construidas socialmente y no se pueden considerar como un reflejo de algo externo, o de una realidad.

b) *Las formas en que las personas describen, explican y representan la realidad surgen de relaciones sociales en un contexto determinado.* Es decir, los significados solo van a adquirir una cualidad de validez dentro de un espacio relacional, en este sentido Molinari comenta que "los significados nacen de los procesos de coordinación... entre personas. Lejos de reflejar estáticamente la realidad, el significado es parte de un proceso activo, dinámico y de constante interacción" (2004, p. 12).

c) *Conforme se va describiendo, explicando y representando la realidad, las personas le van dando forma a su futuro.* Es decir, el mundo se va construyendo a través de estos significados que surgen de un espacio relacional donde se encuentran las personas. Concebir a la realidad de esta manera permite desenzualizarla y creer que es susceptible de modificarla.

d) *La reflexión acerca de estas formas en que comprendemos y construimos al mundo son importantes para el futuro de las personas y su bienestar.*

Harlene Anderson (2004, 1999b) comenta que los principales aportes de la crítica posmoderna son:

- a) La crítica de la visión unilateral del conocimiento como un conjunto de narrativas y metáforas universales y generales para la descripción humana.
- b) La crítica a la idea de que una descripción es más verdadera que otra, es decir, concebir que una explicación o significado tenga el carácter de concluyente e irrevocable.
- c) La crítica del lenguaje concebido como una representación de la realidad, esto incluye la noción de que los significados "verdaderos" y "únicos" se encuentran en las palabras.
- d) Una crítica a los supuestos dualistas y las estructuras jerárquicas, en especial, las que enfatizan la separación entre expertos de quienes no lo son.

Conciencia de la construcción relacional

Esta transición construccionista implica desplazar nuestra atención de lo que pasa dentro de cada una de las personas de un sistema a lo que pasa entre ellas, a esto se refiere McNamee cuando habla acerca de la inteligibilidad relacional, donde se concibe que "todo lo que adquiere sentido y/o dotado de significado... emerge y se torna "inteligible" en las relaciones" (McNamee, 2001, p. 114).

En el construccionismo social se concibe la existencia de múltiples realidades construidas dentro de las relaciones sociales -a diferencia de la creencia de una sola realidad objetiva o de realidades construidas partir de estructuras individuales. Es dentro de estas relaciones donde van a generarse estas múltiples realidades. la relación entre el terapeuta y el consultante proporciona un espacio dialógico para que se construyan historias diferentes a través de la conversación de la relación del consultante consigo mismo, con los demás y con el mismo terapeuta o equipo de terapeutas.

Debido a esta posición con respecto a la inexistencia de verdades universales, se concibe a la verdad del terapeuta como una más entre múltiples verdades, la cual no es superior ni inferior a otras verdades, sino diferente. De ahí que la forma de vincularse con los consultantes desde una actitud de colaboración cobre relevancia en esta postura construccionista. Cualquier conocimiento que se ha generado o se quiere generar, deberá ser creado a través de un contexto relacional y no de forma individual o aislado de un contexto, ya que "uno no puede crear significado solo, ni elegir racionalmente entre varias buenas opciones que compiten entre sí sin haber absorbido antes las inteligibilidades de una comunidad" (McNamee, 2001, p. 115).

En general, podemos ubicar esta postura construccionista en la terapia como caracterizado por el alejamiento de "la idea tradicional que ubica el significado en la mente individual para postular que son las relaciones las que lo crean. Pasa así de una construcción mental a una construcción social" (Gergen y Warhuus, 2001, p. 12).

4.4 Terapia construccionista

Asumir una postura construccionista en la terapia influye en la manera de concebir a los principales actores del proceso terapéutico –consultor y consultantes-, a la relación que se da entre ellos y las prácticas que se dan en dicha relación.

¿Qué rol juega el terapeuta? La labor del terapeuta es generar espacios

dialógicos que permitan crear posibilidades, vínculos nuevos de significados en la vida de sus consultantes y junto a los otros participantes del espacio terapéutico, poder "reflexionar sobre el modo en que sus respectivas conductas evocan respuestas determinantes del compañero/a" (McNamee, 2001, 121)

Propósito de las terapias con enfoques construccionistas

Desde la postura socioconstruccionista se concibe a la terapia como un encuentro en el que se van a generar nuevos significados dentro de un espacio relacional o conversacional, el fin u objetivo sigue siendo el mismo que en la mayoría de las terapias: colaborar con las personas para encontrar posibilidades que les puedan ayudar a resolver algún problema en sus vidas (Anderson, 1999b). La diferencia con otros enfoques terapéuticos se presenta en la forma en que se logra este propósito: a través de una conversación dialógica, concebida como "una indagación colaborativa o compartida que invita a la exploración conjunta de lo consabido y conocido, y al desarrollo conjunto de lo nuevo y desconocido" (Anderson, 1999b, p. 24), es decir, a través de esta conversación dialógica –que es el elemento central en las terapias construccionistas- se busca construir un contexto donde se revisen y se puedan generar nuevos y múltiples significados.

4.5 El construccionismo en la práctica terapéutica

Estos aspectos del construccionismo social posibilitan utilizar prácticas sugeridas por diversos modelos que permiten generar este contexto conversacional y son acordes a las premisas construccionistas. En este sentido, se comenta que:

El construccionismo social invita a abandonar la búsqueda de fundamentos: un punto de vista único y singular sobre el funcionamiento humano que predomine sobre los demás. Invita a abandonar la competencia de tan larga data entre las diferentes escuelas de terapia, al igual que todas las posturas que tienen que ver con los diagnósticos fijos, las "mejores prácticas terapéuticas" y la comparación de los resultados (Gergen y Warhuus, 2001, p.13).

Desde esta perspectiva, sería inadecuado pensar o buscar una forma única de terapia construccionista (Anderson, 2004, Gergen 1996). Esto no quiere decir que se pueda "echar mano" de cualquier técnica o teoría, o pensar que se promueva un eclecticismo extremo, acerca de esto Gergen (1996) menciona lo siguiente:

Todas las teorías de la terapia... tienen que considerarse en términos de lo que añaden [o sustraen] a la matriz conversacional que denominamos terapia... [la cuestión sería] preguntar si nuestros lenguajes y prácticas terapéuticas pueden

liberar a los participantes en ellas de convenciones estáticas y delimitadoras, permitiéndoles una plena flexibilidad de relación (p. 306-307).

Dentro de la terapia sistémica, se han retomado principalmente prácticas de los modelos orientados a soluciones, narrativos, colaborativos y los que retoman el proceso de reflexión, los cuales son afines a la postura construccionista (Anderson, 2004; Friedman, 2001; Gergen, 1996, 1999; Gilligan, 1993). En los siguientes párrafos se describirán diversas prácticas conversacionales que surgen de las múltiples perspectivas que se retomen dentro del espacio terapéutico.

4.5.1 Prácticas conversacionales construccionistas

Las narraciones que hacemos construyen nuestra realidad... la familia es la historia contada por sus mismos autores. De esa historia forman parte todas las personas, reales o hipotéticas, pasadas y presentes que en el curso del tiempo llegan a ser significativas para aquel grupo humano.

Boscolo y Bertrando (1996, p. 80)

Prácticas conversacionales

En las terapias construccionistas no se aspira a lograr resultados específicos -si bien, el propósito de la terapia, como ya se mencionó es resolver o disolver un problema determinado (Andersen, 1999). Asumir una postura colaborativa con los consultantes en un espacio donde se co-construyen y se generan significados constantemente, no permite -ni sería congruente con esta postura socioconstruccionista- creer que podemos conocer de antemano estos resultados de forma específica.

La denominación "técnica" rememora una especie de fórmula a realizar con un resultado determinado de antemano. Es como si el terapeuta fuera un cazador experto con flechas (técnicas) que van dirigidas a blancos específicos (familia, pareja, personas individuales, etc.). De esto surge la búsqueda de nuevos nombres a estas prácticas en que el terapeuta busca generar la disolución de los problemas de los consultantes, por ejemplo algunos autores se refieren a estas como tendencias (Mc Namee), prácticas conversacionales o terapéuticas (Andersen, 1999) o recursos relacionales (Mc Namee, 2001).

Desde mi punto de vista, esto es lo que diferencia a estas prácticas terapéuticas que se van a describir a continuación: la forma en que son usadas en la conversación. En este sentido, hay que aclarar que también algunas de ellas podrían ser usadas desde otra postura terapéutica, con otro sentido, por ejemplo

privilegiando la búsqueda de información o esperando necesariamente que el consultante responda de manera determinada.

Diversidad de prácticas conversacionales construccionistas

Gergen y Warhuus (2001) comentan acerca de cinco dimensiones de prácticas construccionistas: a) las que destacan el discurso en contraposición a destacar entidades mentales internas; b) las que destacan la relación en contraposición a las que destacan al individuo; c) las que se basan en la polivocalidad en contraposición a las que se centran en la persona como unidad; d) las que se centran en las posibilidades positivas en contraposición a las que se centran en los problemas; y e) las que se centran en la acción en contraposición a las que se centran en el insight.

En el presente capítulo se retomarán prácticas terapéuticas que se basan en dos de estas dimensiones: las que indagan acerca de las posibilidades positivas, las que se basan en la polivocalidad o multirelacionalidad. Además se comentarán aquellas que destacan la indagación multitemporal –pasado, presente futuro- en contraposición de una perspectiva centrada en la unitemporalidad, las cuales serán descritas a continuación.

4.5.1.1 Conversaciones acerca del déficit y acerca de las posibilidades

Tradicionalmente la terapia ha adoptado un modelo biomédico donde se concibe la existencia de una enfermedad o patología la cual debe ser curada por un experto, en este caso, el terapeuta. Esta perspectiva ha llevado a que se centre la atención en dicha patología o problema, lo que es denominado por algunos, como centrarse en el déficit (Gergen, 1996).

¿Qué ocurre cuando el terapeuta decide indagar solamente acerca de los problemas o darle primacía a esta perspectiva? Se ha comentado acerca del riesgo de que la conversación terapéutica se "autoencierre" dentro de esta perspectiva de déficit, eliminando toda posibilidad de dialogar y generar diversas posibilidades en la vida de las personas consultantes. Acerca de estos riesgos, se menciona lo siguiente:

El construccionista piensa que el problema es tan sólo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación... nuestras convenciones lingüísticas son las que determinan que consideremos una cierta situación como un problema... cuando el terapeuta elige explorar [solamente] los problemas del cliente, éstos generan una realidad conversacional [donde] disminuyen las opciones... y aún más, [se] suprime los relatos alternativos (Gergen y Warhuus, 2001, p. 21-22).

Las prácticas construccionistas invitan en esta dimensión a escapar de la concepción unilateral centrada en el déficit e incorporar de manera importante a la conversación terapéutica el área de las posibilidades positivas (ver figura 5).

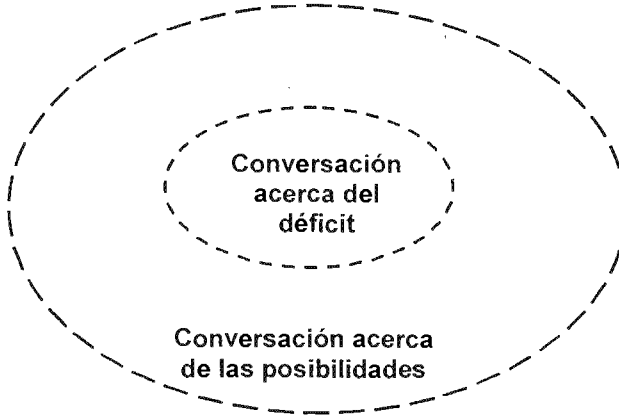


Figura 5: Diversas perspectivas acerca de las historias de los consultantes

Acercas de las ventajas que lleva la indagación de las posibilidades positivas, Cooperider (en McNamee, 2001) comenta acerca del efecto positivo del uso en la terapia de invocar a voces apreciativas en la vida de los consultantes para indagar acerca de posibles soluciones, ya que por lo general, las personas que llegan a consulta se han "estancado" en conversaciones que dan primacía a todo lo concerniente al problema, por lo que indagar acerca de este espacio de recursos y posibilidades es una forma de invocar a otras voces y otras relaciones.

4.5.1.2 Conversaciones multitemporales

El pasado se recuerda en el presente dentro de la relación que establecemos con nosotros mismos... y con los demás... las interacciones microsociales y macrosociales pueden cambiar la visión del pasado a diferentes niveles (individual, social, incluso cultural): la "memoria histórica" no es más que una interpretación del pasado compartida por la mayor parte de los que pertenecen a una cultura, es decir, la creación por consenso más vasta posible.

Boscolo y Bertrando (1996, p. 141)

La mayoría de las terapias se basan en una perspectiva causal-lineal, lo que implica concebir que las conductas humanas son producto de una serie lineal de eventos anteriores ocurridos en el pasado (un evento C es causado por un evento B, que a su vez, fue producto de un primer evento A). A partir de este supuesto se

han desarrollado terapias que centran su atención en un solo espacio temporal, por ejemplo, a través de la exploración de eventos pasados o bien, que centran su atención en “el aquí y ahora”.

¿Qué ocurre cuando el terapeuta asume una concepción unitemporal para indagar acerca de la historia de las personas? La perspectiva lineal del tiempo lleva a concebir los diversos sucesos ocurridos en la vida de las personas como estáticos con la imposibilidad de ser resignificados. Por otra parte, indagar solamente acerca de un espacio temporal conlleva problemáticas específicas: por ejemplo, centrarse en el pasado, puede impedir el surgimiento de proyectos; centrarse en el futuro impide la exploración de experiencias significativas que pueden evitarse o bien, volver a utilizar (Boscolo y Bertrando, 1996).

Las prácticas construccionistas invitan en esta dimensión a escapar de la concepción unitemporal centrada en la indagación de un solo aspecto temporal e incorporar una perspectiva multitemporal y circular donde la conversación terapéutica pueda abarcar el pasado, el presente y el futuro (ver figura 6), además de concebir la posibilidad de generar nuevos significados en las historias de los consultantes dentro de estos espacios temporales que los lleven, a su vez, a resignificar alguna parte de su vida pasada, presente y/o futura.

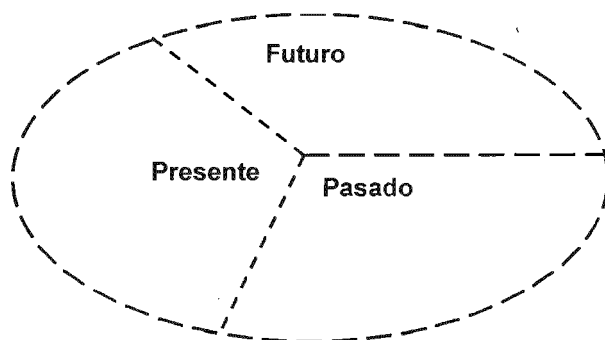


Figura 6: Espacios multitemporales de la conversación terapéutica

Las ventajas de asumir esta perspectiva multitemporal es la flexibilidad y la perspectiva circular que asumen los diversos espacios temporales en la conversación terapéutica, lo que genera nuevas ideas, perspectivas y significados en la historia –pasada, presente y futura- de los consultantes. La construcción que una persona realiza de su vida es el resultado -no definitivo- de las múltiples relaciones en las que ha participado a lo largo de su vida, e incluso de como concibe su propia participación en múltiples relaciones futuras. Es precisamente a

través de este reconocimiento es que cobra relevancia la indagación de esta multiplicidad de relaciones en múltiples espacios temporales.

4.5.1.3 Perspectiva multirelacional o polivocal

La investigación sobre el desarrollo humano puede ampliarse... a esferas más amplias de la socialidad... los ejercicios de un adolescente para tomar decisiones... pueden ser consideradas con más utilidad como resultados de una amplia pauta de relaciones que inmediatamente conectan al adolescente con sus amigos y la familia, pero también con la economía (disponibilidad de trabajo), la política (políticas de planificación familiar), los medios de comunicación (obras sobre el aborto) y demás.

Kenneth Gergen (2001, p.p. 330-331)

El elemento principal que va a enmarcar a las conversaciones multitemporales y acerca del problema y las posibilidades positivas dentro de una perspectiva construccionista, es concebirlas como co-contruidas a partir de la participación que ha tenido una persona a lo largo de su vida en múltiples relaciones. Desde esta perspectiva, se considera que las personas tienen diversas identidades generadas o construidas a través de intercambios conversacionales de sus contextos sociales.

Desde una perspectiva modernista, que ha influido en diversos modelos terapéuticos, se concibe que la identidad o "personalidad" está determinada por estructuras internas, ya sean intrapsíquicas o biológicas. Desde esta perspectiva, los significados y percepciones que le atribuyen las personas a diversos sucesos de su vida, surgen de esta esencia interna.

¿Qué ocurre cuando el terapeuta asume una concepción esencialista de la identidad de las personas? La visión esencialista de la identidad incide en la percepción que se tiene acerca de las problemáticas de las personas, en algunos casos considerándolas como permanentes, ya que forman parte de esta esencia de los individuos. Mantener posturas "singulares" o "unilaterales", provocan que la conversación terapéutica quede enfrascada en una continua repetición y confirmación de estos significados, dejando escaso margen al desarrollo de voces emanadas de otras relaciones que permitan el surgimiento de otras perspectivas y nuevos significados, esto es comentado por Anderson (2001) de la siguiente manera:

Si dos o más personas comparten el significado, una conversación entre ellos fácilmente los hará repetir y confirmar sus significados y habrá lugar para el desarrollo de muy poca novedad. Si dos o más personas tienen significados algo

diferentes y pueden escucharse mutuamente, una conversación entre ellas creará con facilidad significados nuevos y útiles (p. 81).

Las prácticas construccionistas invitan en esta dimensión a escapar de una concepción esencialista de la identidad personal e incorporar una perspectiva que conciba y permita indagar acerca de la construcción de las identidades que han construido las personas a partir de su participación en múltiples relaciones² - familiares, laborales, escolares, consigo mismo, con el propio equipo terapéutico, etc. (ver figura 7).

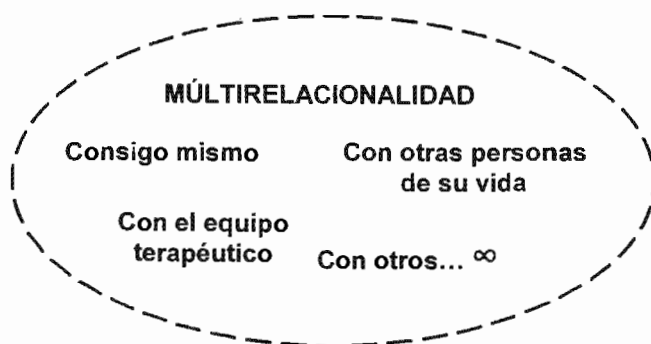


Figura 7. Múltiples relaciones que construyen significados en los consultantes

La principal ventaja de perspectiva multirelacional es la posibilidad para que las historias sean resignificadas a partir de la exploración de las diversas identidades de las personas en estas múltiples relaciones, lo cual debe ser tomado en cuenta dentro de la conversación en las sesiones de terapia al concebir a cualquier consultante como:

...[una] "persona en relación", como un self múltiple que esta involucrado en múltiples relaciones, como las de parentesco, las amistosas, las profesionales, las que mantiene con su congregación religiosa, etc. La persona, el individuo, no puede separarse de las relaciones (Anderson, 1999, p. 23).

Es importante que estas prácticas conversacionales generen posibilidades que los consultantes puedan llevar a la práctica, de ahí la importancia que estén

² Es importante realizar una distinción entre el uso de prácticas donde se indaga acerca de la "voz" de otros, pero asumiendo que existe una perspectiva "esencialista", o bien, que se asume que estas otras voces pueden corregir o modificar la percepción de la persona acerca de una situación determinada. En estos casos no se concebiría a las personas desde esta perspectiva multirelacional o no se evocarían a estas "voces" de los otros en la relación con la persona, sino como testigos de un evento determinado, del cual queremos obtener datos para llegar a una realidad determinada.

basadas en sus mismas relaciones -aunque también se entremezclan con las que el mismo equipo terapéutico posibilite-. En caso contrario, se estarían creando significados útiles solamente en el contexto terapéutico, esta es una crítica que realizan diversos autores construccionistas (Gergen y Warhuus, 2001), en este sentido, Mc Namee comenta que “uno no puede crear significado solo, ni elegir racionalmente entre varias buenas opciones que compiten entre sí, sin haber absorbido antes las inteligibilidades de una comunidad” (2001, p. 115)

Integración de las perspectivas multirelacional, multitemporal y de posibilidades positivas

Es a través de la integración de estas tres dimensiones como se pueden desarrollar alternativas en la terapia –evitando que se asuman perspectivas unilaterales-, donde se posibilite indagar acerca de las posibilidades positivas, en diversos espacios temporales y retomando los discursos o las voces relevantes de las múltiples relaciones en que han participado los consultantes y que han construido diversos significados en su vida (ver figura 8).

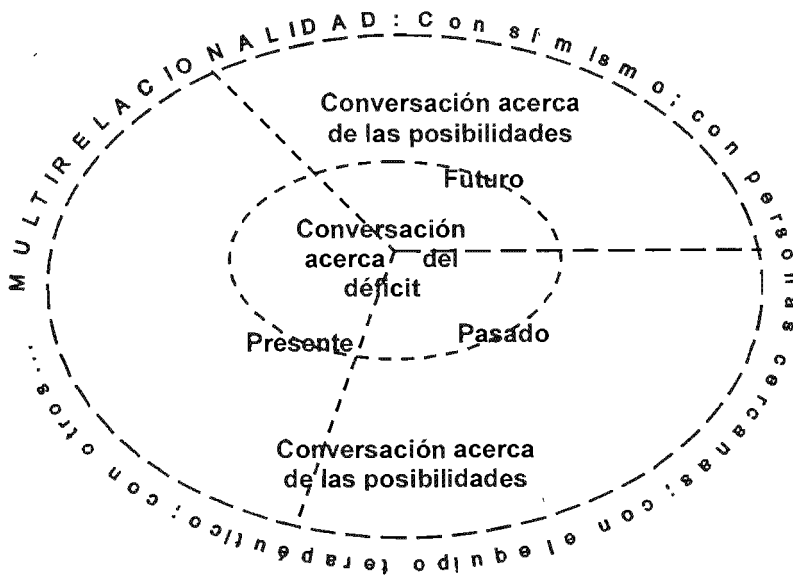


Figura 8. Integración de los espacios multitemporales, multirelacionales y perspectivas basadas en las posibilidades que se pueden abordar en las posturas construccionistas en la terapia.

4.5.2 Prácticas conversacionales construccionistas en acción

A continuación se presentarán fragmentos de cinco conversaciones terapéuticas donde se ejemplifican diversas prácticas terapéuticas que invitan a la multirelacionalidad, desde perspectivas multitemporales y orientados a posibilidades positivas. En especial se retomarán prácticas terapéuticas de diversos modelos de terapia sistémica, que, como ya se mencionó, han sido asociadas al construccionismo social –modelos de terapia orientados a las soluciones, narrativa, colaborativos y basados en procesos de reflexión. Todas estas prácticas tienen en común, la capacidad de generar conversaciones generadoras de nuevos significados en los discursos e historias de los consultantes.

Es importante aclarar que estos ejemplos del uso del construccionismo social con relación a la invitación e indagación de múltiples relaciones en múltiples tiempos desde perspectivas basadas en las posibilidades no pretende ser un planteamiento exhaustivo de las prácticas terapéuticas que se pueden utilizar en este sentido o ser retomado como pasos determinados a seguir. Lo que si pretende es invitar a la reflexión acerca de lo que estas prácticas propician en la conversación con los consultantes, donde, a través de ellas se generan posibilidades y como ya se ha mencionado, se escapa de perspectivas de un solo sentido, con respecto a la identidad, los espacios temporales y las perspectivas acerca de la historia de los consultantes.

a) Familia Córdova

En el siguiente caso, una joven de 13 años (Karen) asistía a consulta junto a su madre y su abuela, debido a problemas escolares. Debido a una racha reciente de problemas con sus maestros en el rendimiento escolar y su conducta la descripción que la familia hacía de Karen se centraba en estos aspectos negativos, dejando a un lado su historia previa como una buena estudiante que presentaba un buen comportamiento. El siguiente extracto de la sesión ejemplifica el uso de diversas prácticas correspondientes al modelo de terapia orientado a las soluciones.

Francisco: *¿Me gustaría saber qué paso en estas dos semanas?*

Minerva: *Todo sigue igual con Karen, con la maestra N. ha tenido fricciones... sigue saliendo, la siguen buscando, nosotros tampoco hemos hecho ningún cambio.*

Francisco: *¿Eso cuando fue?*

Karen: *El martes*

Francisco: *¿Y los otros días como te fue?*

Karen: *Muy bien*

Francisco: *¿a que te refieres con muy bien?*

A través de una conversación centrada en las excepciones del problema se pasa de un diálogo centrado en el déficit a indagar acerca del área de las posibilidades positivas. Esto se realiza a través de las relaciones de Karen con sus maestros y compañeras(os) -espacio temporal: presente.

Karen: *Sin problemas...*

Francisco: *con los demás maestros ¿cómo te llevas?*

Karen: *Muy bien, sin problemas*

Francisco: *.....En estas dos semanas el único incidente fue el del martes.*

Minerva: *Nada más*

Francisco: *¿Esto cómo lo ve?, porque la vez pasada me decía que llevaba reporte cada semana.*

Minerva: *Sí, uno o dos cada semana*

Francisco: *Así que... ya le bajo a la mitad.*

Minerva: *Claro que sí, le cambio un poco el carácter o fue el maestro que dijo que "ya no me hago cargo de ustedes"*

Francisco: *...¿Cómo es que pudiste apartarte del relajo, porque de repente es muy invitante?*

Karen: *El director dijo me iba a poner carta condicional.*

Francisco: *Dijiste hasta aquí (Karen afirma esto gestualmente).*

Minerva: *Echa relajo, pero creo que a todos les puso un alto en general, el grupo es el más desastroso, hablo... de que no era justo, que se aplicara, que tenía capacidad...*

Francisco: *Por ejemplo, alguien de tus maestros con los que te llevas bien o tus compañeros se han dado cuenta de que has tratado de corregir esto de no involucrarte tanto con el relajo.*

Karen: *El maestro P*

Francisco: *¿Y cómo sabes que el se dio cuenta?*

Karen: *Me llevo muy bien y me dijo que le bajara al relajo...*

Francisco: *.....¿Quién es tu mejor amiga?*

Karen: *Yazmín*

Francisco: *Si Yazmín estuviera aquí sentada y le preguntara: ¿por qué es tu amiga Karen? ¿qué diría?*

Karen: *Porque es sencilla*

Francisco: *...Me da curiosidad el hecho de que Karen este realizando cambios, poco a poco, chiquitos... no sé si Karen no ha sabido evidenciarlo ante ustedes, me da curiosidad que esto también sea sorpresa para usted...*

Minerva: *...algo que se me paso y tiene razón, me puse mal y sí me atendió, ¡algo tan importante y no sé porque se me paso! Le dije: "te va a tocar los mandados", traía un mareo espantoso... y no me repelo. Fue otra amiguita y me ayudo con los trastes...*

Francisco: *¿Esto es algo nuevo?*

Se incorporan aspectos del pasado reciente, cuando el déficit tenía una mayor presencia en la conversación. Las relaciones con los maestros y pares, que son importantes en la construcción de la identidad de Karen ante sus padres y ella misma vuelven a aparecer en esta conversación.

Se incorpora de nuevo a la conversación aspectos del presente en el área de posibilidades positivas, a través de la indagación de eventos excepcionales que van conformando una historia diferente en la relación entre Minerva y su nieta

Minerva: *Para mí fue algo nuevo, porque nunca me había visto así de enferma, pero fue algo que le nació, nadie la obligo no estaba su mamá, mi hija ni se preocupa de mí.*

Francisco: *¿Esto que le dice de Karen?*

Minerva: *Que a lo mejor esta tomando un poco de conciencia, madurando un poquito...*

A través de esta conversación, centrada en los recursos de Karen, se pudo ampliar la perspectiva que se tenía de ella, la cual se había centrado en una descripción del déficit. En general, durante este fragmento, se puede apreciar como se conversa acerca de su área de posibilidades, incorporando nuevas voces, como la de sus pares, maestros y la misma abuela desde una perspectiva diferente.

b) Anabel (Familia Torrado)

En el siguiente caso, una joven de 20 años asistía a consulta debido a que recientemente había tenido problemas familiares, lo que había provocado que tuviera sentimientos de tristeza y ansiedad, además de haber sustraído dinero de su mamá, lo que acrecentaba los conflictos en su hogar, todo esto había producido que su madre y ella misma quedaran atrapadas en una descripción pesimista, basada en estos eventos presentes en la vida de Anabel. Este fragmento corresponde a la segunda sesión, donde ella describe que han disminuido los conflictos familiares, además de sentirse mejor emocionalmente. Después de la primera sesión, donde se utilizaron diversas prácticas correspondientes al modelo de terapia orientado a las soluciones y narrativa.

Javier: *¿cómo te fue en estas dos semanas?*

Anabel: *Bien... ya estuve más tranquila... tuve el valor de no ser tan compulsiva*

Javier: *¿cómo te diste cuenta de esto?...*

Anabel: *...todos los problemas que había me afectaban a mí y me dije: ...tratar de evitarlo o sea, si había un problema o algo, me salía o...*

Javier: *¿cuéntame de alguna vez que sucedió esto?*

Anabel: *El sábado hubo un problema familiar y lo que hice fue salirme y no discutir ni nada.*

Javier: *¿Alguien se dio cuenta de esto?*

Anabel: *Sí, mi mamá*

Javier: *¿Y qué te dijo?*

Anabel: *Pues que pensaba que me iba a quedar, pero es que era afectarme a mí y afectarlos a ustedes y ya mi hermana la más grande también me dijo eso*

Javier: *¡Ah!, también tu hermana*

Anabel: *Sí, y ya después platicamos bien y ahorita ya estamos contentas.*

Se centra la conversación en el área de posibilidades -a la que se refiere inicialmente Anabel- centrando el interés en lo que ha realizado en la presente semana.

En la conversación se incorporan las voces de testigos en contextos relacionales relevantes de la consultante -familiar y escolar que validan el discurso de Anabel en el presente.

Javier: *Este es un paso muy grande, el no meterte... me dijiste que son varias cosas las que hiciste que hiciste bien ¿qué otra cosa hiciste?*

Anabel: *Antes, agarraba y me peleaba con mi hermana por tratarle de explicar que estaba mal de lo que estaba haciendo y ahorita me calmo... y lo hablamos tranquilas...*

Javier: *¿Fuera de tu casa también lo notaron?, no sé, si estabas de mejor humor o más concentrada...*

Anabel: *Si... mis compañeras*

Javier: *¿Qué te dijeron?*

Anabel: *Porque, en si ya no participaba casi, (estaba) bien triste y todo, ahora ya ven que participo y le echo más ganas*

Javier: *si yo te viera en dos meses y me contaras que la confianza ya se elevó del 8 al 9, al 9 y medio, incluso... ya has tenido días 10, ¿qué me dirías que haces diferente a lo que haces ahorita? ¿qué estarás haciendo diferente?*

Anabel: *Pues ya tendría más comunicación con la gente en lo laboral... en la escuela, ser más participativa... a mí si no me hacen la plática, yo no la hago, pero ya tendría esa confianza en un momento....*

Javier: *¿Qué otra cosa estarías haciendo?*

Anabel: *Ya trabajaría, porque creo que también es algo que me hace falta.*

Javier: *¡En dos meses!*

Anabel: *Sí, porque en sí, si tengo propuestas de trabajo...*

Javier: *Dijiste propuestas, o sea que no solo es una, son varias.*

Anabel: *Son varias.*

Javier: *¿Cómo has hecho qué tengas estas propuestas?*

Anabel: *Más que nada por mis trabajos que luego entrego en la escuela, les gusta (a mis maestras) como los hago...*

Javier: *¿Qué ven en tus trabajos?*

Anabel: *Que la información que ellos piden esta bien, muy bien el trabajo y todo, la forma en como la empleó.*

Javier: *¿Estas propuestas son de tus maestros?*

Anabel: *Sí, de las maestras que me dan las clases.*

Javier: *mencionabas (que te gustaría) tomar la iniciativa para hablar con las personas y... que la comunicación con tu mamá tal vez se había perdido porque ya no platicaban de sus cosas ¿también con tu mamá es ella la que toma la iniciativa para hablar?*

Anabel: *No.*

Javier: *¿Y ahí como le haces?*

A través de una pregunta de escala se indaga el área de posibilidades de Anabel en el futuro. En esta conversación se incorporan diversos contextos relacionales –familiar, escolar y laboral- como co-constructores de este escenario futuro.

Anabel: *Es que si no me siento a gusto con lo que ella hace o dice, yo si le digo: "sabes qué, estuviste mal en esto, hay que buscar la forma de cambiarlo" y es cuando me acerco a ella o que ella me diga en que estoy mal yo y tratar de mejorar... es como yo tomo la iniciativa con ella.*

Javier: *¿Cómo este conocimiento que tienes de empezar la plática con ella te serviría para empezar también la plática con una o dos personas?*

Anabel: *Estar segura de mi misma, no confiar del todo de una persona pero si algo, de ahí establecer una comunicación...*

Javier: *¿Cómo le has hecho aquí?*

Anabel: *¡Aquí!, porque eres una persona que conoces.*

Javier: *¿Con tus maestros?*

Anabel: *Sí, con ellos si, pero es que luego hay unas personas medio especiales que hasta dan miedo hablarles.*

Javier: *O sea, que tú si tienes confianza para hablar, solo que hay algunas personas a las que no*

Anabel: *Sí, no se dejan, son medio especiales en ese aspecto.*

Javier: *...así como me contabas, yo me imaginé: "a nadie le habla", pero entonces si tienes habilidad para saber cuando tú lo deseas y empezar la conversación cuando tú lo crees conveniente.*

Anabel: *Exactamente*

Javier: *...Pues a mi me tienes muy, muy sorprendido, sobre todo la rapidez y la reflexión que hiciste de todo y tengo mucha curiosidad saber que de todo lo que platicamos la vez anterior fue lo que más te sirvió, cómo es que decidiste, qué pensaste cuando saliste,*

Anabel: *Lo que más me animó a esto es la confianza otra vez de mi mamá, porque mi mamá, todo yo, yo el ejemplo...*

Javier: *¿En qué te diste cuenta de esta confianza?*

Anabel: *En que mi mamá ya no se acercaba a mi a platicarme sus cosas, ni nada, es más, yo ya la veía pensativa y no era para acercarse a mi o pedirme un consejo, yo sentía en esto un distanciamiento, fue lo que más me afectó.*

Javier: *¿Y en qué sentiste que a pesar de todo esto existía esta confianza?*

Se indaga acerca de diversas relaciones en el presente y pasado donde se presenten situaciones relacionadas con el futuro de posibilidades mencionado por Anabel. Esto permite que se promuevan nuevos significados acerca de su participación en las relaciones sociales

Se incorpora en la conversación la voz del terapeuta, la cual se agrega a este discurso de Anabel centrado en las posibilidades desarrollada por ella.

Al cobrar importancia la madre de Anabel como constructora de esta historia de posibilidades, se indaga acerca de su participación. A partir de esto, surgen aspectos positivos para Anabel en la relación con su madre y que han vuelto a estar en el presente

Anabel: *En qué después de que salimos de aquí, ya volvió a hacer lo mismo, volvió a acercarse a mí, que vamos a ir a tal lado y esto y el otro...*

A través de esta conversación, se pudo indagar acerca del área de posibilidades positivas, que había vuelto a emerger en la historia de Anabel. También aparecieron diversas relaciones importantes en la vida de Anabel, como su madre, hermanas, pares y maestras, que tuvieron la función de testigos acerca de la puesta en práctica de esta historia "libre" del problema que se había apoderado de su vida. A diferencia del ejemplo pasado -donde solamente se converso acerca de lo realizado en el tiempo presente-, en este caso se tuvo la oportunidad de hablar acerca de eventos excepcionales en el pasado, el presente y el futuro de Anabel.

c) *Familia Lerner*

En el siguiente caso, Cintya, de 56 años asistía a consulta junto a su hija Nancy de 21 años, debido a que tenían problemas en su relación. Además la señora Cintya se sentía mal debido a que sentía que en varias áreas de su vida no había alcanzado el éxito que ella esperaba, por ejemplo, dedicarse a actividades artísticas en lugar de actividades de su profesión, o no saber como llevarse mejor con su familia. En este caso, aunque si se reconocía por parte de ambas aspectos de su área de posibilidades, estaban ensombrecidas por la percepción que tenían ambas acerca de la imposibilidad de cambiar y acercarse la una a la otra, además de que Cintya le daba una importancia mayúscula a diversas voces -como la de su hijo mayor- que le decían que lo que hacía actualmente en su vida representaba un fracaso. Los siguientes fragmentos corresponden a la segunda sesión, donde se promueve una conversación centrada en las posibilidades y los recursos de las consultantes, con base al modelo orientado a soluciones.

Cintya: *Traje mi tarea... escribí alguno de mis recursos...hay algunos que no sé como aplicarlos, no sé como hacerle para que funcionen.*

Francisco: *Al escribirlas hay veces que aunque sepamos que tenemos recursos, los pasamos por alto, son tan comunes que no los vemos... al hacer la tarea ¿qué pensó? ¿qué reflexionó?*

Cintya: *...(pensé) que he almacenado*

cosas a lo largo de la vida... incluso hay cosas que faltan en la lista... tengo muchísimos, pero no puedo solucionar mis problemas y retos de forma adecuada, estoy viviendo una total desunión o desintegración familiar, me importo yo también, pero lo que más me importa en la vida es la familia... quiero encontrar la soluciones y como utilizar el recurso que tengo, ¿de qué me sirve todos los estudios y todos los conocimientos? sino puedo echar mano de esto

Desde una postura colaborativa se valida la conversación centrada en el déficit. En la misma conversación se van integrando poco a poco otras voces que invocan el área de posibilidades de Minerva

para solucionar mis problemas, confieso que me siento con menos peso, con el darme cuenta de que haciendo mi trabajo artesanal... me siento feliz y no me siento culpable.

Francisco: *Si pudiéramos hacer una metáfora de una piedra ¿cómo estaría hace quince días y cómo ahora?*

Cintya: *Yo creo que a la mitad, el que usted me haya dicho que estaba bien lo que hacía y estaba oyéndolo en un programa, de mujeres, muy destacadas en nuestra sociedad, entre ellas Ana Guevara y lo que dijo me llenó tanto, como si oyera las palabras de un filósofo, un sabio, ella dijo que el éxito es con lo que uno hace todos los días, y yo soy feliz con lo que hago...*

Francisco: *¿a qué se refiere con que se ha sentido mejor?*

Cintya: *Me he permitido hacer de lo que hago, lo que más me gusta, me siento menos culpable por no hacer el quehacer de la casa, es algo ilógico, pero no me dan ganas de hacer el quehacer de la casa, pero me digo: "estoy casi trabajando para pagar una muchacha que haga el quehacer de mi casa, pero si*

estoy trabajando, porqué no tengo derecho de pagar por lo que no me gusta hacer"... siento que hay cosas más importantes para mí que hacer, me he dedicado a lo mío: escultura, cabezas olmecas... lo estoy disfrutando... mi hijo me dijo "no estamos para hobbies", cuando se dio cuenta que empecé a hacer las fuentes, me decía "si yo fuera profesionalista no estaría haciendo eso"... , yo me reía porque estaba de buen humor, le decía que yo estaba bien, de repente estalló: "no estamos para hobbies", me dio risa, me dije y le dije "¿quiénes no estamos para hobbies?, tal vez tú no, yo si estoy para hobbies",

Francisco: *¿Cómo ves la relación entre tú y tu madre?*

Nancy: *Mal*

Francisco: *¿Tu también tienes deseos de mejorarla?*

Nancy: *Si (se le ponen los ojos rojos)*

Francisco: *¿Qué pasaba señora Cintya cuando la relación era mejor?*

Cintya: *Qué pasaba, siento que me tenía más confianza, siento que éramos muy cercanas, tan cercanas éramos que procuraba estar con ella la mayor parte del tiempo, ella iba conmigo a muchos lugares, incluso a la universidad, yo me la llevé a clases, había una comunicación muy bonita...*

A partir de esta adaptación de la pregunta de escala, se incorpora a la conversación una historia caracterizada por las posibilidades y recursos positivos de la consultante. Es relevante el papel que juegan en la construcción de su propia identidad las voces de personas del mismo sexo y género que Minerva, así como las voces del equipo terapéutico, las cuáles inciden en su relación familiar en el presente.

Se aprovecha la presencia de Minerva y su hija para indagar acerca del pasado y presente de su relación. Desde una perspectiva conversacional se genera un significado diferente a la percepción que tiene Minerva acerca de la relación: de creer que a su hija ya no le importa la relación a mencionar que se da cuenta de que sigue siendo parte de su vida

pero en cuanto a mi relación (actual) con mi hija, siento que en lugar de ir mejorando, va empeorando, ella dice que la dejo sola, yo tengo la sensación de que ella va solamente para dejar al niño..., las mamás somos muy sentidas, ella me dijo una vez "tú no eres nada", no lo puedo superar, siento que no soy nada...

Francisco: Yo la vi preocupada (a Nancy), se le pusieron los ojos rojos, ¿qué le dice esto que esta preocupada? ¿Qué le dice esto?, tal vez las dos quieren algo diferente, pero están preocupadas, ¿qué le dice?

Cintya: Me emociona mucho porque pensé que había salido de su vida, que el único centro de su vida era su pareja.

Francisco: yo me pregunto, con esto que hemos aprendido y con esto que están haciendo tan bien en su relación, cómo podrían afrontar algún problema que suceda entre ustedes con todo lo que han recuperado

Nancy: Yo optar por no hablar, como ignorar hasta que se me baje.

Cintya: Yo creo que no, pienso que no hablar lo único que hace es retardar el enfrentamiento del problema, creo que si se nos presenta un problema tenemos que estar más cerca una de la otra para solucionarlo juntas... tratar de acercarnos en nuestro corazón, tal vez empezar con una cuestión física como bajarle el volumen, porque eso es lo que queremos, que a mi me cuesta mucho trabajo, porque soy muy gritona, acercarnos a nuestro corazón... yo tengo que poner de mi parte...

Francisco: Y déjeme decirle que lo esta haciendo muy bien

Cintya: Muchas gracias, pero no se crea, del dicho al hecho, a la mera hora no lo hago tan bien.

Nancy: Sí, lo estas haciendo muy bien.

Francisco: Es la mejor evaluadora.

La conversación se desplaza hacia el futuro, centrándose en la posible presencia del problema (área del déficit) pero con nuevas formas de interactuar en la relación madre-hija ante esta situación (área de posibilidades). (Esta es una variación a la prescripción de la recaída en el modelo orientado a soluciones).

En la conversación surgen las voces del terapeuta y de la propia Nancy como testigos que validan y co-construyen en el presente estos cambios en la relación de Cintya con su hija

En la parte final de la sesión se realizó un equipo de reflexión, a través de esta práctica se busca generar nuevas ideas y posibilidades, través de las diversas reflexiones de los integrantes del equipo terapéutico, lo que permite que se genere una multiperspectiva de ideas en la sesión.

Luz de Lourdes: ¡Que difícil!, yo me identifique mucho con Cintya en este esfuerzo tan grande que esta haciendo en expresar el amor de otra manera, quizá al principio cuando uno esta

Con base en una postura colaborativa se establece una relación desde el equipo de terapia, donde se valida y reconoce lo realizado por Cintya y Nancy dentro de su relación

dando estos consejos que a veces como que agreden... al otro, es una forma de expresar el cariño, el amor, la preocupación que le tiene al otro, me identifico mucho con ella... creo que esta haciendo un gran esfuerzo, me gusto mucho como responde la hija, cuando le dice que aprecia este esfuerzo, como una muestra de su amor tan grande que sienten...

Patricia: *Yo me senti muy contenta de percibir mucha felicidad....*

Luz de Lourdes: *¿En qué notaste esa felicidad?*

Patricia: *...como que fluía entre ambas y me produjo mucho placer...*

Luz de Lourdes: *Aquí hay algo que yo como mujer no logro saber y ustedes como varones me pueden ayudar, ese papel tan difícil que tiene la pareja (de Nancy), de ser nombrado padre, padre adoptivo si tu quieres, de un niño que no es su hijo y que papel tan difícil, porque ante los ojos de la abuela es "el malo", porque le pone reglas, ¿cómo lo ven ustedes?*

Arturo: *Yo siento que es una situación muy complicada, porque a la vez que el futuro esposo quiere a su pareja, también empieza a quererlo... porque es un niño pequeño, otra cosa que es importante, es que cuando uno se relaciona con un niño que es del mismo sexo, también se remite a cuando uno era pequeño... y una cosa importante es la valoración del esfuerzo que hace esa pareja.*

Edith: *Estaba pensando del papel de la pareja de Nancy, me preguntaba que tanto él pudiera estar en un dilema, de tal vez estar en ser o no ser papá, porque ser papá implica poner reglas, amar a una persona, en este caso a un niño, el hecho de no ser el papá biológico lo pone en el papel de "si puedes; pero no tanto"... es algo que quizás con el tiempo se vaya definiendo, tal vez lo que le vaya permitiendo la mamá y también el niño, no sé, tal vez es una situación a la que se enfrentan muchas familias que se vuelven a integrar.*

Cintya: *A mi me tocó algo muy profundo, me tocó lo que dijeron de la pareja de Nancy, el ponerme en su lugar, de repente ver que para él es difícil también ser padre o no ser padre, tomar decisiones o no... me tocó eso porque yo no lo conozco (en realidad), pero sé que esta involucrado, me gusta que se haya involucrado... lo que dijeron que para él también es un dilema, hicieron que pensara por primera vez en él,*

Se establece una relación con Cintya a través de su condición de mujer y se introduce la presencia de la pareja de su hija.

Se introducen en la conversación diversas voces relativas al rol de "padrastra" a través de reflexiones basadas en la propia historia del terapeuta –pasado y presente- y la reflexión del relato de las consultantes –basado en el presente-.

Se generan nuevos significados acerca de la pareja de Nancy. Esto transforma la percepción acerca de lo que hace en la relación familiar en el pasado, en el presente y lo que se puede realizar en el futuro. A su vez, se reincorporan aspectos del área de posibilidades de Cintya

con conflictos interiores, y que esta actuando de la mejor manera, porque ama a mi hija y si ama a mi hija yo creo que esta haciendo un buen esfuerzo, le esta manifestando su interés para el niño... quiero disminuir en mi intervención pero no puedo... estoy muy involucrada con el niño, pero si quiero prometerme a mi misma el respetar el papel de la pareja de Nancy en lo posible..., voy a respetar la autoridad que representa para el niño, la figura que esta tomando de papá con el niño, mi relación con él no es mala, nada más no es cercana.

Es importante mencionar, como a través de la práctica del equipo de reflexión, la multiplicidad de voces y perspectivas se amplifican, permitiendo que se incorporaran nuevas perspectivas —durante la sesión y el equipo de reflexión— que generaron nuevos significados acerca de la relación entre Cintya y su hija, hacia la futura pareja de esta última y hacia lo que ella había alcanzado en su propia vida.

d) Marisol (Familia Villareal)

En el siguiente caso, Marisol, de 56 años asistía a consulta debido a que tenía problemas de depresión, además de tener problemas con su hija Yolanda de 2 años, debido a que no le hacía caso en algunas órdenes en la casa, lo cual le provocaba ansiedad y hacía que le llamara la atención gritándole y ofendiéndola. La descripción que realizaba Marisol acerca de su vida estaba caracterizada por aspectos negativos a lo largo de su vida: se describía como una madre incapaz de disciplinar a su hija, y de expresar sus emociones. El siguiente fragmento corresponde a la penúltima sesión, en la cual se conversó acerca del fallecimiento de un familiar muy cercano y querido de Marisol, esto permitió que desde una perspectiva colaborativa, surgieran en la conversación diversas personas y relaciones importantes a través de la relación de Marisol con su tío.

Javier: me comentaba que hay algunas diferencias con... anteriores muertes, como la de su papá, su mamá, ¿qué es lo diferente?

Marisol: ...por ejemplo, con mi papá es que los últimos meses, él ya no podía trasladarse de su casa a aquí con nosotros..., con mi tío los últimos 4 años fueron de completa dedicación a él, él me buscaba, me decía ven a mi casa o su esposa me llamaba...

Javier: esta oportunidad que tuvo de estar cerca de una persona muy querida para usted,... ¿qué significó para usted?

En la conversación surgen relaciones importantes del pasado, donde se indagan los diversos roles que ha tenido Marisol en ellas y que mas adelante son importantes para generar nuevos significados sobre sí misma.

Marisol: yo me siento muy bien, porque el hecho de que la vida me haya dado la oportunidad de haber estado con él, de verlo, fue muy grato, pero lo que si siento es que por eso mi dolor es más grande, mi dolor es más grande, y a ratos siento una presión muy grande...

Javier: ¿Por qué era su tío favorito? ¿qué veía él en usted?

Marisol: Porque el era después de mi papá, siempre fue mi tío consentido porque era una persona muy íntegra, una persona que sufrió mucho con sus hijos, él era doctor, él se dedicó a su carrera siempre, ayudo a mucha gente a muchos de sus familiares, en muchas cuestiones ya sea moral, económica, para mí siempre lo vi como mi héroe, como el mejor de las personas, no perfecto, porque también tenía su carácter, sus defectos, sus cualidades, pero yo le admiré sus cualidades

Javier: De esas cualidades ¿cuáles viven en usted?

Marisol: ...él me dejó de enseñanza el hecho de ayudar a una persona y no esperar nada a cambio... muchas cosas que él me dijo, como de salvar vidas... eso también es algo grande para mí, yo me acuerdo que a la edad de 5 años, si

yo me enfermaba, su fe y su confianza de mi mamá era tan grande, que le hablaba (a mi tío) y le decía: "oye compadre, fíjate que Mar sigue así" y (él) le decía: "dale esto", y ya a la primera cucharada yo le decía a mi mamá "ya me siento mejor" y mi mamá siempre su fe y su confianza fue tan grande... que él siempre fue mi médico de cabecera.

Javier: ¿Cómo ha puesto en práctica esto que menciona que vive de su tío en usted? Yo me imagino al estar acompañándolo, compartiendo con él esta etapa, es una forma de expresar esto que aprendió de su tío.

Marisol: Yo me acuerdo que él me sacaba bien de mis enfermedades, entonces ahora que él todavía podía valerse por sí mismo, el hecho de llevarle un jugo... un pan, una fruta o lo que sea, para mí era grato, decirle a mi modo "gracias por haber siempre estado conmigo".

Javier: ¿Qué pensaría su tío? No sé si tuvo la oportunidad de decirselo.

Marisol: Sí, le dije que lo quería mucho, que él para mí había sido una persona muy importante y él me dijo que estaba correspondida, que yo era muy importante para él y que donde fuera que él estuviera, se iba a acordar de mí y que si yo estaba bien él iba a estar bien...

La conversación se centra en la relación con el tío de Marisol. A partir de la indagación de los aspectos positivos de él, surge la curiosidad acerca de los valores compartidos a lo largo de esta relación, los cuales son importantes para Marisol.

Se indaga acerca de la participación de Marisol en diversas relaciones presentes donde se aprecian conductas, sentimientos y valores surgidos de la relación del pasado con su tío.

La conversación permite construir un "puente" entre la relación con su tío y sus relaciones actuales, donde emergen diversas voces y diversas conductas apreciadas por Marisol. La voz del terapeuta valida estas conductas al referirse a la forma en que cuidaba su tío como algo valioso.

Javier: *Esto que aprendió de su tío, ¿se lo habrá enseñado también a Yolanda?, yo veo que cuando usted llora, ella se acerca a limpiarle con su manita sus lágrimas*

Marisol: *Si, ella es muy noble también, yo siento que es por lo mismo que ve en la casa, porque por ejemplo si su papá está enfermo o se siente mal yo trato de cuidarlo de estar con él de decirle ve al doctor, atiéndete o ella ha visto como me preocupó yo por ella, yo siempre le digo cuidate, tápate, no te destapes, ponte el suéter, ponte el chaleco... ella ya sabe que tiene que cuidarse...*

Ahora los sentimientos y conductas apreciados en la relación con su tío son incorporados a su identidad de madre al indagar acerca de la relación con su hija.

Javier: *...¿qué le diría su tío de que aprendió esto de él?...*

Marisol: *él estaría contento, porque a él nunca le gustaron las injusticias, él siempre estaba en desacuerdo que el más fuerte tratara de abusar del más débil... él está contento... cuando tuve la oportunidad de platicar las oportunidades que me había dado la vida de establecer relaciones con mi hermana, me felicitó: "por haber abierto tu corazón y que hayas perdonado a la gente que te ha hecho daño".*

Javier: *¿qué personas estuvieron con usted?, que usted les ha abierto el corazón? ¿quiénes la han acompañado?*

Marisol: *...estuvo mi esposo, mi hermana, mi hermano, mi cuñado, mis concuñas, las tías de la niña estuvieron por vía telefónica, porque...trabajan, mi cuñado trabaja, mi cuñada estuvo muy al pendiente por teléfono: "¿cómo estás?... ¿cómo va lo de tu tío? ¿Cuándo lo van a enterrar?... ¿cómo está tu ánimo?"...*

En la conversación además de surgir la influencia de los otros en Marisol, surge la influencia de ella en los otros, dentro de las relaciones que forman parte de su "club de vida". Se retoman aspectos realizados en el pasado dentro de estas relaciones el pasado y su repercusión en el presente y futuro

Javier: *¿Ha servido que usted abra el corazón?*

Marisol: *Si*

Javier: *Este "abrir el corazón" y todo lo que usted provocó en los otros... ¿qué significó para usted?*

Marisol: *...un apoyo muy grande, porque... si algo sembré estoy cosechando eso, me gusto mucho el gesto de mi concuña, que estuvo hablándome por teléfono, mi hermana... estuvo conmigo, algo que también me dio mucho gusto es que cuando yo llegué allí al velatorio... (y) empezó a llegar la gente, la familia de su esposa de mi tío y me decían: "ay, usted es la sobrina del doctor" "cuanto lo sentimos", me empezaron a abrazar, me dijeron: "nosotros sabemos que usted para su tío*

La indagación acerca de la práctica de valores y conductas emanados de la relación con su tío en otras relaciones, permiten transformar los significados acerca de ella misma en diversos contextos relacionales —como amiga, hermana, madre, esposa, etc.

era muy importante"... cuando él me invitaba a sus fiestas, notaba que con mucho amor decía: "les presento a mi sobrina"...

Javier: ¿Qué habrá hecho usted para que los presentara con estas personas tan orgulloso?

Marisol: creo que ser siempre honesta con la gente...

Javier: ...¿qué habrá hecho usted en el pasado para que en este momento de dolor ellos estén con usted apoyándola?

Marisol: siento que porque de algún modo me aprecian por lo que yo soy

Javier: ¿Quién es usted para ellas?

Marisol: he tratado de ser una persona alegre, honesta... estar con ellos en sus momentos difíciles, darles mi apoyo, mi mano, que sepan que cuentan ellos conmigo también.

Javier: Supongo que no ha sido fácil.

Marisol: No, porque yo no sabía hacerlo antes...

El siguiente fragmento corresponde a la última sesión, en la cual se conversó acerca de nuevas relaciones que había creado Marisol, donde se consolida una nueva historia acerca de ella como madre y en su vida personal.

Marisol: ...van unas seis veces que... nos reunimos... mamás de los compañeritos de ella (Yolanda), se ha dado una relación sincera, bonita... hemos ido a la casa de cada una y estamos bien..

Javier: ...recuerdo la primera vez que platicamos y que estaba trabajando esta dificultad que tenía para expresarse con los demás y a lo largo de las sesiones yo

he visto que... esa Marisol ya quedo muy atrás: ya le escribe cartas a su hermana, esa vez del entierro de su tío, todas esas personas que estuvieron con usted, la forma de estar con la familia de su esposo, ahora con estas otras mamás de las compañera de su hija ¿qué piensa de esto?

Marisol: Que realmente... ha valido la pena el esfuerzo que he hecho, porque me siento a gusto conmigo misma, por ejemplo... antes sentía como si viniera cargando algo muy pesado y ahorita es un poquito más ligera mi carga

Javier: Con la ayuda de las personas que usted quiere y que les abre su corazón... ¿Qué cree que siga? ¿qué cree que va a seguir haciendo usted?

Marisol: (luchando por ser la mejor) porque dentro de ese mismo grupo que yo le comenté hay una señora que trata muy mal a sus hijos, muy mal, con palabras que no van de acuerdo con la

edad de los niños, con groserías, que yo digo, yo se las diría a una persona que me pudiera

Se conversa acerca de la transformación de Marisol dentro de las diversas relaciones en las que participa y el significado que se atribuye a sí misma por esto.

En la conversación surge el proceso de re-integración (re-member), donde Marisol expresa cuales personas deben formar parte y cuales no deben ser parte de su vida, con base al nuevo significado que ha construido de ésta.

responder de la misma manera, porque mi idea es... si tú tienes la fuerza, no abuses del que es más débil... yo no quiero tratar así a mi hija, yo no quiero lastimarla así...

Marisol: *...ha habido comentarios con las mamás, porque me dicen: "ay, es que me da pena regañar a mi hijo delante de ti", les digo "¿por qué?, pues si tu hijo se lo gana pues regáñalo", "no, es que tú le hablas bien diferente,*

ya hemos visto como eres tú con ella -con mi hija-, mira, me siento mal cuando yo le voy a gritar a mi hijo, estando en mi casa... le voy a gritar y me acuerdo de ti, me gusta mucho la relación que llevas... con tu hija".

Javier: *Es un orgullo ser ejemplo como mamá*

Marisol: *Pues sí, incluso ese día que ellas me comentaron eso, me hicieron así sentir como, me sentí bien, me dio sentimiento de decir: lo estoy logrando, me ha costado trabajo, pero lo estoy logrando.*

Dentro de las nuevas relaciones se construyen nuevos significados, los cuales inciden en el pasado, presente y futuro de la vida de Marisol

A través de los pasados fragmentos, se puede apreciar como se fue transformando los significados que Marisol tenía acerca de sí misma, como pareja, madre, etc., a través de un postura colaborativa, donde se dio importancia a la indagación de las múltiples relaciones que habían sido relegadas de la historia de Marisol: su propio tío, las personas que compartían sus valores de honestidad y solidaridad, familiares y amigos que la acompañaron en el sepulcro de su tío, etc., así como de las nuevas relaciones que había logrado consolidar, como las mamás de las compañeras de su hija, de esta manera se exploraron eventos importantes del pasado, presente y futuro de su vida, los cuales disolvieron el significado de ser una madre ineficaz y un persona que era incapaz de expresar sus sentimientos.

e) Mayte (Familia Chávez)

A continuación se presenta una carta dirigida a Mayté, de 17 años, la cual asistía a consulta por problemas de depresión debido a conflictos familiares. Ella, antes de iniciar la terapia había intentado suicidarse dos veces. A lo largo del proceso de terapia se habían explorado las áreas de posibilidades positivas de Mayté, transformando las creencias que tenía acerca de su rol en la familia, donde ella se presionaba por ser la "cuidadora" de sus hermanos, queriendo evitar que ellos sufrieran por las peleas de sus padres, por lo que cualquier nuevo conflicto familiar era percibido como un fracaso por ella. A partir de su historia personal se reflexionó cerca de la importancia de desarrollar habilidades propias para enfrentar los problemas, además de introducir la voz de personas de u edad que no habían podido enfrentar situaciones de depresión, como lo había realizado ella.

Estimada Mayte:

Ha sido una experiencia agradable conocerte y escuchar parte de tu historia, una historia donde he podido apreciar algunas de las virtudes que posees: sensibilidad y fortaleza, además de una estupenda claridad en tu proyecto de vida. Admiro tu sensibilidad con tus seres queridos (amigos, amigas, hermanos, papá y mamá), que te ha llevado a realizar acciones para que ellos estén bien...

Se valida la historia de posibilidades de Laura a través de la relación establecida en la terapia.

Me preguntó acerca de qué cosas han aprendido de ti estas personas que amas, me preguntó desde cuándo aprendiste a tener esta sensibilidad y desde cuándo la has puesto en práctica con los demás... (también) me preguntó ¿cuál será la diferencia fundamental entre el chavo que me comentaste que se suicidó y tú?, me parece que sería importante conocer algunos sucesos de tu vida que te han permitido tener esta fortaleza y conocer lo que ha permitido que en esos momentos de dolor hayas podido vencer a las ideas de la muerte, ¿crees que sería importante que otras personas conozcan este testimonio? Si crees que sí ¿cómo te parece que podría despertar mejor su interés? ¿qué es lo más importante que deberían saber? Si alguien viniera a platicar conmigo y estuviera pasando por un problema parecido al tuyo ¿qué me aconsejarías que le dijera o le contara?

Se invita a reflexionar acerca de acontecimientos en las relaciones del pasado y el presente de Laura que ejemplifiquen los aspectos positivos de Laura y aquellos que la diferencien de historias no deseadas por ella.

Se invita al intercambio de experiencias basadas en posibilidades positivas en relaciones reales e hipotéticas.

Sinceramente

Francisco Javier Robles Ojeda

A continuación se presenta la contestación de esta carta, la cual fue leída en la última sesión.

"Reflexión Acerca de los Cuestionamientos Escritos en la Carta "

1. *¿Qué cosas han aprendido de mí las personas que amo?*

...creo que se han dado cuenta que tengo un gran corazón, el cual es capaz de tener sentimientos sinceros y sin límites; creo que saben que se perdonan y tienen muy en claro que jamás guardo rencor a las personas que me lastiman o me hacen daño y que a veces puedo ayudar a los demás si tengo la facilidad de apoyarlos en lo que se les ofrezca. Además de algunos valores que tengo muy presentes como es la perseverancia, la sinceridad, el amor, la sensibilidad, el respeto y la fortaleza

2. *¿Cuándo aprendí a tener la sensibilidad que poseo? y ¿Desde cuando la he puesto en practica con los demás?*

Pienso que ya nací con esa sensibilidad, porque es algo que lo tengo en mi corazón... supongo que la sensibilidad que tengo la he puesto en practica toda mi vida.

3. *Momento de mí pasado en donde se pueda apreciar las cuestiones anteriores.*

En cualquier momento las personas lo pueden notar, ya sea desde mis ganas de querer ayudar siempre a los demás, hasta llorar por cualquier situación. Pero igual, la respuesta a está cuestión es cuando decidí no irme de mi casa por no querer dejar a mis hermanos solos con los problemas y diferencias de mis padres.

4. *¿Cuál es la diferencia fundamental entre el chavo que se suicidó y yo?*

Supongo que la diferencia que existía entre el y yo era las ganas de vivir, el anhelo de alcanzar mis metas en la vida, pero sobre todo el conocimiento de que el suicidio no es bien visto por Dios.

5. *¿Sería importante que otras personas conocieran mi testimonio?*

Quizás si alguien tuviera problemas semejantes a los míos sí, por que les podría servir de ejemplo para darse cuenta (al igual que yo) que la vida siempre nos pone obstáculos, los cuales tenemos que enfrentar y vencer para que ellos no nos dominen y no nos lleven a salidas fáciles como seria la muerte. Siempre debemos pensar positivamente y encontrar la solución más conveniente para nuestros problemas.

6. *¿Cómo me parece que podría despertar mi testimonio el interés de las personas?*

Sinceramente no tengo idea, pero creo que al enterarse de mi forma de ser, de pensar y de cómo he enfrentado los problemas que he tenido, podrían tener interés en los detalles de mi testimonio, ya que, no entenderían muchas cosas que he pensado y a la vez he hecho.

7. *¿Qué pienso que seria lo más importante que deberían saber?*

Lo que siento que seria esencial que supieran es la idea tonta que tuve de suicidarme, puesto que mucha gente (y más chavos (as) de mi edad) es en lo primero que piensa cuando tiene problemas grandes, tienen depresión o se encuentran desesperados por algo o alguien. Creo que al menos con mi testimonio pondría a recapacitar a las personas que tuvieran esa idea errónea.

8. *¿Qué creo que podría aconsejarle Francisco a alguien que estuviera pasando por un problema similar al mío?*

Antes que nada, darle ánimo y apoyo para que salga a delante, posteriormente, decirle que no se desespere por cierta situación y por ultimo decirle que es una persona fuerte y capaz de solucionar cualquier problema pequeño o grande que se le presente, porque sé y estoy bien segura que ninguna dificultad puede vencernos, aunque parezca muy grande y difícil de resolver.

A través de esta contestación, se puede apreciar como se fue construyendo - desde una postura narrativa- una historia donde Mayté podía volver a "empoderarse" de su vida, sin depender de que sus padres estuvieran bien o mal. Es importante mencionar como se introdujeron diversas voces y relaciones, como la de la compañera de Mayté que se suicidó, o la relación con el propio terapeuta,

en ambos casos se incluyó a Mayté desde una posición de experta, solicitándole asesoría con respecto a posibles consejos o asesorías para personas que pudieran tener los mismos problemas por lo que ella atravesó.

A manera de conclusión

En el presente capítulo se han presentado tres áreas que se pueden incluir en la conversación terapéutica desde una postura construccionista:

- a) La posibilidad de abordar los espacios temporales –pasado, presente y futuro- en la conversación terapéutica.
- b) La conversación centrada en las competencias de las personas que acuden a terapia.
- c) Introducir en la conversación terapéutica múltiples voces relacionales que permitan la generación nuevas posibilidades en la vida de los consultantes.

Como se mencionó anteriormente, la postura construccionista le da una importancia a los significados construidos socialmente, los cuales van a incidir en la manera en que las personas interactúan con los demás, en la que realizan determinadas conductas o enfrentan diversas problemáticas en su vida. A través de los fragmentos de los casos que fueron revisados, se pudo apreciar como los significados iniciales de los consultantes acerca de su vida y sus relaciones se encontraban “atrapados”, sin la posibilidad de generar significados diferentes que les permitieran desarrollar formas más adecuadas de vivir sus vidas y como a través de la conversación terapéutica se posibilitó “darles vida”, es decir, que fueran susceptibles a transformarse, generando nuevas posibilidades en cada uno de ellos.

Para ejemplificar el uso de esta prácticas construccionistas fueron retomados ejemplos de diversas herramientas terapéuticas de modelos de terapias sistémicas coherentes con la postura del construccionismo social: orientado a soluciones, narrativa, procesos de reflexión y la postura colaborativa-conversacional. ¿Qué elementos son distintivos de estas prácticas construccionistas?, a diferencia de otras intervenciones o prácticas terapéuticas, en las cuales el objetivo primordial es modificar algún aspecto del consultante –conducta, pauta de interacción, rol o jerarquía en su sistema familiar, etc.-, el propósito principal de estas prácticas es generar un contexto apropiado para la conversación, donde se pueda indagar –de forma conjunta entre terapeuta y consultantes- acerca de múltiples perspectivas, historias,

relaciones o voces que permitan resignificar sucesos de la vida de los consultantes que los lleven a encontrar nuevas posibilidades, es importante tener en cuenta este aspecto en el proceso de terapia, ya que nos permite incluir una multiplicidad de herramientas terapéuticas que contribuyan a este propósito.

CONSIDERACIONES FINALES

A casi tres años de haber ingresado a la residencia de terapia familiar me parece que existen múltiples reflexiones a las que podía denominar como "consideraciones finales". Al realizar un vistazo a los tópicos de las conclusiones –que abarcan las competencias teórico-prácticas adquiridas a lo largo de la maestría y la forma en que han incidido a nivel personal, profesional y social- lo primero que me viene a la mente son las relaciones importantes en las que participé a lo largo de este tiempo y a través de las cuales se clarifican para mí lo "experimentado" en este proceso:

Las relaciones con los consultantes me permiten reflexionar acerca de la importancia de adecuar las herramientas de los diversos modelos terapéuticos a cada situación en particular y no forzar a que ellos se adecuen a nuestras perspectivas teóricas, esto implica conferirle a las personas que vienen a terapia un rol trascendental en el proceso terapéutico, lo cual es retomado en cada una de las terapias sistémicas de diferentes maneras: ya sea que se considere trascendente conocer sus creencias, percepciones o formas de interactuar con los demás, o bien, que nos interese en las narrativas que conforman su historia personal y que han generado comportamientos y significados acerca de ellos en sus vidas. Esta forma de concebir la relación terapeuta-consultante se reflejó a lo largo de todo el proceso de terapia –desde la entrevista telefónica, las conversaciones con los consultantes y el equipo, etc.–, donde se pudieron integrar o integrar estas diversas perspectivas sistémicas a múltiples problemáticas –violencia de género, depresión, relaciones conflictivas en la pareja y entre padres e hijos, etc.- y con distintos consultantes –hombres, mujeres, adolescentes, niños(as), ancianos, etc. Como espero que haya dejado en claro en diversas partes del presente reporte, asumir este paradigma sistémico nos permite estar "con" las personas que vienen a terapia, a comparación de otras posturas terapéuticas centradas más en "tratar" con déficits o trastornos mentales.

Las relaciones con mis compañeras y compañeros de la residencia, que en realidad puedo considerarlas –junto a las relaciones con los consultantes-, como las de mayor trascendencia para mí a lo largo de la residencia me permiten reflexionar acerca de la importancia de trabajar con un equipo terapéutico –que en la tradición sistémica es común. Afortunadamente a lo largo de los cuatro semestres se pudieron poner en práctica diversas formas de trabajo con el equipo, desde las tradicionales, donde se comenta lo sucedido en la primera parte de la sesión y se formulan hipótesis, prescripciones, temas de reflexión, hasta el uso posmoderno de comentar de forma abierta las propias reflexiones a los consultantes. En este sentido, me parece extraordinario haber tenido el privilegio de participar como parte del equipo de terapia de mis compañeros, poder observar desde una perspectiva

de segundo orden la forma en la que trabajaban con sus consultantes y que ellos me observaran a su vez, compartir la forma en que fuimos transformándonos a lo largo de los semestres –tanto los que teníamos poca experiencia como los que tenían un tiempo recorrido como terapeutas–, además de la importancia de la retroalimentación acerca de nuestra práctica clínica, no solamente en los espacios oficialmente dedicados para esto, sino en pláticas fuera del espacio académico. Esta oportunidad de compartir el trabajo y las experiencias terapéuticas es importante, ya que como lo mencionaba Cecchin (2003), la posibilidad de trabajar con un equipo permite que no quedemos atrapados en nuestros propios prejuicios, sino que podamos ampliar el horizonte de posibilidades en el trabajo terapéutico.

Las relaciones con mis maestras en los espacios de discusión teórica, supervisión y tutoría me permitieron reflexionar acerca de la importancia de haber generado ambientes que posibilitaron el desarrollo de habilidades terapéuticas. en este sentido es relevante la conformación de un contexto propicio para la generación de aprendizajes donde la intención sea “crear y facilitar un ambiente y proceso de aprendizaje al que los participantes puedan acceder y donde puedan producir sus competencias únicas” (Anderson, 1999, p. 321), caracterizado por la colaboración y valoración de las múltiples voces implicadas en estos espacios. Dentro de estas relaciones, me parece indispensable darle mayor importancia al momento por el que pasan cada uno de los residentes, tanto a nivel personal como académico y profesional, además de considerar sus propios recursos, formas de trabajo actuales, necesidades y expectativas acerca de la práctica clínica para configurar los equipos de trabajo bajo determinado sistema de supervisión –incluso adaptar las formas de supervisión a cada sistema en particular, en los diversos escenarios clínicos.

Estas tres relaciones –con los consultantes, mis compañeras(os) y mis maestras/supervisoras– constituyeron el espacio del equipo terapéutico total. Quisiera mencionar desde una perspectiva de la cibernética de segundo orden, la importancia de incorporarse en cada una de estas relaciones, construyendo un nuevo sistema, donde no solamente cambiará el sistema observado, sino el que se podría identificar como observante, y desde una perspectiva posmoderna, la relevancia de concebir a todas las voces dentro de estos sistemas como igual de importantes. Esto plantea nuevos retos a estos espacios relacionales, en nuestra labor como terapeutas como a la de supervisores, con respecto a reflexionar de manera permanente como nuestras creencias, percepciones, historias de vida inciden en la forma en que nos relacionamos con nuestros consultantes o en la forma en que abordamos cada problemática, y como éstas repercuten en nosotros, de igual manera, esto se debe reflexionar en los espacios de supervisión, tanto por maestras como alumnos. Esto nos lleva a pensar en la responsabilidad que tenemos en cada una de las actividades clínicas, en cuestionarnos a cada

momento acerca de las posibles consecuencias nuestra participación en el sistema terapéutico y el papel que jugamos para dar apertura a las oportunidades en nuestros consultantes, en sí, me lleva a la reflexión que esta ética o responsabilidad deberá basarse en cada relación específica –más que en determinados dogmas o reglas preestablecidas.

Las relaciones con las personas que participaron en nuestras investigaciones, en especial las de índole cualitativo, me permitieron corroborar la importancia de “venerar” las historias de las personas y poder comprender el significado que le dan a determinados eventos de su vida. En este sentido, me parece que la metodología cualitativa debería tener mayor importancia en el plan de estudios ya que es un tipo de investigación acorde a las perspectivas teóricas de la mayoría de los modelos teóricos revisados a lo largo de la residencia de terapia familiar sistémica (Cathalifaud, 1998; Eguiluz, 1997, 2001), además de la necesidad de crear un puente entre las actividades de investigación y la residencia de manera más formal. En mi caso, hubo la oportunidad de desarrollar en los espacios de tutoría un proyecto de investigación cualitativa, sin embargo, considero que hubiera sido valioso contar con espacios de apoyo especializado acerca de este tipo de investigación.

Las relaciones con los diversos terapeutas sistémicos, que compartieron su trabajo a través de talleres, congresos, simposios, etc., me permiten retomar una de las características de los sistemas vivos, que es el intercambio de información con otros sistemas del exterior. Este aspecto es relevante en el ámbito de nuestro campo de trabajo, ya que nos permite apreciar la trascendencia y las modalidades de trabajo que presentan las terapias sistémicas en nuestro país y en otras partes del mundo, ampliando nuestra visión acerca de nuestra profesión. En mi caso, me permite comprender que la terapia sistémica se encuentra viva –no solo metafórica, sino literalmente al convivir con algunos de los principales representantes de los modelos sistémicos-, desde reflexionar acerca de la posibilidad de enriquecer a modelos que surgieron a mitad del siglo XX –como lo desarrollado por Giorgio Nardone con la terapia estratégica del MRI-; admirarme por la congruencia entre la forma de ser y pensar de terapeutas posmodernos –como Harlene Anderson- que promueven los aspectos de igualdad, respeto y colaboración; además de valorar lo que se realiza en nuestro propio país en el ámbito sistémico y replantearme la importancia de contar con un equipo interdisciplinario, a través de la información que recibimos de terapeutas con otras perspectivas y áreas de especialización. En este sentido, me parece importante reforzar estas relaciones con el exterior, no solamente en el sentido de conocer el trabajo de los demás, sino que también se conozca y valore el que se realiza en la residencia de terapia familiar, incluso que se pudiera crear lazos de colaboración entre instituciones y personas, evitando que se disuelvan totalmente cuando egresamos de la maestría.

Esta forma de estar inmerso con los diversos modelos sistémicos de terapia me permite comprender sus múltiples perspectivas y la evolución que ha tenido a lo largo de su historia —desde el rompimiento con una perspectiva individual para asumir una perspectiva sistémica-cibernética, hasta la adopción de perspectivas posmodernas que le dan importancia a los significados construidos socialmente. Estas múltiples relaciones me permiten conocer acerca de mi propia evolución como terapeuta, reflexionar acerca de la postura que asumo en la práctica terapéutica, que me sitúan en este momento cerca de las posturas construccionistas, con la posibilidad de enriquecer este quehacer profesional con las demás perspectivas y herramientas sistémicas.

Finalmente, quiero considerar a todas las demás relaciones que he tenido y que se han posibilitado gracias a pertenecer a esta “comunidad sistémica” y que trascienden al espacio temporal de la residencia, pero que a su vez, son fomentadas por ésta, es trascendente poder generar relaciones profesionales, laborales e incluso de amistad a partir de compartir este interés por los aspectos sistémicos, por compartir formas de concebir al mundo, o por solamente compartir esta profesión de terapeuta sistémico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantara, G. (2001). *Influencia de la similitud y la complementariedad en la satisfacción y la intimidad con la pareja*. Tesis de licenciatura. México: UNAM, facultad de psicología.
- Aluni, R. (2004). *La ética profesional: Desde el punto de vista de la psicología transpersonal*. Recuperado de: <http://homepage.mac.com/penagoscorzol/ensayos6.html>
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 27 (4) 415-428.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. pp. 77-91
- Andersen, T. (2001a). Una colaboración, por algunos llamada psicoterapia: vínculos llenos de expresiones, y expresiones llenas de significado. *Sistemas familiares*, 17 (3) 77-87.
- Andersen, T. (2001b). Ver y oír, ser visto y ser oído. En Friedman, S. *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa. pp. 201-224
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. (1999b). Reimaginar la terapia familiar; reflexiones sobre la familia invisible de Minuchin. *Sistemas familiares*. 15 (1), 21-28.
- Anderson, H. (2000). Supervision as a collaborative learning community. *Supervision Bulletin. American Association of Marriage and Family Therapy*.
- Anderson, H. (2003). *Postmodern social construction therapies*. Recuperado de: <http://www.harlene.org/writings/PostmodernTherapiesChapter.htm>
- Anderson, H. (2004). *Ethics and uncertainty: Brief unfinished thoughts*. Recuperado de: <http://www.harlene.org/writings/PostmodernTherapiesChapter.htm>

- Anderson, H. y Goolishian H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family process*, 27 (4), 371-393.
- Anderson H y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. pp. 45-59
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertolino, B. (1999). *Invitation to possibility land: An intensive teaching seminar with Bill O'Hanlon*. USA: Taylor & Francis.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Cade, B. y O'Hanlon W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Canfield, J. y Hansen, M. (1996). *Caldo de pollo para el alma*. México: Edivisión.
- Cathalifaud, M. (1998). Recursos para la Investigación Sistémico/Constructivista. La Observación de Segundo Orden. *Cinta de Moebio*, 3. Recuperado de: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frames50.htm>
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, 5 (1).
- Cecchin, G. (1994). Construcción social e irreverencia terapéutica. En Freid, D. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Argentina: Paidós.

- Cecchin, G. (2003). *Taller: Seminario de Terapia Familiar*. Ciudad de México: Sociedad Analítica de Grupo Monterrey, A. C.
- Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco. (2004). Portal de Internet del CCH, plantel Azcapotzalco. Recuperado el 29 de diciembre de 2004 de: <http://www.cchazc.unam.mx>
- Cortés, S., Reyes, D., Díaz, R. y Monjaraz, J. (1994). Elaboración y análisis psicométrico del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital. *La psicología social en México*, 5, 123-130.
- Desatnik O. (2000). Los dilemas que surgen en la supervisión basada en el construccionismo social. *Psicoterapia y Familia*, 13 (1) 13-24.
- Desatnik O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del proceso de Supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15 (1) 47-56.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistanse. *Family Process*, 23 (1) 79-93.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1994). ¿En qué radica la eficacia de la terapia breve?. En: Zeig, J. y Gilligan S. *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 122-132
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- Duncan, B., Hubble, M. y Miller, S. (2003). *Psicoterapia con casos "imposibles". Tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Paidós.
- Eguiluz, L. (1997). Una alternativa epistemológica: los métodos cualitativos en las ciencias sociales. *Psicología Iberoamericana*, 5 (3) 6-12.
- Eguiluz, L. (1999). La supervisión en los diplomados de terapia familiar. *Psicología Iberoamericana*, 7 (2), 28-32.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM-Universidad Autónoma de Tlaxcala.

- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Eguiluz, L. y Robles, F. (2004). *Una revisión del pasado y el presente en la teoría e investigación de la terapia sistémica en México*. (texto inédito).
- Epston, D. y White, M. (1994). Asesorar al asesor. La documentación del conocimiento alternativo. En: *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa. pp. 203-217.
- Epston, D., White, M. y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. pp 121-141.
- Espejel, E. (1997). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, departamento de educación especializada.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. *Voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fried Schnitman, D. y Fuks, S. (1992). Conversaciones terapéuticas. Entrevista a Harold Goolishian. *Psicoterapia y familia*, 5 (1) 38-46
- Fried Schnitman, D. y Fuks, S. (1994). Metáforas del cambio: terapia y proceso. En: Fried Schnitman, D. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós. pp. 377-391
- Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- García, J. (2004). *Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas*. Recuperado de: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html>
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gergen, K. y Kaye, J. (1996). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. pp. 199-218.
- Gergen, K. y Warthuis, L. (2001). La terapia como construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas familiares*, 17 (1) 11-27.
- Gerstein, L., y Russell, N. (1990). The experience of medical school: A major life crisis. *College Student Journal*, 24, 128-135.
- Gilligan, S. (1993). *Therapeutic conversations*. New York: Norton.
- Gilbert, M. (1982). The impact of graduate school on the family: A systems view. *Journal of College Student Personnel*, 23, 128-135.
- Groves, B., Jo, L. y Smith, J. (2000). The Impact of Doctoral Study on Marital Satisfaction. *Journal of College Counseling*. 3 (2), 123-131.
- Haley, J. (1976). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. pp. 25-43

- Hoffman, L. (2001). De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: una perspectiva comunal. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos.*, 17 (2) 17-33.
- Hoffman, L. y Anderson, H. (2003). Curso-Taller: *Pasado, presente y futuro de la Terapia Familiar. Conversaciones íntimas.* Ciudad de México: Grupo Campos Elíseos
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Portal de internet del INEGI. Información estadística.* Recuperado el 27 de diciembre de 2004 de: www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2004). *Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares, 2003.* recuperado el 11 de octubre de 2004 de: www.inmujeres.gob.mx
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (2004). *Portal de internet del ISSSTE.* Recuperado el 30 de diciembre de 2004 de: <http://www.issste.gob.mx>
- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Revista de sistemas familiares*, 10 (1). Recuperado de: <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2556/proceso.htm>
- Kenney, B. (1994). *Estética del cambio.* Barcelona: Paidós.
- Kunh, T. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Leñero, L. (2002). El interés por la ética y la estética en la terapia familiar en México. *Psicoterapia y familia*, 15 (1) 77-84.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social.* México: Pax.
- London, S. y Rodríguez, I. (2004). La supervisión como grupos de conversaciones colaborativas. En: Licea, G., Paquentín, I. y Selicoff, H. *Voces y más voces II. Reflexiones sobre la supervisión.* México: Instituto de Psicoterapia Alinde. pp. 81-90
- Macías, R. (1988). Notas para la historia de la terapia familiar en México. *Psicoterapia y familia*, 1, (1) 18-24.

- Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia*. Barcelona: Paidós.
- Marinoff, L. (2001). *Más Platón y menos Prozac*. Madrid: Suma de letras.
- Mastache, C. (1996). *Antecedentes, evolución y tendencias contemporáneas en la terapia familiar sistémica*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología: UNAM.
- Maturana, H. (2003). *La cooperación en la construcción de los aprendizajes*. Recuperado de: <http://www.comminit.com/la/lacth/sld-2033.html>
- Maturana, H. y Nisis, S. (1992). Cuerpo-espíritu: ser y llegar a ser; educación y responsabilidad. En: Maturana, H. *El sentido de lo humano*. Chile: Hachette.
- Maturana, H. y Nisis, S. (2001). *Formación humana y capacitación*. Chile: Dolmen.
- McNamee, S. (2001). Recursos relacionales: la reconstrucción de la terapia y otras prácticas profesionales en el mundo posmoderno. *Sistemas familiares*, 17 (2) 113-129.
- Mcnamee, S. y Gergen K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1999). *Relational responsibility*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Medina-Mora, M., Borge, G., Lara, C., et al (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26 (4), 1-16.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman C. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S, Lee W. y Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Moctezuma, M. y Desatnik, O (coords). (2001). *Programa de residencia en terapia familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Molinari, J. (2004). Psicología clínica en la posmodernidad. Perspectivas desde el construccionismo social. Recuperado el 28 de octubre de 2004 de: www.psic.puc.cl/doctos/Revista%20Psyke.pdf
- Montes de Oca, V. (2001). Bienestar, familia y apoyos sociales entre la población anciana en México: una relación en proceso de definición. En: Gomes, C. *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Miguel Ángel Porrúa. pp. 345-376
- Nardone G. (2002). *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Nardone G. y Watzlawick P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nicholson, S. (1995). The narrative dance. A practice map for White's therapy. *Australian and New Zealand journal of family therapy*, 16 (1) 23-28.
- Nieto, J (coord). (2002). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. México: Dirección general de estudios de posgrado. UNAM.
- Norton, L. S., Thomas, S., Morgan, K., y Tilley, A. (1998). Full-time studying and long-term relationships: Make or break for mature students?. *British Journal of Guidance and Counselling*. 26, 75-88.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erikson*. Argentina: Paidós.
- O'Hanlon, B. (2003). *A guide to inclusive therapy. 26 methods of respectful resistance-dissolving therapy*. New York: Norton.

- O'Hanlon, B. y Beadley, S. (1997). *A guide to possibility land. Fifty-one methods for doing brief, respectful therapy*. New York: Norton.
- O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Hudson P. (1996). *Amor es amar cada día*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis M. (1993). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Osnaya, M. (1999). *¿Qué es la intimidación para los habitantes de la ciudad de México?*. Tesis de licenciatura. México: UNAM: facultad de psicología.
- Ovejero, A. (2002). *Psicología social postmoderna emancipadora: entre la psicología crítica y el postmodernismo*. España: Universidad de Oviedo.
- Parry, T. (2001). Sin red: preparativos para la vida posmoderna. En: Friedman, S. *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa. pp. 317-357
- Riveros, C., Avalos, T., Cadena, P. y Gómez, R. (2000). Entrevista a William O'Hanlon. *Psicoterapia y Familia*, 13 (1) 67-69.
- Riveros, C., Avalos, T., Cadena, P. y Gómez, R. (2001). La violencia en el contexto terapéutico. Una mirada reflexiva. *Psicoterapia y Familia*, 14 (1) 35-44.
- Robles, F. (2002). *Una revisión teórica de los postulados epistemológicos, la historia y el uso de la comunicación y el lenguaje en la terapia breve sistémica*. Tesis de licenciatura en psicología. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Robles, F. (2004). La supervisión basada en la confianza: Una experiencia generadora de ideas en el proceso de terapia. En: Licea, G., Paquentín, I. y Selicoff, H. *voces y más voces II. Reflexiones sobre la supervisión*. México: Instituto de Psicoterapia Alinde. pp. 107-122
- Salles, V. y Tuirán, R. (1998). Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México. En Schmukler, B. *Familias y relaciones de género en transformación*. México: Edamex.

- Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. México: UNAM-UAM Xochimilco.
- Sánchez, A., Espinoza, S., Ezcurdia, C. y Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. *Debate feminista*, 15 (30) 55-86.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Scheinkman, M. (1988). Graduate student marriages: An organizational/interactional view. *Family Process*, 27, 351-368.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, M., Boscolo, L, Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19, (1).
- Selvini, M., Boscolo L., Cecchin G. y Prata G. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Simon, F., Stierlin H. y Winne L. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Argentina: Gedisa.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (1993). *Código ético del psicólogo: Normas de comportamiento ético de los psicólogos*. México: Trillas.
- Sternberg, R. (1990). *El triángulo del amor: Intimidad, pasión y compromiso*. México: Paidós.
- Tomm, K. (1994). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En: *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa. pp. 9-16.
- Tomm, K. (1998). A question of perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24 (4), 409-413.

- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En: Gomes, C. *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Miguel Ángel Porrúa. pp. 23-65
- Tuñón, J. (1998). *Mujeres en México. Recordando una historia*. México: CONACULTA.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Argentina: Amorrortu.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
- Van Dijk, T. (2001). *El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I: una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Villanueva, R. y Robles, F. (2004). *Resignificación en el proyecto de vida y redes de apoyo en mujeres con la experiencia de embarazo en la adolescencia*. Ponencia presentada en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. México: Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud - Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Watzlawick P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P. y Nardone G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). Desconstrucción y terapia. En: *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa. pp. 19-56.
- White, M. (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002b). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. México: Consejo nacional de Ciencia y Tecnología.

Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.



ANEXOS

Anexo 1. Formato de consentimiento para la grabación en audio y video de las sesiones clínicas.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA**

La FES-Iztacala como parte de la atención a la comunidad ofrece los servicios de Terapia Familiar o de Pareja, a través de su Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Como parte de la forma de trabajo del modelo de terapia con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o video las entrevistas realizadas con el fin de que puedan ser revisadas con mayor detenimiento y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos. Esto es una práctica común en los programas más avanzados de la Terapia Familiar en México y en el resto del mundo. Los videos y el material clínico que se generan son propiedad exclusiva del programa. Las personas que laboran en éste, respetarán la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México, D. F. a _____ de _____ del 200_

Clientes:

Terapeuta:

Francisco Javier Robles Ojeda

Anexo 2. Formato de reporte de la entrevista telefónica a los consultantes.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA**

PRIMERA LLAMADA TELEFÓNICA

- a) Fecha:
- b) Terapeuta:
- c) Sede clínica:
- d) Nombre de la persona que solicita consulta:
- e) Persona que responde a la llamada:
- f) Motivo de consulta:
- g) Antecedentes del problema:
- h) Antecedentes de tratamientos (médicos, psicológicos, pedagógicos, etc.):
- i) Miembros de la familia que asistirán a la sesión:
- j) Familiograma:
- k) Fuente de referencia:

Anexo 3. Formato de reporte de las sesiones de terapia para conformar el expediente clínico.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA**

REPORTE DE SUPERVISIÓN DE TERAPIA FAMILIAR

- a) Sesión:
- b) Nombre de la cliente:
- c) Terapeuta:
- d) Sede clínica:
- e) Supervisora:
- f) Equipo de supervisión:
- g) Fecha:
- h) Hora de inicio ____ hora de término ____
- i) Personas que asisten a la sesión:
- j) Geografía familiar:
- k) Breve resumen de la sesión anterior:
- l) Objetivos de la sesión:
- m) Intervenciones terapéuticas:
- n) Análisis teórico y modelos que sustentaron el trabajo terapéutico:
- o) Tareas y mensaje final (en los casos en que se den):
- p) Líneas de intervención para la próxima sesión: