

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

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

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
SAMANTHA CHÁVEZ CHAVIRA**

**DIRECTORA DEL REPORTE:
PRESIDENTA: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO**

**REVISORA:
TITULAR: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO
TITULAR: MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE
TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
TITULAR: MTRA. SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
SUPLENTE: MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
SUPLENTE: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA**



M. 349618

JULIO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

A Dios, mi Señor, quien un día me dio la vida y me ha guiado construyendo mis pasos.

A ustedes mis padres a quien amo con todo mi corazón. Agradezco el amor, la ternura y el cariño que me han brindado a lo largo de toda mi vida. A ti mi padre que me has enseñado a vivir a través del amor, una palabra tuya alienta mi corazón. A ti mi madre porque eres un ejemplo de vida y un maravilloso ser humano.

A ti Carlos, mi gran amor. Vivir a tu lado es vivir en el amor, eres la alegría de mi corazón. Me has brindado tu ternura, tu sonrisa diaria, tu esencia valiosa de un ser humano encantador.

A ti mi hermano Jaime, te quiero y te admiro. Ha sido una fortuna tenerte a mi lado siempre, hoy comparto contigo este logro y quiero seguir compartiendo mi vida junto a ti.

A ti Mine, porque siempre estas dispuesta a compartir nuestros sueños y realidades.

A ti mi adorado Isaac, porque has sido una bendición para nuestras vidas, tu sonrisa encantadora es la representación de la magia del amor.

A ti mi gran amiga Gaby, gracias por tu entusiasmo, tu amistad y tu lealtad.

A ti mi amiga Betty, porque hemos construido juntas la cercanía de la amistad.

A ti mi amiga Vane porque me has enseñado a dar y recibir.

A ustedes mis compañeros de Maestría; Gis, Francisco, Claus y Sergio. Disfrute mucho vivir esta etapa con sus risas, de cada uno aprendí una linda forma de mirar la vida.

A cada una de mis profesoras, quienes a través de sus conocimientos y su gran empeño, guiaron mi formación profesional. En especial a mi tutora, Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, y mi revisora, Dra. Maña Suárez Castillo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser participe de esta gran aventura.

A la Dirección General de Estudios de Posgrado y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado para la realización de este proyecto.

INDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
I ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR	1
1. Características del campo psicosocial	1
1.1 Principales problemas que presentan las familias	4
1.2 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	6
2. Características de los escenarios en donde se realiza el trabajo clínico	9
2.1 Descripción de los escenarios	9
2.2 Metodología de las sesiones	13
II MARCO TEÓRICO	17
1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	17
2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	25
III DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	55
1. Habilidades clínicas terapéuticas	55
1.1 Integración de expediente de trabajo clínico por familia	56
1.2 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención con familias: la diferenciación del individuo en el sistema	68
1.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total	85
2. Habilidades de Investigación	88
2.1 Reporte de investigación cuantitativa	88
2.2 Reporte de investigación cualitativa	90
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	92
3.1 Elaboración y presentación de productos tecnológicos	92
3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria	93
3.3 Reporte de presentación de trabajos en foros académicos	96

4. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	98
IV CONSIDERACIONES FINALES	102
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	102
2. Incidencia en el campo psicosocial	103
3. Análisis del Sistema Terapéutico Total	104
4. Reflexión y análisis de la experiencia	104
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	107

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

I ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

1. Características del campo psicosocial

Las investigaciones sobre la familia en México y América Latina han recibido gran impulso principalmente a partir de la década de los setentas. El papel protagónico de las familias en el desarrollo de las sociedades Latinoamericanas sugiere que no es factible interpretar los cambios económicos, políticos, sociales y demográficos sin restituirlos en el contexto familiar y su evolución. Las reglas de formación de los hogares son muy distintas en cada país, incluso en cada región, debido a que el tamaño, la estructura, composición y vida familiar esta muy ligada al cambio social.

Tuiran (2001) menciona que la familia es el grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, la cual constituye una realidad compleja y multidimensional debido a que tiene varias funciones: es la primer fuente de socialización de los seres humanos, moldea el carácter de los individuos, inculca modos de actuar y de pensar, actúa como un espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales.

Stierlin (1994) señala que la familia contribuye a la supervivencia de una sociedad y cultura, ya que al ser una instancia socializadora transmite el conjunto de experiencias y valores a las siguientes generaciones.

El modelo arquetípico en la sociedad contemporánea se llama familia conyugal, tradicional o nuclear, la cual esta compuesta por el padre, la madre e hijos. Este tipo de familia se funda en una división sexual del trabajo, en donde se asignan roles a cada uno de los cónyuges. El hombre ocupa el papel de proveedor de los medios económicos y la mujer realiza las actividades de crianza, el cuidado de los hijos, y realización de tareas específicamente domésticas (Tuirán, 2001).

El modelo de familia conyugal es el que por muchos años ha determinado la normalidad, sin embargo no coincide totalmente con la realidad. Las investigaciones realizadas en México demuestran que una proporción importante de familias no se ajusta al modelo conyugal, ya que en nuestra sociedad coexisten formas nuevas y viejas que se mezclan en la práctica con el modelo de familia tradicional. Por lo que al realizar cualquier estudio con relación a las familias es necesario considerar las experiencias peculiares de cada una de ellas tales como características socioeconómicas, culturales, étnicas y políticas del contexto histórico social, en el cual se desarrolla. Al respecto, Vega (en Reuben, 2001) señala lo siguiente:

queremos destacar el concepto de diversidad familiar, entendiendo por éste que no hay un solo tipo de familia, sino que, por el contrario, coexisten múltiples tipos de familia, dependiendo de la variedad de factores macrosociales que inciden en su configuración y desarrollo. Al ser parte de una comunidad sociocultural más amplia, la familia se constituye a partir de las condiciones socioeconómicas y culturales del sistema social del que forma parte, a más de los patrones interaccionales propios de cada grupo. (p.152)

Para comprender los cambios seculares en el tamaño y la estructura de la familia, es básico tomar en cuenta la configuración cambiante de las condiciones demográficas. Por ejemplo, en nuestro país han ocurrido cambios en las cifras de mortalidad y fecundidad. En 1930, la esperanza de vida era de 36 años ahora ha aumentado a 75, esto provoca la ampliación del tiempo de convivencia familiar de padres, hijos, nietos y otros parientes. La disminución de los niveles de mortalidad se ha visto asociado a una declinación de la fecundidad. En las últimas tres décadas, la tasa de fecundidad descendió de 7 a 2.5 hijos por cada mujer, esto debido a las prácticas anticonceptivas y el control voluntario de los nacimientos (Tuirán, 2001).

Durante el siglo XX se han producido diversos cambios económicos, sociales y demográficos los cuales han influido en las relaciones familiares y en la emergencia de formas diversas de organización hogareña. Los cambios experimentados por las familias son los siguientes:

- a) Existencia de diversos tipos de familias- Han aumentado los hogares monoparentales jefaturados por mujeres, esto asociado a tres factores principales; cambios culturales en la vida de la pareja, debilitamiento del vínculo que une a los cónyuges y la complejidad para establecer nuevos vínculos de carácter durable.

- b) Reducción en el tamaño de la familia- La disminución del número de hijos ha sido un hecho notable en las últimas 3 décadas.
- c) El desplazamiento de la figura del hombre como proveedor único y el aumento de las mujeres que realizan actividades extradomésticas. Este fenómeno implica la transformación de los roles o papeles de género, lo que abre la posibilidad para la negociación de los derechos y deberes del ámbito doméstico.
- d) El incremento de las separaciones y divorcios.
- e) El aumento de las relaciones sexuales antes del matrimonio, lo que ha generado mayor número de embarazos en las adolescentes.

A éstos cambios se asocia también el aumento en la instrucción educativa en las generaciones jóvenes y el retraso en la edad para la formación de pareja. Cada uno de estos factores ha generado cambios en la constitución y organización de las familias.

En el 2002, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI) realizó una clasificación de la constitución de las familias en tres tipos: tradicionales, modernas y monoparentales. En las primeras existe una división sexual del trabajo, en donde el esposo es el proveedor y la esposa tiene a su cargo el trabajo doméstico. Las familias modernas son aquellas en donde los dos integrantes de la pareja conyugal realizan trabajo extradoméstico y las familias monoparentales están encabezadas por una mujer con hijos e hijas, sin la presencia del cónyuge.

El INEGI (2002) señala que de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Trabajo, Aportaciones y Uso del tiempo, realizada en 1996, las familias tradicionales constituían el 46.1% del total de hogares, las familias modernas representaban el 19.1% y las monoparentales el 12.5%. El restante 22.3% de los hogares estaban conformados por familias en las que ambos miembros de la pareja conyugal, no trabaja en el mercado laboral.

Los diferentes cambios estructurales en las familias también van acompañados de un debilitamiento de los lazos familiares debido a que la cohesión entre los miembros de las familias ha disminuido, algunos hechos que demuestran este fenómeno son: el aumento de la delincuencia infantil, la crisis de los valores éticos, el incremento de uniones libres, y la cada vez más frecuente práctica del divorcio. Otro factor importante es la imitación extralógica surgida de nuestra cercanía con Estados Unidos, país en donde la disgregación familiar alcanza uno de los niveles más altos en el mundo (Iturriaga, 1994).

1.1 Principales problemas que presentan las familias

Aunado a estas transformaciones en la estructura y organización, nuestro país enfrenta tres grandes problemas; la pobreza, la salud y la educación. Esta situación se agrava con el aumento de la población en forma considerable. El INEGI (2002) señala que entre 1900 y el año 2000 aumento 7.2 veces, lo que implica de 13.6 a 97.5 millones de habitantes. Entre otras problemáticas que vive nuestro país actualmente se encuentra: la deserción escolar, alcoholismo, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, depresión, intentos de suicidio, etc.

Con distintas características, modalidades y magnitudes, la violencia familiar ha estado presente en casi todas las sociedades del mundo, aún cuando no es la más visible, ésta problemática es una consecuencia de la desigual distribución de los poderes, funciones y capacidades. En 1996, se aprobó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, la cual se reformó en 1998 y 2001, adquiriendo el nombre de Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal. En su última reforma, en el artículo 3ro se estipula que “se entiende por violencia familiar todo acto u omisión intencional de un miembro de la familia contra otro, que atente contra su dignidad, su libertad, su integridad física, psíquica o sexual o su patrimonio” (Azaola, 2003, p. 20).

El INEGI (2002) reporta que en la encuesta sobre violencia intrafamiliar (ENVIF) de 1999, uno de cada 3 hogares del área Metropolitana vive algún tipo de violencia intrafamiliar; el 99% reporta maltrato emocional, 16% sufre intimidaciones, 11% violencia física y el 1% abuso sexual.

Los miembros de la familia más agresivos son el jefe de familia con 49.5% y la cónyuge con 44.1%. Las víctimas en su mayoría, son los hijos (as) con un 44.9% y la cónyuge con un 38.9%.

Los niños son una población vulnerable para sufrir violencia debido a la falta de información con relación a sus derechos, son más pequeños y menos fuertes que los adultos, existen mitos, creencias y estereotipos culturales que los limitan para reconocer el peligro y dependen para su sobrevivencia del mismo grupo que abusa de ellos. Pessotti, (en Azaola, 2003) refiere que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como “toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido, trato negligente, malos tratos, explotación, incluido el abuso sexual, al niño por parte de sus padres, representantes legales, o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”(p. 24).

En el 2002, la OMS señala que 40 millones de niños entre 0 y 14 años son víctimas de abuso y descuidos. Los factores sociales y demográficos que presentan un nivel más alto de correlación con el abuso físico son: padres solos y bajos niveles de ingresos, así como cualquier otro factor que incremente los niveles de estrés en la familia, como la presencia de niños con discapacidades o enfermedades. También constituyen un factor de riesgo los niños no deseados, niños hiperactivos, y niños con padres en situaciones difíciles como divorcio, pérdida de empleo o los padres que tienen expectativas poco realistas con relación a sus hijos (Azaola, 2003).

El aumento en el número de divorcios conlleva a una separación entre los miembros de la familia, y en su mayoría constituye un factor de riesgo para otras problemáticas. El INEGI (2002) reporta que en el 2001 se realizaron 48 mil divorcios judiciales, 7 de cada 10 fueron solicitados por ambos cónyuges, dos por las mujeres y uno por los hombres.

Las situaciones familiares u otros factores de orden psicológico, de salud y sociales desencadenan estados emocionales diversos. Las personas pueden manifestarlo atentando contra su vida. El INEGI (2002) reporta que ese año, en nuestro país, se realizaron 3,464 intentos de suicidio y se consumaron 91.2%. Los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres con un 59.9%, sin embargo de los suicidios consumados solo el 17.2 % es realizado por mujeres. En el mismo año

se encontró que el mayor número de intentos de suicidio esta representado por jóvenes entre 15 y 19 años.

Andolfi (1990) señala que la familia es un sistema entre otros sistemas, por lo que la exploración de las relaciones interpersonales y las reglas que gobiernan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado, será un elemento básico para comprender los comportamientos de quienes forman parte de éstos. Conocer la constitución familiar y el medio económico, político y social en donde se desenvuelve el individuo podrá darnos información valiosa para conocer su desarrollo.

Ante la diversidad de problemas que enfrenta nuestro país y reconociendo la importancia del psicólogo como promotor de la salud psicosocial, es imprescindible realizar acciones de prevención, detección, evaluación e intervención de las diferentes necesidades de la población. El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones.

Para comprender las problemáticas sociales y realizar una intervención, no basta con mirar al individuo en aislado, es importante considerar a todo el sistema familiar. Al respecto Minuchin (1991) comenta lo siguiente:

Vivimos nuestra vida como los fragmentos de un calidoscopio, siempre parte de pautas que son mayores que nosotros y, de algún modo, más que la suma de las partes. Nuestra epistemología individual nos ciega de este uno mismo calidoscópico, y eso resulta infortunado porque, cuando contemplamos a los seres humanos desde esta perspectiva, se nos abren nuevas y enormes posibilidades para la exploración de la conducta y el alivio del dolor. (p. 15)

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

A lo largo de la historia de la psicología se han desarrollado diversas explicaciones e intervenciones para cada uno de los problemas anteriormente citados. Kenney (1994) señala que los fenómenos psicológicos se han explicado a través de dos tipos de epistemologías; la

epistemología lineal progresiva y epistemología recurrente, también llamada sistémica o circular. Este autor señala que la epistemología se refiere al modo en que los seres humanos conocen, se centra en cómo conocen los que conocen, esto indica su forma de pensar, percibir y decidir el mundo.

La epistemología lineal progresiva explica los fenómenos a través de causa y efecto, en donde se expone la relación de una serie de causas o argumentos cuya secuencia no vuelve al punto de partida. Se considera que se puede aislar los elementos de un universo observado para realizar un estudio y análisis que pueda predecir su comportamiento individual.

Hoffman (1987) menciona que tradicionalmente se ha observado la enfermedad mental en términos lineales, con explicaciones históricas y causales del padecimiento, basados primordialmente en un modelo médico o psicodinámico, el cual alrededor de 1930 fue el método por consenso general más utilizado debido a que proporcionó técnicas y conceptos útiles durante la segunda guerra mundial.

La teoría psicoanalítica tenía por objeto el estudio detallado del paciente en lo individual. Las conceptualizaciones que se hacían en torno a la familia eran resultado de las percepciones que tenía el paciente de ésta, más que de la observación directa de las familias. Hasta entonces, la terapia individual se basaba según el modelo médico, en conceptos de etiología, el diagnóstico de la patología del paciente y en la terapia de la enfermedad del individuo (Bowen, 1991).

Por otro lado, la epistemología recurrente se centra en la ecología, la relación y los sistemas totales. Se considera que toda conducta es a la vez causa y efecto con respecto a todas las demás que acontecen en ese contexto. Sánchez (2000) menciona que todo integrante del sistema es retroalimentado por su contexto ante lo cual no es posible analizar un evento aislándolo de su sistema.

Con esta nueva epistemología surgen a mediados del siglo XX distintos modelos que se ocupan de la interacción familiar, lo que marca el inicio de la Terapia Familiar, cuyo desarrollo surge por la necesidad de buscar métodos de terapia más eficaces en los casos de graves trastornos

emocionales. Desde el momento en que la atención se desplazó del individuo a la familia, se tuvo que afrontar el dilema de describir y conceptualizar el sistema relacional de la familia (Bowen, 1991).

Los paradigmas de la Terapia Familiar Sistémica, tienen su origen en los postulados de la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la comunicación.

Los modelos que han surgido son; Modelo Estructural, cuyo principal representante es Salvador Minuchin, Terapia Estratégica con Jay Haley, el grupo de Milán con Selvini, Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, Terapia Breve con el grupo del MRI por Richard Fisch, Artur Bodin, John Weakland y Paul Watzlawick, Terapia Breve Centrada en Soluciones con De Shazer, Insoo Kim Berg, William O' Hanlon, Wiener Davis y Mathew Selekmán. Cada modelo se distingue por centrar sus objetivos hacia distintos aspectos de la familia pero siempre unificados por la visión de una nueva epistemología que implique la totalidad de las partes que conforman el sistema (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000).¹

A finales de los 70' surge el pensamiento posmoderno el cual representa un reto a la cultura familiar de la psicoterapia, debido a que no se centra en el interior del individuo o en la familia sino en las personas y sus relaciones. Se considera el conocimiento como una construcción social ya que el conocimiento y el conocedor son interdependientes a través del contexto, la cultura, el lenguaje y la experiencia (Anderson, 1997).

El pensamiento posmoderno está formado por las teorías del construccionismo social, la hermenéutica y la narrativa. Esta nueva filosofía, se representa en la psicoterapia a través de la narrativa, el equipo reflexivo y las conversaciones colaborativas.

¹ Cada uno de estos modelos se exponen en el capítulo II correspondiente al marco teórico que sustenta el trabajo clínico de la residencia en Terapia Familiar Sistémica.

2. Características de los escenarios en donde se realiza el trabajo clínico

2.1 Descripción de los escenarios

El Programa de Maestría y Doctorado de Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica inició en el año de 2001. La residencia se imparte en Ciudad Universitaria y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). Por las características de excelencia, tiempo completo y sedes de entrenamiento, se reciben únicamente 10 alumnos por año, en cada entidad. El programa tiene como uno de sus objetivos principales desarrollar habilidades para identificar e intervenir en problemas del área de la salud mental, en diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas.

A lo largo de su formación, el alumno deberá cubrir 145 créditos, de los cuales 42 corresponden al tronco teórico metodológico y 103 para actividades de residencia. Estas actividades se caracterizan por la enseñanza práctica supervisada en diferentes escenarios clínicos, los cuales constituyen una oportunidad para trabajar con familias reales durante 1600 horas de supervisión.

Las sesiones de intervención con las familias se llevaron a cabo en tres escenarios clínicos:

- 1) Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI).
- 2) Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Tlalnepantla.
- 3) Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco (CCH).

Los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica se dividían en dos equipos de 5 personas cada uno, y se distribuían en los diferentes escenarios. Un equipo asistía 2 veces por semana a la FESI y el otro equipo asistía un día de la semana al CCH y otro día al ISSSTE.

El equipo terapéutico total estaba constituido por los 5 terapeutas en formación, 2 supervisoras y la familia. Cada terapeuta tenía a su cargo dos familias mínimo por semestre. De tal forma que

cuando el terapeuta estaba al frente con la familia, los otros terapeutas participaban como observadores.

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala



No habrá que separar abismalmente ciencia pura y profesión. Los problemas y respuestas de la ciencia repercuten en el ejercicio de una profesión y, a la vez, los profesionales en su vida práctica plantean enigmas y problemas que sólo la investigación puede resolver. Con razón advertía Ortega y Gasset que la cultura sin profesión es bizantinismo y que la profesión sin cultura es barbarie.

MC. Ramiro Jesús Sandoval

Director de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala²

La Universidad Nacional Autónoma de México cuenta con 6 Campus para la formación de alumnos a nivel Licenciatura y Posgrado: Facultad de Estudios Superiores; Iztacala, Cuautitlán, Zaragoza, Acatlán y Aragón. Por su parte, Ciudad Universitaria cuenta con 4 escuelas y 13 Facultades.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala fue fundada en 1975, está localizada en Av. de los Barrios # 1, Col. Los Reyes Iztacala en Tlalnepantla, Estado de México, c.p. 54090. La FESI está organizada académica y administrativamente de la siguiente forma: Secretaría General Académica, Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, Secretaría de planeación Cuerpos Colegiados y Sistemas de información, Secretaría administrativa, Coordinación General de Estudios Superiores de procesos Institucionales y Unidad jurídica.

La Secretaría General Académica esta formada por la División de Investigación y Posgrado a la cual pertenece el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Las prácticas clínicas con supervisión se realizaron en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI.

² Fuente de referencia: <http://www.iztacala.unam.mx>

Fuente de Referencia- El servicio se otorga a cualquier persona que lo solicite. La población que asistió principalmente fueron estudiantes o trabajadores de la FESI y niños o adolescentes referidos de las escuelas cercanas. Los consultantes también fueron canalizados de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI y el Instituto Politécnico Nacional.

Metodología- La clínica está formada por una cámara de Gessel, detrás del espejo permanecían las supervisoras y los terapeutas en formación, de frente al espejo permanecía el terapeuta y la familia. Durante la sesión, el equipo podía estar en comunicación con el terapeuta a través de un teléfono, el cual se utilizaba cuando se consideraba conveniente realizar alguna pregunta o proponer alguna intervención al terapeuta.

Clínica de Medicina familiar del ISSSTE de Tlalnepantla



El ISSSTE fue creado por decreto presidencial en 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio. Tiene como misión 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.

Actualmente presta servicio a 10,295,082 derechohabientes. Cuenta con 94 Clínicas de medicina familiar distribuidas a lo largo del país. Las prácticas clínicas se llevaban a cabo en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla ubicada en Av. Chilpancingo s/n esq. Jalapa. Col. Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México. La clínica está organizada en dos estructuras: La estructura orgánica y la estructura técnico operativa. La primera está constituida por la dirección de la Clínica de Medicina Familiar y dos Subdirecciones: Subdirección Médica y Subdirección administrativa. La segunda se conforma por la consulta externa, en donde se proporciona el servicio de Psicología³.

³ Los datos referentes a la misión y la organización del ISSSTE se obtuvieron de <http://www.issste.gob.mx>

En esta clínica se ha ofrecido servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar. La institución permite que los residentes de los programas puedan dar servicio en el consultorio de Psicología.

Fuente de referencia- El servicio de terapia familiar se brinda exclusivamente a los derechohabientes, a sus familiares y a los trabajadores. Los horarios de atención corresponden al turno matutino. Las personas eran canalizadas por el departamento de psicología o por el médico familiar. En este escenario, el terapeuta utilizaba una bata blanca y hacía uso de un carnet para anotar las fechas de las sesiones. Estas condiciones generaban que los consultantes se refirieran al terapeuta como doctor.

Metodología. La psicóloga de la Institución participaba como miembro del equipo terapéutico total. Durante las sesiones no existía la separación a través del espejo, por lo que el terapeuta miraba de frente a la familia y detrás de ésta, a todo el equipo. La forma de comunicación entre el terapeuta y el equipo durante las sesiones era a través de un pizarrón al fondo del consultorio, en donde el equipo escribía algunas observaciones al terapeuta. Cuando faltaban 10 o 15 minutos para finalizar la sesión, el terapeuta pedía a los consultantes que salieran unos momentos para que el equipo pudiera discutir sus consideraciones respecto al caso. Posteriormente se les llamaba para indicarles el mensaje final.

Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco. (CCH)



La Universidad Nacional Autónoma de México tiene dos bachilleratos; la Escuela Nacional Preparatoria y el Colegio de Ciencias y Humanidades. El CCH es una institución académica, que ofrece estudios de enseñanza media superior; su proyecto fue aprobado por el Consejo Universitario de la UNAM en 1971.

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, al siguiente año se inauguraron los planteles Oriente y Sur. En la actualidad, el colegio está conformado por una Dirección

General, cinco planteles, y por un laboratorio central, con sus instalaciones ubicadas en Ciudad Universitaria. Actualmente la población estudiantil es de 60 mil alumnos. Para su funcionamiento interno cuenta con autoridades propias, su organigrama lo preside un Director General y nueve Secretarías que apoyan su actividad académica y administrativa.⁴

La misión del CCH es que sus estudiantes, al egresar, respondan al perfil determinado por su plan de estudios, que 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, para resolver problemas nuevos.

Las prácticas clínicas se realizaron en el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco, el cual está ubicado en Av. Aquiles Serdán # 2060. Colonia Ex Hacienda del Rosario. Delegación Azcapotzalco, México, D.F.

Fuente de referencia- Las personas que recibían el servicio eran canalizadas por el departamento de psicopedagogía, el cual refería a los alumnos y sus familias, así como a las diferentes personas que laboran para la institución; profesores, personal administrativo, intendencia, vigilantes, etc.

Metodología- Las sesiones se realizaban en el salón de audiovisuales y durante el último semestre se llevaron a cabo en un salón que acondicionaron exclusivamente para el servicio de terapia familiar. Este escenario clínico coincide con el del ISSSTE en cuanto a que todo el equipo permanecía en el mismo lugar sin alguna división física como el espejo, también se utilizaba el pizarrón, y se solicitaba la salida de los consultantes en el momento de elaborar el mensaje. La diferencia radicaba en que en el equipo terapéutico total únicamente participaba una supervisora.

2.2 Metodología de las sesiones

En cada uno de los escenarios, durante la primera sesión e incluso en algunas ocasiones desde la primera entrevista telefónica, se les mencionaba a los consultantes la forma de trabajar con

⁴ Los datos referentes a la misión y la organización del CCH se obtuvieron de <http://www.cchazc.unam.mx>

relación al equipo de terapeutas y a la videograbación de las sesiones, ellos manifestaban su conformidad por escrito.

La metodología de cada una de las sesiones fue la siguiente:

1. La Pre- sesión- Las supervisoras y los terapeutas se reunían antes de cada sesión para leer la información de la familia. Posteriormente se analizaban y realizaban observaciones con relación al caso, o bien, alguna sugerencia para el terapeuta.

2. La sesión- El terapeuta conversaba con la familia aproximadamente durante 45 minutos mientras que las supervisoras y los demás terapeutas observaban la sesión. Unos minutos antes de finalizar la sesión, el terapeuta asistía con el equipo para conversar con relación a la sesión y elaborar el mensaje final, posteriormente el terapeuta volvía con la familia para decirle el mensaje, realizar la próxima cita y cerrar la sesión.

3. Post-sesión- Al finalizar la sesión se reunía nuevamente el equipo para comentar posibles líneas de trabajo, se confirmaba o rechazaba la hipótesis y se retroalimentaba al terapeuta en cuanto a su forma de llevar a cabo la sesión.

4. Elaboración del formato de trabajo clínico- Al finalizar este proceso, el terapeuta elaboraba un formato que contenía la información de cada uno de los pasos anteriores. Los datos del formato son los siguientes:

- Nombre de la familia
- Terapeuta
- Sede clínica
- Supervisoras
- Equipo de supervisión
- Fecha y número de sesión.
- Breve resumen de la sesión anterior
- Geografía

- Miembros de la familia que asisten
- Familiograma
- Objetivos de la sesión
- Intervenciones terapéuticas
- Análisis teórico y modelos que sustentaron el trabajo terapéutico
- Tareas y mensaje final
- Plan de tratamiento
- Evaluación y observaciones generales - Impacto y efectos en la familia y en el equipo de terapeutas.

La metodología descrita utilizada en las sesiones y la concepción epistemológica de los supervisores y de los terapeutas en formación, guiaba la forma de trabajo en los tres escenarios, sin embargo cada lugar tenía condiciones físicas distintas por lo que había variaciones en la forma de llevar a cabo las sesiones, la cual fue señalada en la descripción de los escenarios clínicos.

El mismo equipo de terapeutas, con cada supervisor, cada escenario y cada familia creaban distintas formas de organización y a su vez distintas formas de mirar los sucesos. Por lo que la experiencia de participar con diferentes supervisores, escenarios y familias constituye una gran oportunidad para el terapeuta en formación. Al respecto, Hoffman (1987) señala que el terapeuta y el cliente forman parte de un campo más extenso en que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente con la naturaleza del campo en que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico.

En cuanto a la fuente de referencia, ésta proporciona información importante con relación a la familia. Hay personas que asisten por iniciativa propia, con el genuino interés de exponer la situación que presentan y recibir una atención a su problemática. Por el contrario, hay familias que asisten porque son enviados por otras personas o Instituciones; por ejemplo, un adolescente que es referido por la escuela, quien está condicionado que si no asiste a un proceso terapéutico será dado de baja de la institución. En estos casos, tal vez la familia no describa alguna dificultad,

únicamente asisten para cumplir el requisito escolar, lo que puede hacer que se muestren indispuestos para conversar.

Independientemente de que la familia asista referido por otras personas o por interés propio, el hecho innegable es que están ahí presentes, en la búsqueda de alternativas para que las cosas sean diferentes ante la situación que están viviendo. Por lo que es primordial que cuando el terapeuta se reúne por primera vez con la familia, delimite el motivo de consulta y expectativas de los consultantes para crear juntos los objetivos y metas a cumplir.

II MARCO TEÓRICO

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

La terapia familiar sistémica surge del cambio de la epistemología lineal a la circular. Las personas que ejercieron mayor influencia para generar éste cambio epistemológico fueron; el teórico de los sistemas generales Ludwing von Bertalanffy, el cibernético Nort Wiener, el teórico de la información, Claude Shannon, y el antropólogo inglés, Gregory Bateson, quien mostró la utilidad de diversas ciencias para la comprensión del proceso de comunicación (Hoffman, 1987).

Teoría General de los Sistemas

Esta teoría surge alrededor de 1947, a finales de la segunda guerra mundial teniendo como representante al biólogo Ludwing Von Bertalanffy, cuyo objetivo fue encontrar correspondencias o isomorfismos entre distintos tipos de sistemas, aún cuando estos correspondieran a diferentes disciplinas, creando principios que regulen a los sistemas en general. Propone la utilización de un lenguaje en común que fuera compartido por distintas ciencias y promoviera la comunicación entre los científicos (Eguiluz, 2001).

Bertalanffy (1986) menciona que los sistemas están compuestos por una serie de elementos en interacción. Un sistema, engloba tanto a una célula, como al ser humano, una máquina autoregurable o el universo, por lo que la definición comprende todos los fenómenos integrados con los diversos elementos que la componen, así como las interrelaciones que se generan entre ellos.

El mismo autor menciona que los sistemas pueden ser abiertos o cerrados. Los sistemas abiertos intercambian materia, energía o información con el medio, como los seres vivos. Los sistemas cerrados son los que no realizan un intercambio de energía con el medio circundante, como los que corresponden a la química y a la física.

Las propiedades de los sistemas son los siguientes (Eguiluz, 2001; Ochoa de Alda, 1995):

- Totalidad- La conducta del sistema familiar no puede entenderse únicamente como la suma de las acciones de cada uno de ellos, se debe incluir las relaciones e interacciones existentes entre ellos.
- Causalidad circular- Es la descripción de las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas. Estas características identifican la secuencia de conductas en la organización del sistema.
- Recursividad- Cada sistema se relaciona verticalmente con sistemas mayores llamados suprasistemas y sistemas menores conocidos como subsistemas.
- Orden Jerárquico- Es la diferenciación progresiva de los sistemas simples a complejos. Cada sistema tiene una organización jerárquica que determina quien tiene más poder y responsabilidad en el sistema.
- Equifinalidad o Equipotencialidad- Un sistema puede alcanzar un estado final determinado a partir de distintos estados iniciales.
- Equicausalidad- Las mismas condiciones iniciales pueden originar diferentes estados finales. Esta características y la anterior nos indica que no existen causas únicas para un problema.
- Homeostasis- Es la capacidad de un sistema para mantenerse en equilibrio.

Estos principios definen al sistema como una totalidad que integra a todos sus componentes, sus características y sus interacciones. Sánchez (2000) menciona que la teoría general de los sistemas proporciona a los terapeutas familiares una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y sus relaciones.

Cibernética de Primer Orden- Cibernética simple

La teoría de la Cibernética esta representada por el estadounidense Norbert Wiener. Esta teoría permitió dar impulso a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje. (Eguiluz, 2001).

En 1942 en Nueva York, se realizó una reunión en la Fundación Josiah Macy con relación a problemas de inhibición del sistema nervioso. Esta reunión congregó a diferentes investigadores interesados en los mecanismos autoregulados, entre ellos destacan: los matemáticos John von Neumann y Walter Pitts, el neuropsiquiatra Warren Mc Culloch, los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead (Vargas, 2005).

La continuidad de este encuentro se vio interrumpida por el inicio de la segunda guerra mundial, fue hasta 1946 cuando el grupo de científicos se vuelve a reunir, iniciando así un ciclo de conferencias, en donde el tema central fue los mecanismos de retroalimentación y sistemas causales circulares en los sistemas biológicos. Posteriormente se incluyeron al grupo; Lawrence Kubie, Heinrich Kluver, Erik Erikson, Kurt Lewin y Heinz von Foerster (Keeney, 1994).

A través de las conferencias Macy se desarrollaron diferentes ideas que dieron uno de los giros más importantes para el campo de la ciencia debido a que se propusieron nuevas explicaciones de los fenómenos, en los diferentes campos como la ingeniería, biología y disciplinas sociales (Vargas, 2005).

Wiener (en Keeney, 1994) designó el término cibernética al nuevo tipo de pensamiento que se estaba abordando cuya idea central es la “retroalimentación”, la cual define de la siguiente manera:

La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esta información de retorno, sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje. (p. 83)

Con esto entendemos que el cambio y el aprendizaje establecen o modifican la retroalimentación, de tal forma que cada sistema vigila sus funciones y es autocorrectivo. En terapia se observa como las familias corporizan procesos de retroalimentación que permiten la estabilidad del sistema. Un sistema familiar que perdura es autocorrectivo. El éxito de una terapia dependerá de crear formas alternativas de retroalimentación que indiquen un camino para el cambio.

La retroalimentación y la recursividad, análogamente pueden ser empleadas para explicar el comportamiento humano. La cibernética marca sin duda el inicio de una nueva forma de mirar los sucesos, la cual impacta en el campo de la terapia. Al respecto Bertrando y Toffanetti (2004) mencionan lo siguiente:

Gracias a la cibernética es posible liberarse del influyente legado de la teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y la retroalimentación. El formalismo de la teoría cibernética permite a la institución clínica considerar que el comportamiento de los miembros de la familia depende de cómo se articula la relación con los demás de forma que los terapeutas conceden más atención al ambiente donde se haya el individuo que a este mismo, y tratan de indagar el significado de las acciones en el contexto que le rodea: así se pasa de la o intrapsíquico a lo relacional. (p 62)

Desde la cibernética de primer orden, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, actúa como un observador ajeno al fenómeno que debe modificar. Desde esta perspectiva, existe una clara distinción entre observador y observado (Sánchez, 2000).

Cibernética de Segundo Orden- Cibernética de la Cibernética

Hablar de la cibernética de la cibernética nos conlleva a mencionar el concepto de la “caja negra” utilizado en la ingeniería, en donde se examinaba la relación entre las entradas y salidas de un sistema. Este concepto no incluía al observador o ingeniero, solo lo consideraba como alguien que controlaba unilateralmente el sistema que observaba. Con esto, se distinguen dos tipos de sistema; los taciturnos, en donde el observador actúa diferenciado del sistema, y los sistemas orientados por el lenguaje en donde se incluye al observador y se clarifica su propia finalidad. Esta diferencia de participación, indica una distinción en el orden de recursión. La cibernética no lo visualiza como sistemas opuestos, más bien los orientados al lenguaje presentan un orden de recursión superior (Keeney, 1994).

Ahora bien, situémoslo en el área de la terapia, en donde el primer tipo de sistema indicaría que la familia es una caja negra que es observada y se puede operar siendo externo al sistema. El segundo tipo de sistema indica que el terapeuta es incorporado al sistema. Esta concepción de “caja negra” más observador se conoce como cibernética de la cibernética o bien de segundo orden, en donde las propiedades del observador deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones.

Esta epistemología da cuenta del observador, a quien se considera como parte del fenómeno observado. Margaret Mead fue la primera en utilizar el término “cibernética de la cibernética” en donde incluye al observador como parte del sistema observado. Posteriormente Von Foerster la nombra cibernética de la cibernética (Keeney, 1994).

Uno de los conceptos básicos de esta epistemología es el de “autoreferencia”, que señala que en la descripción que hace el observador esta inmersa las propiedades de él mismo, de tal forma que las observaciones no son absolutas sino relativas al punto de vista del observador. Cada descripción indica un modo particular de puntuar los sucesos, de tal forma que los fenómenos se explican a través de quien observa.

Juturan (1994) menciona que la cibernética de segundo orden abre un espacio para la reflexión acerca del propio comportamiento y la responsabilidad, al considerar que nosotros somos constructores de nuestra propia realidad, implica que somos responsables de nuestras propias invenciones.

Keeney (1994) menciona que al observar un sistema se debe considerar su “autonomía” que indica el mantenimiento de la totalidad del sistema. La familia se considera como un sistema autónomo, debido a que se organiza de cierta forma y genera acciones para mantener dicha organización. Desde la cibernética de segundo orden, el terapeuta participa de forma activa y construye con la familia la realidad de lo que sucede en terapia.

Teoría de la Comunicación

En 1949, surge una teoría de la comunicación, propuesta por Claude Shannon, quien era ingeniero electrónico y Warren Weaver, matemático. En este modelo se analiza la eficacia en la información, que incluye la transmisión, almacenamiento y procesamiento de información. Esta teoría hace referencia a una lectura lineal de la comunicación.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) mencionan los postulados de la nueva teoría de la comunicación humana, en donde insertan los aportes de la Cibernética y la Teoría General de los Sistemas. Los axiomas son los siguientes:

- Toda conducta es comunicación. No existe algo que sea lo contrario de conducta, por ello no puede haber “no conducta”. Todas las conductas tienen un valor de mensaje en una interacción. La actividad o inactividad, el ruido o el silencio comunican algo a otro, el cual a su vez emite un mensaje.
- La comunicación tiene niveles de contenido y de relación. El contenido es la información incluida en el mensaje y la relación indica que tipo de mensaje es y como debe entenderse este. La relación debe considerar el contexto en el que se desarrolla la comunicación, lo que incluye los componentes no verbales.
- La puntuación de la secuencia de hechos. La puntuación se refiere a la organización de las secuencias de la interacción. La naturaleza de la comunicación depende de la forma particular en que los participantes tienen en puntuar los sucesos. Cada persona organiza la información a su manera, por lo que puede ser común que surjan conflictos cuando las personas no coinciden en la forma de puntuar los hechos.
- La comunicación tiene un componente digital y analógico. La comunicación digital se refiere al lenguaje verbal, y el componente analógico a la comunicación no verbal; incluye la postura, los gestos, expresión facial, voz, ritmo, y todos los movimientos

corporales. Con relación al segundo axioma, se puede decir que la parte de contenido se transmite de forma digital y la parte de relación se comunica de forma analógica.

- Interacción simétrica y complementaria. Los intercambios comunicacionales son simétricos cuando están basados en la igualdad, y complementarios cuando están orientados hacia la diferencia en las acciones.

Gregory Bateson

Los aportes de Gregory Bateson constituyen la base teórica más importante para el desarrollo de la terapia familiar. Bateson provenía de la burguesía intelectual de Inglaterra, realizó estudios de zoología y antropología. En 1927 se dedicó a estudiar la ceremonia del Naven en la tribu Iatmul de la primitiva tierra de Nueva Guinea. En esos años, conoce a Margaret Mead con quien forma pareja y realiza diversas investigaciones en la isla de Bali (Eguiluz, 2001).

En el contexto de las conferencias Macy fue donde adoptó una epistemología cibernética para su trabajo. Retomó las ideas de Wiener como retroalimentación o calibración para aplicarlas en las ciencias sociales, señaló que debido al proceso de retroalimentación se obtiene la estabilidad del sistema, lo que sugiere que cada organización perdura debido a que es autocorrectiva (Vargas, 2005).

Durante su estancia en Nueva York, realizó estudios de diversas disciplinas, en donde conoce a profesionales en el campo de la psicología y la psiquiatría, entre ellos; Kurt Lewin, Harry Sullivan y Milton Erickson (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1949 comienza a realizar investigaciones con relación al proceso de comunicación, afirmando que el tipo de información que se intercambia en las interacciones determina las reacciones y el comportamiento del sistema. En la década de 1950 inicia un proyecto de comunicación, centrándose en las pautas de la transacción esquizofrénica.¹

¹ Los resultados y aportaciones de esta investigación al campo de la terapia familiar se explican en el punto 2 de este capítulo.

Constructivismo y Construcciónismo social

El constructivismo y el construcciónismo social coinciden al rechazar la idea de que existe un mundo real que se puede conocer de forma objetiva, sin embargo cada uno surge de tradiciones de ideas distintas.

El constructivismo es una teoría filosófica del conocimiento, que remonta a los escritos de Nelson Goodman, David Hume, Immanuel Kant, Jean Piaget y de los constructos del psicólogo George Kelly. El constructivismo radical es propuesto por Ernst von Glasersfeld, quien plantea que la realidad es una construcción de la mente. Se enfatiza la autonomía del propio ser como productor de sentidos, ya que el conocimiento se refiere a la experiencia individual. Este pensamiento se asocia a los trabajos de los cibernetas, Heinz von Foerster, Paul Watzlawick y Humberto Maturana (Anderson, 1997).

En esta perspectiva la realidad se construye, no se descubre. El observador implicado en la percepción construye la realidad que observa. Al respecto Ceberio y Watzlawick (1994) señalan:

La circularidad está presente en la percepción: la cosa está sujeta al sujeto que la observa, pues es él, el que construye la cosa observada, construye lo que observa, pero a la vez, él está sujeto a la cosa, puesto que lo que observa es su propia construcción. (p. XII)

Por su parte, el construcciónismo social cuestiona la noción del individuo autónomo y de la mente constructora individual ya que considera que el contexto interaccional y comunal es el que produce significación. La mente es relacional y el desarrollo del sentido es discursivo. Este tipo de pensamiento está representado por Kenneth Gergen, quien se interesa en los procesos a través de los cuales las personas, describen, explican o dan cuenta del mundo en el que viven, de forma tal que la verdad es producto de las relaciones humanas.

Gergen (1996) señala que el lenguaje adquiere un papel fundamental debido a que las creencias como las prácticas se crean, vinculan y ocurren en el lenguaje, por lo que se cuestiona la idea de que el conocimiento pueda ser reflejado o revelado.

2. Análisis de los principios teórico metodológico de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

Como quiera que se defina un terapeuta o una terapeuta, sea como descubridor, de recursos y soluciones, sea como asesor literario en la composición de historias nuevas, sea como abogado de la neutralidad o de la individuación conexas, el/ella siguen buscando y ofreciendo apoyo en un mundo cambiante, o mejor dicho, se encuentran ante la exigencia constante de buscar y de crear apoyo en la falta de apoyo. (Stierlin, 1994, p. 153)

Una vez que se han explicado los fundamentos teóricos que contribuyeron al campo de la terapia familiar sistémica, será importante conocer los pioneros en ésta área, cuyas aportaciones fueron básicas para el desarrollo de la misma. Hoffman (1987) menciona que hay grandes figuras que no pertenecen a una escuela en particular pero que hicieron grandes contribuciones a la terapia familiar, entre los que destacan: Virginia Satir, Nathan Ackerman, Carl Whitaker, Lyman Wynne, Murray Bowen, Milton Erickson y Don Jackson .

Virginia Satir es la única mujer entre los pioneros de la terapia familiar. Dirigió un programa de demostración en el Instituto de Investigación Mental, se distinguió por su capacidad de tomar las cosas negativas que ocurrían en la sesión y convertirlas en acciones positivas. Entre 1963 y 1965 dirigió la formación psicoterapéutica en el Instituto “Esalen” en California. Se convirtió en una de las figuras principales de “Human Potential” de los años sesentas (Stierlin, 1994).

Nathan Ackerman nació en Besarabia, una región del sur de Rusia, años más tarde emigra con su familia a Estados Unidos. Obtuvo la formación de psiquiatra y psicoanalista. Destaca por su arte teatral, ingenio e intromisión en terrenos privados de las familias, tenía una capacidad extraordinaria para utilizar su presencia para generar el cambio (Hoffman, 1987). En 1937 escribe “*La familia como unidad social y afectiva*” en el que menciona la importancia de los roles familiares y la forma en cómo éstos pueden perturbar las interacciones en los integrantes de la familia. En 1965 funda en Nueva York el Instituto de la familia (Wittezaele, y Garcia, 1994).

Whitaker tenía formación psicoanalítica, se llamaba a sí mismo como “el terapeuta de lo absurdo”, en sus sesiones utilizaba bromas que escandalizaran, asombraran o confundían a la familia para provocar un caos que llevará la patología al extremo y así los síntomas desaparecieran por sí solos (Hoffman, 1987).

Lyman Wynne llegó a la terapia familiar también desde el camino del psicoanálisis, a diferencia de Ackerman y Whitaker se mostró como una figura integradora más que provocativa. Wynne realizó con Margaret Mead una investigación con familias con un miembro esquizofrénico. De los resultados de sus investigaciones definieron el concepto de “desviaciones de la comunicación”, que hacen referencia a los cambios en la conducta comunicacional que dificultan o impiden que se comparta un foco de atención común (Stierlin, 1994).

El psiquiatra Muray Bowen, fue junto con Lyman Wynne, uno de los pioneros en hospitalizar a las familias esquizofrénicas para poder estudiarlas. En su trabajo como terapeuta rastrea en las generaciones más antiguas para reconstruir la historia familiar y encontrar en el pasado conexiones con el presente. Bowen al igual que Ivan Boszormenyi- Nagy fundaron una teoría multigeneracional.

Milton Erickson fue pionero en áreas como la hipnosis, terapia familiar, terapia breve y terapia estratégica. Nació en Aurum, Nevada, se establece con su familia en Wisconsin. Desde los 17 años padeció poliomelitis, lo que le hace desarrollar una peculiar sensibilidad y poner a prueba sus capacidades “Erickson esta convencido de que toda limitación no es más que una construcción mental y que los recursos de los seres humanos son superiores a sus limitaciones, en cualquier caso muy superiores a lo que piensan los terapeutas” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p.107).

Erickson estudio psicología, psiquiatría y desarrollo la hipnosis. Ejerció gran parte de su práctica privada en Phoenix Arizona. El no especulaba acerca del origen de los problemas, y no consideraba las clasificaciones o nombres de patologías para abordar el problema, sino que se enfocaba en buscar una solución al paciente. Consideraba los problemas como esfuerzos en la vida cotidiana, que les habían salido mal, argumentando que todas las personas tenían en ellas mismas o en sus sistemas sociales los recursos para realizar los cambios necesarios. Erickson tenía presente la capacidad y disposición del individuo de tomar decisiones de influir en su historia, su biografía, conducta, sentimientos y por lo tanto en sus síntomas (Stierlin,1994).

En la década de 1950, Gregory Bateson encabezó un proyecto de investigación con relación a la comunicación, centrándose en las pautas de la transacción esquizofrénica. En el equipo participaron Don Jackson, Weakland, Haley y Watzlawick. En los estudios con familias esquizofrénicas se observó que no precisamente se trataba de enfermedades en el sentido médico, si no de manifestaciones ordenadas que tenían sentido en las familias o en otros contextos en los cuales surgían. En sus investigaciones encontraron que cuando un miembro de la familia mejoraba, otro integrante del sistema empeoraba, lo que parecía suponer que la familia necesitaba de un síntoma. Jackson lo denominó como “homeostasis familiar” (Hoffman, 1987).

En 1956 publican el escrito “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*”, en donde se expone el concepto del “doble vínculo” que implica una comunicación a muchos niveles, en el cual una demanda manifiesta a un nivel es anulada o contradicha a otro nivel. Esta forma de comunicación implica un callejón sin salida en la comunicación, impuesto de unos a otros por personas que se encuentran en un sistema de relación.

La publicación de este artículo marca un cambio en la concepción de la enfermedad mental, ya que propone que la esquizofrenia puede ser producto de la comunicación en las relaciones familiares. Esta explicación difiere de la concepción tradicional que veía a la enfermedad como un síntoma inherente al hombre, ahora se explica a través de patrones específicos de interacción. Los conceptos expuestos en este artículo -homeostasis familiar y doble vínculo- fueron significativos para el desarrollo de la terapia familiar sistémica.

Durante el decenio de 1960 se escribieron diversidad de artículos con relación a las familias esquizofrénicas en donde se planteaban estrategias para escapar de las definiciones de relaciones por miembros de éstas familias. La mayoría de estos artículos se encuentran en la serie de comunicación humana de Jackson: *Therapy, communication and change y communication, Family and marriage* (Hoffman, 1987).

Modelo Estructural



Salvador Minuchin

Salvador Minuchin es el representante de éste modelo. Nació en una familia de judíos rusos que emigraron a Argentina. En 1950 viaja a Estados Unidos, en donde conoce a Nathan Ackerman. En 1954 trabaja en la escuela Wilwyck, un internado para jóvenes delincuentes. Durante su estancia en esta escuela, integra un grupo de terapeutas para trabajar en un programa terapéutico orientado a la familia, entre sus colaboradores se encuentra el terapeuta latino, Braulio Montalvo (Bertrando y Toffanetti, 2004.).

Las personas que asistían a la escuela Wiltwyck pertenecían al grupo minoritario urbano, sufrían pobreza, discriminación y carencia en el hogar. En este tipo de familias la interacción suele ser concreta y orientada a la acción, en vez de abstracta y verbal, por lo que las intervenciones consistían en generar acciones; tales como juegos de roles o intervención en los hogares.

Minuchin trabajó durante 10 años en la “Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia”, en donde se brindaba atención a nivel familiar. En 1969 Minuchin, Haley, Braulio Montalvo y Bernice Rosman desarrollaron un programa que dio énfasis a la experiencia práctica, vigilancia en línea, y el uso de videos para aprender y aplicar las técnicas de terapia familiar estructural. La primera publicación de su modelo fue en 1972 con “*Structural Family Therapy*”. En 1974, publica “*Families and Family Therapy*”.

Este modelo se caracteriza por considerar al síntoma de una familia como producto de un sistema familiar disfuncional, por lo que si se hacen cambios en la organización familiar, el síntoma desaparecerá. El objetivo de la terapia estructural es reestructurar el sistema en la medida que la familia lo permita para funcionar de manera más efectiva, funcional y competente (Sánchez, 2000).

Minuchin consideraba a la familia como un grupo social y natural, un sistema abierto en constante transformación, en donde sus miembros responden a factores internos, ya que atraviesan por diferentes etapas de desarrollo, y factores externos debido a que cambian al ritmo de la sociedad (Umberger, 1983).

La familia tiene dos funciones principales: 1) A nivel interno la protección psico-social de sus miembros. 2) A nivel externo la acomodación a una cultura y la transmisión de ésta. La familia debe adaptarse a los cambios a través de:

1. Existencia de gama suficiente de pautas.
2. Disponibilidad de pautas transaccionales alternativas.
3. Flexibilidad para movilizar pautas cuando sea necesario.

El desarrollo de la familia implica etapas con una progresión de complejidad creciente en donde se viven periodos de desequilibrio y de homeostasis. En cada etapa se elaboran tareas y aptitudes nuevas. Minuchin, y Fishman (1981) señalan que este proceso por el que atraviesa la familia se llama ciclo vital y comprende principalmente cuatro etapas: formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos en edad escolar o adolescentes y familia con hijos adultos, la cual suele llamarse nido vacío.

Estos mismos autores mencionan que la organización familiar implica la existencia de diferentes subsistemas; individual, fraterno, conyugal y parental.

Cuando el terapeuta tiene su primer encuentro con la familia elabora un mapa familiar, el cual es un esquema organizativo que identifica pautas transaccionales, le permite plantear hipótesis y determinar sus objetivos terapéuticos. Esto lo hace con la información que obtiene de la familia y de lo que observa durante la sesión.

Minuchin (1989) menciona que el terapeuta realiza una evaluación de 6 áreas del sistema familiar, la cual le permite construir una hipótesis para realizar intervenciones en beneficio de la meta terapéutica.

1. Estructura de la familia- Indica la forma en como están organizados los integrantes de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las pautas alternativas disponibles.

2. Flexibilidad del sistema- Es la capacidad de la familia para cambiar y reestructurarse, lo cual implica modificar alianzas o coaliciones como respuesta a situaciones cambiantes.

3. Resonancia del sistema- Se refiere a la sensibilidad hacia las acciones individuales de los miembros. La familia puede ser aglutinada si presenta una gran resonancia ante las acciones de otros o puede ser desligada si su sensibilidad es baja.

4. Contexto de la familia- Se examinan las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia.

5. Estadio de desarrollo de la familia- Se identifica la etapa del ciclo vital en el que se encuentra la familia y el modo en como lo están experimentando.

6. Síntoma del paciente identificado- Se observan las formas en que se presenta el síntoma y de que modo éste ayuda a organizar a la familia de cierta forma y a mantener las pautas preferidas de sus miembros.

Minuchin y Fishman (1981) señalan que el terapeuta comprende la organización familiar e intenta reorganizarla en búsqueda de pautas nuevas. Cuestiona esta organización en tres sentidos:

a) Cuestionamiento del síntoma- Es común que la familia deposite el problema en una persona, a la cual se le llama paciente identificado. La familia elabora una serie de soluciones ineficaces que mantienen el síntoma. El terapeuta preguntará con relación a la explicación que la familia tiene del problema en el área afectiva, cognitiva y conductual con el objeto de modificar su concepción. Las técnicas que permiten un cuestionamiento del síntoma son: escenificación, enfoque y logro de intensidad.

b) Cuestionamiento de la estructura- Es la forma en como se organizan los miembros del sistema. El terapeuta puede actuar sobre la estructura cambiando los roles o funciones de los individuos. Las técnicas que se utilizan son: fijación de fronteras, el desequilibramiento y complementariedad.

c) Cuestionamiento de la realidad- Se refiere a la visión del mundo que tiene la familia: sus valores, mitos, reglas, y la forma de percibir un evento. El terapeuta al comprender su visión de la realidad, les muestra una forma distinta de vivenciarse a sí mismos y a los demás. Las técnicas son constructos cognitivos, intervenciones paradójicas, insistencia en lados fuertes de la familia.

Modelo Estratégico



Jay Haley

Jay Haley es el representante de la Terapia Estratégica, fue el primero en utilizar el término de “estratégico” para definir cualquier terapia en donde el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema (Hoffman, 1987).

En 1953, Haley estaba estudiando comunicación en la Universidad de Stanford cuando Gregory Bateson lo invitó a trabajar en el proyecto de esquizofrenia. Haley desarrolló sus habilidades terapéuticas bajo la vigilancia de Milton Erickson de 1954 a 1960. En 1976, funda el Instituto de la Terapia Familiar con Cloe Madanes, quien también es representante de éste modelo.

Haley se enfocó en la posible función de los síntomas del paciente, creía que era más importante hacer algo activamente sobre los problemas de los pacientes en lugar de ayudar a que ellos entendieran por qué tienen esos problemas. Madanes (1989) señala que un rasgo primordial de esta terapia, es que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente.

Haley (1986) menciona que la terapia familiar estratégica, surge a partir del examen del poder de las relaciones entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de una familia. Las distintas estrategias de psicoterapia fueron creadas con el objeto de utilizar este poder para producir cambios. El poder no implica dominación u opresión sobre la otra persona. El poder es visto desde los aspectos positivos o benévolos, en donde una persona tiene la posibilidad de cuidar de otra, consolarla, guiarla y reformarla.

Haley (1976) señala que las etapas de la primera entrevista son: Etapa Social, planteamiento del problema, etapa de interacción y fijación de metas. A lo largo del proceso terapéutico, el terapeuta utiliza las directivas que implican un mensaje para que la otra persona haga algo o deje de hacer algo. Las directivas pueden reflejarse de forma directa como una pregunta o una tarea, o ser implícitas como un ademán o un silencio. El objetivo de las directivas es que los miembros del sistema se comporten de forma diferente para que puedan vivir experiencias subjetivas distintas.

Las técnicas que se utilizan para el logro de los objetivos terapéuticos son: directivas paradójicas, metáfora y ordalía (Haley, 1976).

a) Las intervenciones paradójicas consisten en decirle al cliente que no cambie con la intención de que lo haga. Es una forma indirecta que utiliza el terapeuta para realizar el cambio en la familia. Madanes (1989) menciona que esta intervención es útil para familias que solicitan ayuda pero se resisten a ser ayudadas, por lo que el cambio consiste en emplear su propia resistencia. El éxito de una paradoja depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo negándose a continuar cumpliéndolas. El mensaje de “no cambien” con el objetivo de que lo hagan debe transmitirse con mucha habilidad por parte del terapeuta, para que parezca algo razonable para la familia, de lo contrario pueden sentir que a él verdaderamente no le interesa que la familia cambie, o que no los entiende. Esta técnica requiere mucho ingenio y creatividad para que se produzca el resultado deseado.

b) La metáfora es una idea que se parece a otra cosa, en donde se realiza una analogía de personas, situaciones o cosas. Se utilizan cuando se pretende que la familia haga algo o entienda algo con la intención de que no la consideren una directiva. Es posible que la gente este más dispuesta a cumplir con una directiva cuando no tiene la conciencia de que la ha recibido.

c) La ordalía es una directiva asociada al problema que indica hacer algo que es más difícil o grave que el problema, de tal modo que resulte más laborioso tener un síntoma que abandonarlo (Haley, 1987).

Terapia Breve Centrada en Problemas

En 1958, Don Jackson funda el Mental Research Institute (MRI), en Palo Alto California, en colaboración con Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir, y Paul Watzlawick. En 1967, se funda en el MRI, el Centro de Terapia Breve (CTB) por Richard Fisch, Weakland, Paul Watzlawick, y Artur Bodin. El Director del CTB fue el psiquiatra Richard Fish.

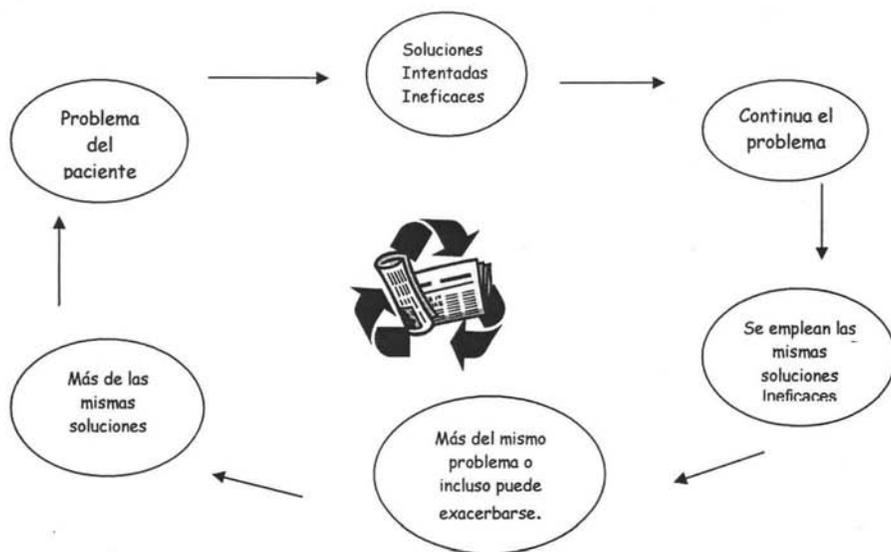
El año de 1968 es un período crítico para el MRI ya que pierde a tres de sus miembros más influyentes, y sobre todo a la cabeza de su organización. Por un lado, Jay Haley se retira del grupo para trabajar con Salvador Minuchin con familias que habitaban los barrios bajos de Filadelfia. Virginia Satir abandona también el MRI y en ese mismo año muere Don Jackson (Wittezaele y García, 1994).

Fisch, Weakland, Watzlawick y Bodin comienzan trabajando con familias o parejas centrándose en las interacciones y en un problema delimitado o el síntoma. Su interés era demostrar que en un periodo corto de tiempo, máximo de diez sesiones se podía realizar cambios mínimos que permitieran solucionar el problema. Se dieron cuenta que no siempre era necesario trabajar con el paciente si no que se podía trabajar con aquél que solicitaba la consulta e incluso podían trabajar con una sola persona.

Watzlawick y Nardone (2000) señalan que al cambiar las modalidades perceptivas del paciente en la construcción de su problema, cambiarían también las reacciones en torno a éste.

Este modelo se caracteriza por centrarse en el problema o dificultad de la persona. El problema es una conducta, acciones, pensamientos o sentimientos, que el paciente considera claramente indeseable. Esta conducta es definida como desviada, inadecuada, anormal y esta siendo conflictiva o dañina para el paciente. Los problemas se consideran de carácter interaccional, debido a que la conducta de una persona puede ser mantenida o estructurada por otra, lo que puede generar a través del tiempo una pauta repetitiva de interacción. Los problemas persisten

debido a la insistencia en la forma en que la persona intenta resolverlos, éstas soluciones intentadas no generan ningún cambio e incluso en ocasiones exacerban el problema.



En el esquema se visualiza la repetición de lo mismo una y otra vez y estas soluciones son las que mantienen el problema. El objetivo de la terapia es romper esta secuencia para generar nuevas alternativas de solución.

Es importante hacer una distinción de la persona que solicita la ayuda, a quien se le conoce como cliente y la persona que es la portadora del problema a la que se define como paciente.

Fish, Weakland, y Segal, (1985) señalan que las fases del proceso terapéutico son las siguientes:

- Definición del problema- En la primera entrevista se intenta definir el problema y las expectativas del cliente que incluye el establecimiento de los objetivos terapéuticos. Se debe identificar que miembro del sistema se encuentra en un estado no satisfactorio, quién se queja del problema para poder identificar quien es el cliente. El cliente puede plantear varios problemas y uno puede preguntarle en este momento por cual le gustaría comenzar o cuál es el que le preocupa más.

- Examinar soluciones intentadas- El terapeuta pregunta lo que ha hecho el paciente para resolver su problema, esto nos proporciona información acerca de lo que hay que evitar ya que no contribuyó a la solución del mismo. Estas preguntas permiten identificar la red de personas que pueden participar en los intentos de solución. Algunas preguntas útiles son: ¿quién participa y cómo a la solución del problema?, ¿qué hacen los demás cuando ocurre el problema?, ¿qué hace usted cuando el problema esta presente?

- Precisar los objetivos- Una vez que se ha comprendido el problema, se puede entonces estar en las condiciones de establecer los objetivos claros y precisos, ya que si éstos son vagos y confusos pueden obstaculizar la terapia. Considerando que los cambios son pequeños y generan otros cambios, se le pregunta al cliente cuál sería el cambio mínimo o señal para darnos cuenta que las cosas empiezan a marchar por buen camino.

- Formular una estrategia- Esta fase consiste en la elaboración de la intervención que producirá el cambio. Las estrategias resultaran efectivas si se realiza un giro de 180 grados que implique una dirección distinta de la que ha llevado el cliente a tener ese problema y se aleje de sus intentos de solución. Tal vez resulte complejo idear algo que sea distinto a lo que el cliente ha hecho hasta el momento por lo que se requiere mucho ingenio y certeza para encontrar la forma en que el cliente haga lo que nosotros le vamos a solicitar, esta estrategia se le conoce como “vender la tarea”. Para realizar esto es conveniente situarnos en la posición del cliente y no perder de vista su marco de referencia.

En cada fase del proceso se debe utilizar la postura del paciente, que incluye su lenguaje, creencias, valores, actitud ante la terapia y el terapeuta. Cuando el terapeuta acepta la postura del cliente, existe mayor probabilidad de que las acciones que él sugiere se realicen (Ochoa de alda, 1995).

Fish et al. (1985) identificaron 5 soluciones que son intentadas por las personas, y a su vez mencionaron la forma de intervenir en ellas.

1. Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.- Ocurre cuando el paciente tiene una dolencia que en su mayoría se refiere a problemas de funcionamiento corporal o rendimiento físico. La persona realiza acciones para aliviar su situación sin darse cuenta que esto solo puede obtenerse de modo espontáneo. Una solución efectiva consiste en decirle al paciente que deje de esforzarse mucho y renuncie a éstos intentos.

2. Intento de dominar un acontecimiento aplazándolo- Se refiere a pacientes que sufren alguna dolencia autoreferencial, generalmente son fobias, miedos y ansiedad ante una situación. El terapeuta deberá preparar al paciente para el acontecimiento que teme, de forma tal que cuando se enfrente a la situación, la persona sepa que hacer. Deberá dar directivas y explicaciones para que la persona se exponga ante el problema y solicitar una ausencia del dominio. Lo que implica estar en la situación pero impedir que lo experimente con éxito.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición- Se relaciona con problemas de una relación interpersonal cuando existe algún problema que requiere la colaboración de ambos. Puede referirse a problemas entre pareja, entre padres e hijos o compañeros de trabajo. La solución que ellos han intentado es indicar a la otra parte que deben obedecer lo que ellos dicen y someterse a sus exigencias mostrando respeto como ellos se merecen. Se puede lograr la obediencia solicitada si la persona que tiene la demanda se coloca en una postura de debilidad o inferioridad. Se pueden aprender formas de solicitar su petición sin ser demandante o autoritario y seguir teniendo el control de la autoridad.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Ocurre cuando una persona quiere que otra haga algo pero lo realice por su propia voluntad e intención de hacerlo. Esto implica una paradoja “quiero que lo hagas pero quiero que lo hagas por tu voluntad” Esta forma es indirecta de pedir las cosas porque al no hacer lo que se está pidiendo, genera que el solicitante se moleste. La persona pide la sumisión de otra al mismo tiempo que niega que está solicitando tal sumisión. El terapeuta deberá lograr que la persona que solicita algo lo haga de forma directa aunque la solicitud se formule de forma arbitraria.

5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Involucra una relación interpersonal, en la que una persona sospecha que la otra realiza actos que son considerados como erróneos, tales como honradez, infidelidad o delincuencia. La secuencia de conductas que se repite es que una la persona reclama a otro sobre sus sospechas, ante lo cual la otra persona se defiende de estas acusaciones y en ello confirma las sospechas. Esto se repite constantemente y se acabara hasta que alguna de las partes abandone su papel de acusador o acusado.

Terapia Breve Orientada a Soluciones



Steve de Shazer

La Terapia Centrada en Soluciones se desarrolló en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee, Estados Unidos. El equipo que participó estaba formado por: Steve de Shazer, Insoo Berg, Eve Lipchik, Elam Nunally y Alex Molar.

Otros miembros que participaron en el equipo fueron; Marilyn Borjean, Wallace Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis (De Shazer, 1991). Bill O' Hanlon, fue discípulo de Milton Erickson y se ha unido también al trabajo de la terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Las principales influencias que recibe este modelo fueron básicamente de Milton Erickson y del Mental Research Institute de Palo Alto, California. Se considera Terapia Breve porque se hace una intervención en un tiempo aproximado de 10 sesiones, la clave es utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de tal modo que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo (O' Hanlon y Weiner Davis, 1993).

Para el grupo del BFTC no existía la "resistencia" por parte del cliente ya que visualizaban a las personas con una intención verdadera de cambiar. Tal vez pueda ocurrir que el cliente no este de acuerdo con la propuesta del terapeuta pero esto es una forma en la que las personas comunican al terapeuta la forma en como podría ayudarles. Los clientes acuden a terapia con el deseo de cambiar, cada persona, pareja o familia tiene una forma única de cooperar y el terapeuta debe de

tener la habilidad para iniciar, promover e impulsar la cooperación por parte de ellos (Cade y O'Hanlon, 1995).



Weiner-Davis, M

O' Hanlon, y Weiner-Davis (1993) señalan que este tipo de terapia se centra en los recursos de las personas más que en sus déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades y en sus posibilidades más que en sus limitaciones. El centrarse en los recursos permite cooperar con la gente desde un punto de vista más humano y menos doloroso para ellos. Bajo este enfoque no es importante en donde surgieron los problemas, tampoco como se mantienen, sino las posibles soluciones.

Para la terapia orientada en soluciones las personas que acuden a terapia se llaman clientes y el paciente es el problema que ellos plantean. El cliente puede ser una sola persona o incluir a toda la familia, ya que se concibe que basta un pequeño cambio para modificar al sistema por lo cual no es importante cuantas personas participen en la construcción del problema y su solución.

La práctica del Centro de Terapia Breve se distingue por realizar una terapia cooperativa, en donde el cambio se genera mediante un proceso interaccional que incluye al terapeuta y al cliente. El cliente inicia el cambio desde el momento en que se presenta a terapia a manifestar su problema y en conjunto con el terapeuta crean una realidad del problema con una nueva definición que haga la solución posible. "En este modelo, terapeuta y pacientes, reorientan sus esfuerzos hacia la dirección de las soluciones, planteando objetivos y estrategias a seguir"(Sánchez, 2000, p 202).

Es importante enfocarse en las acciones del presente y el futuro. Una vez que se ha establecido la meta a lograr en un futuro, las acciones del presente pueden estar orientadas para llegar a ese objetivo. Las intervenciones del terapeuta hablan de un futuro inmediato y hacen saber que se espera un cambio y que está convencido de que se logrará. Los hechos del pasado no son considerados a menos que existan soluciones eficaces, y situaciones en donde se haya logrado éxito de forma deliberada o accidental ya que éstas pueden utilizarse para la construcción de la solución.



O' Hanlon

A continuación se mencionan las premisas básicas de este modelo, las cuales se centran en las soluciones, la cooperación del cliente, los recursos y las posibilidades (O' Hanlon y Weiner Davis, 1993).

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas- En ocasiones las personas preocupadas por su problema pierden de vista las aptitudes y habilidades que tienen para resolver su problema, el terapeuta ayudará a identificar estos recursos para hacerlos notar.
- El cambio es constante- Si se acepta la idea de que el cambio es inevitable actuaremos en dirección al cambio.
- La labor del terapeuta es identificar y ampliar el cambio- De la información que proporcionan los pacientes en sesión, el terapeuta deberá centrarse en los cambios, por pequeños que estos sean y ampliarlos. Un cambio puede convertirse en una nueva construcción de expectativas que será parte de la creación de la solución.
- No es necesario conocer la causa de la queja para solucionarla. El preguntarse porque sucede el problema es algo que seguramente el paciente ha hecho muchas veces antes de asistir a terapia, para los terapeutas no es de utilidad conocer la posible función del síntoma ya que esa hipótesis no ofrece información de cómo puede cambiar la gente. El saber por qué se hace algo no ayuda a la solución.
- Un cambio pequeño en una parte del sistema produce cambios en otra parte del sistema. El especialista en terapia breve otorga mención importante al supuesto sistémico de totalidad, en el que un cambio en una parte del sistema genera cambios en otras partes del mismo. El cambio es contagioso, un pequeño cambio en una persona puede generar diferencias grandes y de largo alcance en las personas involucradas en el problema. En el ámbito individual un cambio positivo continuará y generará efectos positivos en otras áreas de la vida de la persona.

Estas premisas mencionadas tienen por objeto hacer el problema más manejable a los ojos del cliente. La forma adecuada es siendo específicos en nuestras preguntas y buscando las ocasiones en las que ellos no experimentan el problema.

Algunas de las intervenciones que utiliza este modelo son: preguntas presuposicionales, pregunta del milagro, excepciones, escalas, tarea de fórmula de la primer sesión y tarea sorpresa (Cade, y O'Hanlon, 1995; O' Hanlon, y Weiner-Davis, 1993 ; Sánchez, 2000).

Modelo de Milán



Luigi Boscolo

El Centro para el Estudio de la Familia se constituyó en 1967 en Milán, Italia. El grupo fue organizado por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y G. Prata quienes trabajaban con niños gravemente perturbados y sus familias, con una orientación psicoanalítica.

En 1972 el equipo de Milán conoce los trabajos que se realizan en Estados Unidos en el Mental Research Institute (MRI) principalmente a través del libro de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin "*Teoría de la Comunicación Humana*" publicado en 1967. El equipo de Milán retoma la idea del Grupo de Bateson, con relación a las "dobles ataduras terapéuticas" en donde señalaban que tendrían que utilizar el mismo tipo de comunicación paradójica que empleaba la familia y la nombraron "contraparadoja" (Hoffman, 1987) .

En un inicio, el equipo de Milán utilizó un lenguaje en donde las conductas de la familia se visualizaban como batallas secretas, contraataques, escaladas o maniobras, esta terminología quizá fue un legado de los juegos y las coaliciones empleadas en el proyecto de Bateson (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La forma de trabajo era a través de una pareja de terapeutas al frente de la familia, la cual estaba formada siempre por un hombre y una mujer, ya que consideraban que existía un equilibrio entre los dos coterapeutas y también podían evitar estereotipos culturales de género. Las parejas terapéuticas no eran fijas, ya que se intercambiaban con cada familia. Los otros dos terapeutas observaban las sesiones detrás del espejo.

El grupo de Milán trabajó con familias con transacción esquizofrénica y observaron que los síntomas que presentan sus miembros son el resultado de las reglas de relación que se establecen en el sistema, al descubrir esta regla se puede influir para cambiar y desaparecer el síntoma.

La principal intervención que realizaban con las familias es la connotación positiva, la cual surge con la idea de hacer una intervención paradójica en la que se prescribe el síntoma al paciente designado. La connotación positiva es una formulación que elabora el terapeuta que incluye tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los demás miembros, en donde señala que el comportamiento de cada uno de ellos es complementario al sistema y mantiene la unión y la cohesión familiar (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

Estos autores organizaban el proceso terapéutico en 5 fases:

1. La presesión- Los terapeutas se reúnen para leer la ficha o bien el acta de la sesión precedente según sea el caso.
2. La sesión- Tiene una duración aproximada de una hora en donde los terapeutas deben observar el comportamiento verbal, no verbal y los indicadores de las reglas secretas. Los terapeutas no deben emitir juicios o descubrir reglas secretas, deberán guardar la información como guía para la intervención final. Los observadores pueden llamar al terapeuta para dar algún consejo o sugerencia.
3. La discusión de la sesión- Los terapeutas se reúnen con el equipo de observadores para discutir la sesión y decidir como concluirla.

4. La conclusión de la sesión- Después de la discusión, los terapeutas regresan con la familia para finalizar la sesión e indicarles algún comentario o una prescripción. El número de sesiones que se emplean son alrededor de 10 con un intervalo de un mes.

5. El acta de la sesión- El equipo se reúne para comentar las reacciones al cierre de la sesión y se realiza una acta en donde se anota los elementos sobresalientes de la sesión.

El equipo se reunía dos días por semana y daban atención a dos familias por día. En un inicio, retomaron la idea de tiempo limitado del MRI, citaban a las familias por 10 sesiones, posteriormente cambiaron la regla y se ajustaban a las sesiones que requería cada familia.

A finales de la década de los 70' el equipo retoma nuevamente las ideas de Bateson que expone en su libro "*Pasos hacia una ecología de la mente*". El grupo de Milán comienza a abandonar las ideas estratégicas y propone tres intervenciones para el proceso terapéutico; hipotetizar, el interrogatorio circular y la neutralidad, los cuales se explican en su artículo "*Hipotetizar, Circularidad y Neutralidad*" publicado en 1980 (Boscolo et al. 1987).

A continuación se explicará la forma en como el equipo de Milán utilizó estas estrategias de intervención.

- a) Hipotetizar- Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) definen el término hipotetizar como la formulación de una suposición o idea, teniendo como base la información que se conoce en cuanto a la familia. La hipótesis proporciona una guía a la actividad del terapeuta, un punto de inicio para investigar con relación a la familia.

Cuando acude una familia a terapia se tiene una información previa que se obtuvo de la fuente de referencia o de la entrevista telefónica y a partir de esto se puede generar la hipótesis, si esta es descartada se deberá generar una segunda hipótesis. La hipótesis debe ser sistémica en donde se incluyan a todos los componentes del sistema.

- b) Interrogatorio circular- Nelson, Eleuridas y Rosenthal (1986) definen el interrogatorio circular como una investigación sistémica de los cambios y las diferencias en las relaciones, las cuales recursivamente sustentan las interacciones disfuncionales y los síntomas de la familia.

El interrogatorio circular es útil ya que permite al terapeuta desarrollar, confirmar o negar la hipótesis elaborada en función de la familia. Las preguntas constituyen una oportunidad de que la familia se mire así misma como sistémica, por lo que pueden obtener nueva información acerca de sus creencias, conductas y relaciones. El lema básico es plantear preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación.

- c) Neutralidad- Es la capacidad de evitar alianzas con miembros de la familia, de evitar juicios morales, resistir a todas las trampas y enredos lineales. Ser neutral implica no ser inducido por el sistema familiar y poder actuar libremente durante la terapia. El terapeuta actúa de forma neutral cuando no muestra aceptación por alguna posición en particular indicando que alguna postura es más correcta que otra (Boscolo et al. 1987).



Gianfranco
Cecchin

Cecchin (1987) propone una nueva definición de neutralidad señalando que es un estado de curiosidad en la mente del terapeuta, a través del cual podemos explorar diversos puntos de vista y movimientos alternativos. Ser curioso, implica conocer las diferentes descripciones que proporciona la familia con relación a un evento y descubrir de que modo estas descripciones se ajustan entre sí.

Las tres intervenciones que se han explicado “hipotetizar, circularidad y neutralidad” están recurrentemente entrelazadas, ya que cuando se conversa con la familia en una posición de neutralidad, se generan hipótesis, que a su vez, proporcionan el contexto para identificar patrones circulares.

En 1980 Boscolo y Cecchin se separan de Selvini y Prata y forman “los asociados de Milán” en donde realizaban trabajo de formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación (Boscolo et al. 1987).

Posmodernismo

Desde Descartes y hasta el siglo XX ha predominado el pensamiento modernista en donde el conocimiento es representativo de un mundo objetivo, el cual existe independientemente de los pensamientos y sentimientos. La terapia modernista está influenciada por verdades dominantes culturales, éstas verdades se expresan a través de diagnósticos y estrategias de tratamiento que se aplican a muchas familias de forma indiscriminada.

En el pensamiento modernista, el terapeuta tiene una posición jerárquica frente al cliente, ya que actúa como un representante del discurso social y la cultura dominante que determinan como es la historia humana y como debería de ser.

Alrededor de los años 70's surge una nueva filosofía del conocimiento a la que se le ha nombrado posmodernismo. Esta filosofía no está representada por ningún autor en particular, es un conjunto de ideas que expresan una crítica al modernismo, en donde se rechaza el dualismo que propone la existencia de un mundo real externo y un mundo mental interno. Se realiza un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, las verdades universales, los discursos privilegiados y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo (Anderson, 1997).

El posestructuralismo es sinónimo de posmodernismo debido a que analiza la forma en que la vida de las personas se constituyen de acuerdo a los conocimientos y prácticas de la cultura. Este pensamiento considera que los conocimientos están influidos por la sociedad por lo que cuestiona muchas de las verdades dominantes comunes en Occidente. Los conceptos como identidad, subjetividad y relación son el resultado de la cultura.

El historiador francés Michael Foucault (en White, 1997) señala que la gran mayoría de las verdades surgidas del conocimiento experto sirven para justificar las prácticas de dominación de

quienes ostentan el poder. Las prácticas de poder penetran en la vida de las personas y las modelan en sus niveles más profundos por lo que pueden llamarse técnicas de control social. Foucault realizó diversas investigaciones para exponer las operaciones del poder de la sociedad en hospitales, prisiones y familias.

El posestructuralismo contribuye a la deconstrucción de las declaraciones contemporáneas con relación a la naturaleza humana, la represión y emancipación psicológica. La represión oscurece nuestros verdaderos sentimientos y deseos. La cultura nos indica lo que es correcto para nuestras vidas, gobierna nuestros pensamientos, nuestras relaciones con los demás, nuestra relación con nosotros mismos e incluso con nuestros cuerpos. Para los terapeutas resulta difícil alejarse de las grandes narrativas de la naturaleza humana, de las formas de ser y de pensar culturalmente veneradas. De tal forma que la terapia se transforma en una reproducción y confirmación de lo ya conocido, el terapeuta es cómplice inconsciente de las versiones de identidad dominantes y culturalmente aceptadas y de las formas veneradas de la personalidad. El terapeuta debe rechazar el ejercicio de la terapia como una forma de dominación sobre las personas y considerar algunas cuestiones de poder que forman parte de las interacciones terapéuticas. Cuando el terapeuta intenta resolver las fuerzas de la historia y borrar sus efectos en la vida de las personas, limita sus posibilidades de unirse con otras personas y con su propia vida en nuevos compromisos creativos con la historia (White, 1998).

Goolishian, (en Lax, 1996) señala que bajo el pensamiento posmoderno el terapeuta ya no se visualiza como un experto que posee una visión o una historia privilegiada, sino como un facilitador de la conversación terapéutica, mostrándose como un maestro en el arte de la conversación. El punto de partida será el relato del cliente acerca de su comprensión del mundo, en donde el terapeuta facilitara, co-creara y co-escribirá una nueva narración junto con los clientes.

Las ideas posmodernas y posestructurales se originaron con personas que trabajaban la semiótica y la crítica literaria. Algunos terapeutas familiares como Goolishian y Anderson cambiaron de las nociones de la cibernética a las de la hermenéutica.

El pensamiento posmoderno está formado por las teorías del construccionismo social, la hermenéutica y la narrativa. La hermenéutica y el construccionismo social coinciden al proponer que los significados de las palabras, acontecimientos y experiencias de nuestras vidas son creados por personas que conversan e interactúan con otros y consigo mismos (Hoffman, 1996).

La hermenéutica nos ayuda en la comprensión e interpretación del significado de un texto o un discurso, en donde se incluye las emociones y la conducta. La comprensión que se realiza siempre es interpretativa debido a que no existe una verdad única o un punto de vista privilegiado. Cada interpretación es una versión de la verdad que se crea a través de la interpretación de los participantes y es contextual (Anderson, 1997).

Considerando que el pensamiento posmoderno influye en diferentes áreas de la vida del ser humano, se expondrán a continuación las diferentes manifestaciones en la psicoterapia a través de la narrativa, el equipo reflexivo y las conversaciones colaborativas.

Terapia narrativa

Michael White y David Epston, son los representantes de la terapia narrativa. White se desarrolla personal y profesionalmente en Australia del Sur, en Adelaida. En 1967 inicia su carrera como asistente social. Desde 1980 estudia las ideas de Michael Foucault sobre la relación del conocimiento y el poder. Posteriormente en la década de los 90's comienza a estudiar el construccionismo social. Sus primeras contribuciones a la teoría y la práctica de la terapia son: "*The process of questioning: A therapy of literary merit?*" en 1988, y "*Literate Means to therapeutic End*" escrito en colaboración con Epston en 1989. Actualmente labora en el Instituto de Dulwich Centre.

Por su parte David Epston estudia sociología de la medicina y antropología. Reside en Nueva Zelanda y labora en el Instituto de Auckland. Probablemente la mayor contribución de Epston a la terapia narrativa es el uso de medios literarios en la práctica clínica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La terapia narrativa intenta deconstruir las historias de identidad dominantes que constituyen la vida de las personas y los hacen pensar que sus problemas no tienen solución, considera que los individuos tienen la capacidad de moldear sus vidas y explorar significados alternativos que contradigan lo que se reproduce rutinariamente. Cuando se logra identificar las historias alternativas surgen nuevas posibilidades, que permite re-escribir la vida de las personas (White, 1997).

Para generar nuevas posibilidades en la conversación se utiliza un lenguaje externalizante, en donde se realiza una separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del paciente. La separación que se realiza puede ser de los atributos, ideas creencias, supuestos, hábitos actitudes y estilos de vida de las personas. Al realizar ésta separación, se reducen significativamente las complicaciones relacionadas al problema como puede ser la crítica, la censura o la culpa.

El lenguaje externalizante nos permite mayor posibilidad de cambio ya que el problema no es intrínseco a las personas sino es algo externo que actúa sobre ellos, por lo que pueden librarse de él. Las personas pueden experimentar una identidad distinta alejada del problema. El lenguaje externalizante es una deconstrucción de las verdades que constituyen el problema de las personas.

White (2002) menciona que la vida es como un relato o narrativa ya que afirma que los seres humanos interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo la vida. La forma de interpretarla es a través de un marco de inteligibilidad que posibilite la atribución de significados, este marco se forma a través de los relatos. Nuestras vidas están formadas por los relatos que contamos de ella, éstos moldean nuestras vidas y las constituyen.

White y Epston (1993) proponen el uso de documentos en el proceso terapéutico, éstos permiten convertir las vivencias en una narración o en relatos que tengan sentido de acuerdo a los criterios de coherencia y realismo. Las cartas pueden sustituir a las historias clínicas ya que son una versión de la terapia y son propiedad de todos los participantes. La información de las cartas es compartida por las personas que participan en la terapia por lo que pueden ser corregidas, contestadas o confirmadas. Los relatos permiten realizar una terapia en prospectiva más que en

retrospectiva debido a que todos los involucrados buscan nuevos significados, nuevas posibilidades para cuestionar la descripción saturada de problemas de la historia dominante.

Además de las cartas se pueden crear diversos tipos de documentos como certificados o declaraciones. En éstos documentos se reconoce que la persona ha logrado combatir su problema, por ejemplo: ganar la batalla contra los berrinches, la orina, el miedo a la oscuridad, etc. En los documentos se identifica que la persona ha adquirido una nueva habilidad lo que puede implicar mayor responsabilidad y privilegios. Las personas desarrollan un sentido de responsabilidad personal ya que se hacen conscientes de su participación en la constitución de su propia vida y sus relaciones.

Equipo Reflexivo

El principal representante de los equipos de reflexión es el Noruego Tom Andersen. La idea de que un grupo de trabajo es un sistema, y que los principios sistémicos de relación entre las partes pueden ser utilizados en las organizaciones igual que en las clínicas, lleva a Andersen y a su equipo a tomar contacto con diferentes grupos sistémicos para intercambiar experiencias y escritos. En 1978, participa en la Universidad de Tromsø, al norte de Noruega, en donde se llevaron a cabo seminarios con relación a las modalidades sistémicas de intervención. Posteriormente Andersen organiza un importante seminario en Sjulitelma al que asisten 120 investigadores, entre ellos Maturana, Von Foerster, Von Glasersfeld, Boscolo, Cecchin, Golishian, Anderson, Lynn Hoffman y Peggy Penn. Poco después se reúne en las islas Lofoten con Gergen, Mc Namee, Stein Braten y John Shotter, en donde se presentan los desarrollos teóricos del construccionismo social ((Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1985 el equipo de Andersen se encuentra ante un caso que dio origen a los equipos de reflexión. Durante una sesión en la que la familia parecía no mirar los aspectos positivos de su situación, el conductor de la sesión es llamado por el equipo para sugerirle que encendiera la luz de la sala de observación y apagará la luz de la sala de terapia, invirtiendo el sentido de los micrófonos para que el terapeuta y la familia pudieran escuchar al equipo mientras discutían. Este

cambio en el proceso terapéutico abrió diversas posibilidades ya que se presentó a la familia una nueva forma de ver las cosas (Andersen, 1991).

Se trata de un procedimiento que da un espectacular vuelco a la dinámica de los roles entre expertos y clientes, que hace visible, en sentido literal y metafórico, al equipo y a su proceso de formulación de las hipótesis, privando al experto de su aura mágica como persona que resuelve los enigmas y, al mismo tiempo, subraya la importancia de un cierto grupo de personas que desempeña un cierto rol profesional ante el cliente con dificultades. (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 327)

Anderson (1991) menciona que un equipo de reflexión puede estar compuesto únicamente por el entrevistador o hasta por 5 personas. Si el entrevistador está sólo puede mencionar sus ideas sobre la situación haciendo sus reflexiones. La sesión comienza cuando se entrevista a la familia mientras que el resto del equipo se encuentra generalmente detrás del espejo unidireccional o en la misma sala en donde se realiza la entrevista. No hay una sola manera de organizar el equipo ya que esto dependerá de las circunstancias y preferencias de los participantes.

El entrevistador adoptará una posición de escucha, mientras que realiza un diálogo interno, esta posición es denominada postura reflexiva. Mientras el entrevistador conversa con la familia, no podrá ser interrumpido por el equipo para proponerle preguntas o sugerencias, éstos deberán permanecer en silencio y no hablar entre ellos, cada uno elabora preguntas para sí.

Posteriormente los miembros del equipo presentan sus ideas mientras que los integrantes del sistema de entrevista escuchan. Cada persona da su versión del problema presentado y conversan entre sí. Durante la conversación no se deberán dar connotaciones negativas o por el contrario tratar de dar una enseñanza, servir de modelo o aconsejar. El equipo reflexivo ofrece la posibilidad de que los consultantes mientras escuchan a los integrantes del equipo puedan hacerse preguntas y establezcan diferentes distinciones. El equipo habla aproximadamente durante 5 o 10 minutos y no podrán ser interrumpidos por el sistema de entrevista. Después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí acerca de sus ideas con relación a lo que escucharon del equipo. Para finalizar, el entrevistador comienza la conversación preguntando si hay algo de lo que han escuchado, que les haya llamado la atención, también relata las ideas que le surgieron mientras el equipo hablaba.

El equipo de reflexión tiene grandes ventajas, las personas tienen la oportunidad de escuchar otras voces con relación a la situación que plantean en la entrevista, al mismo tiempo que reflexionan y realizan un diálogo interno. “Cuando dos o más personas comparten sus puntos de vista, cada uno recibe del otro diferentes versiones del mundo, estas diferencias permitirán a cada uno ampliar sus perspectivas de la realidad, enriqueciéndolas” (Sánchez, 2000, p. 244).

Por su parte, White (2002) menciona que la realización del equipo reflexivo tiene los siguientes objetivos:

- Disminuye las relaciones de poder en la terapia.
- Ayuda a los terapeutas a alejarse de los discursos de la patología y los sistemas formales de análisis que cosifican a las personas.
- Cuestiona la supremacía del conocimiento de los expertos.
- Privilegia los sistemas de conocimientos alternativos.
- Abre posibilidades para que en la terapia no se reproduzcan los aspectos negativos de las estructuras de la cultura dominante.

Terapia Colaborativa

La terapia colaborativa se muestra a través de los trabajos de Harlene Anderson y Harold Goolishian, quienes son dos de los más destacados terapeutas del posmodernismo. En 1988 publican “*Human systems as linguistic system*” en donde desarrollan los elementos centrales de la visión conversacional en terapia familiar. En 1992 escriben “*The client is the expert: A not-knowing approach to therapy*”. Goolishian fue director del Instituto Houston Galveston, en donde laboró en compañía de Anderson.

Anderson y Goolishian (1988) señalan que una conversación colaborativa es un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y un diálogo orientado a facilitar procesos de co-generación y co-construcción de sentido para crear una nueva narrativa. A través de la conversación surgen nuevas posibilidades, en donde el terapeuta actúa como el conductor de la conversación.

El enfoque colaborativo se basa en las siguientes premisas filosóficas: (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1988).

- Los sistemas humanos son sistema de generación de lenguaje y sentido.
- La construcción de la realidad esta hecha por formas de acción social más que por procesos mentales individuales independientes.
- Una mente individual es un proceso social, de tal modo que el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros, así como experiencias y acontecimientos de la vida son sucesos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación con otros y con nosotros mismos.
- El lenguaje es generador, ordena y da sentido a nuestra vida.
- El conocimiento es relacional.

Anderson (1997) menciona las características de la terapia colaborativa, las cuales se describen a continuación.

a) El problema distingue al sistema. Los sistemas de problemas existen en el lenguaje, de tal forma que los miembros de un sistema terapéutico se reúnen en torno a un problema. Los diferentes elementos que forman al conflicto (alumno, familia, profesor, amigos del alumno, etc.) forman el sistema del problema.

b) El paciente guía la conversación. Las conversaciones con los clientes no son lineales y pueden ir de un tema a otro, ya que los diferentes temas se entrecruzan, en algunos de ellos se hace énfasis, otros desaparecen o bien reaparecen. El terapeuta no debe privilegiar un tema sobre otro, si no que debe dejarse guiar por el cliente, éste nos llevará hacia donde sea necesario ir. Los diálogos ocurren momento a momento y no pueden determinarse con anterioridad. El terapeuta no controla la conversación, ni la orienta hacia un contenido específico.

Generalmente los terapeutas tienen un preconocimiento de cómo deben actuar las familias, y cómo deberían ser las narrativas para determinan cuál es la más útil. Este conocimiento se

observa, reflexiona y cuestiona para cambiarlo. De tal modo que la voz del cliente se comienza a escuchar más, ya que el cliente es experto en conocimiento de su propia vida. El saber del terapeuta pasa a segundo plano y se coloca en primer lugar la voz del cliente. El terapeuta y el cliente son compañeros en una conversación, en donde la combinación de la pericia del cliente sobre sí mismo y la pericia del terapeuta sobre el proceso, crea nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades.

c) El uso del lenguaje. Cuando se conversa con la familia no se debe determinar que hay un lenguaje familiar, si no que se debe poner atención al lenguaje individual. Cada persona expresa algo específico, las diferencias que pudieran existir son valiosas y útiles en el diálogo. Al utilizar un lenguaje cotidiano y contar las historias tal como las cuentan nuestros clientes nos permite capturar la idiosincrasia del cliente. Es conveniente utilizar frases y palabras que tengan significados para ellos y que hablen de la forma en como ellos se describen. El uso del lenguaje colectivo es conveniente, en donde se incluya al terapeuta y a los clientes en una misma conversación.

d) Múltiples voces. Cuando a las sesiones asiste un solo miembro, se puede conocer que pensarían las otras voces del sistema, a través de preguntas, tales como; ¿Qué diría tu padre si estuviera aquí?, ¿Qué crees que diría tu hermano con relación a lo que me estas diciendo?

Es posible que los clientes mantengan conversaciones con sus amigos con relación al problema y de las posibles soluciones a éstos, por lo que podría ser útil invitar a los amigos de los clientes a las sesiones ya que son personas significativas para éstos y se convierten en recursos para la conversación.

f) Postura del terapeuta. El terapeuta no actúa en una posición de experto, sino que lo hace como un participante de la conversación, en igualdad al cliente. Por lo que no se comporta como un detective que trata de descubrir la verdad, intenciones o significados. El terapeuta no participa como descriptor o intérprete de las acciones del cliente. El interés y la intención es establecer una oportunidad para el diálogo, en donde se crean oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente.

El hecho de que el terapeuta no actúe en una postura jerárquica o intervencionista no implica que adopte una posición pasiva, inocente o que no influya. El terapeuta siempre influye en el cliente y viceversa, es activo pero no directivo. Los terapeutas tampoco actúan como negociadores o árbitros de diferencias, ya que el objetivo no es la síntesis o el consenso, sino la multiplicidad de versiones.

El grupo de Galveston describe su trabajo terapéutico desde una posición de “no saber” ya que no hay una verdad fija, el conocimiento cambia y se renueva en cada momento de la interacción, no existen significados previos escondidos en los relatos o en los textos. “Un terapeuta con este punto de vista esperará que durante la conversación, salga a la superficie una narración nueva y más útil, pero la considerará espontánea y no planificada. La conversación, no el terapeuta, es el autor” (Hoffman, 1996, p. 36).

Considerando que se ha entrenado a los terapeutas en participar en conversaciones desiguales, en donde es el experto quien tiene la responsabilidad de decirle al cliente cómo debiera vivir su vida, es común que el cliente le exija al terapeuta respuestas concretas, “dígame que hacer en este caso”. El terapeuta sabrá cuál es su expectativa y lo invitará a participar y a colaborar en la conversación para abrir posibilidades. El escepticismo de que un cliente acepte una relación colaborativa esta relacionado más con las expectativas personales del terapeuta y la poca tolerancia a la incertidumbre que con la actitud del cliente.

El terapeuta puede compartir sus monólogos internos, prejuicios, interrogantes, opiniones o temores y poder aceptar la realimentación, evaluación y crítica. El mostrarse ante los clientes crea una mayor flexibilidad para lidiar las múltiples opiniones sobre las difíciles historias de los clientes. Es común que los clientes tengan curiosidad con relación a quien es su terapeuta, compartir experiencias personales y profesionales puede ser útil en la conversación.

Cuando el terapeuta conversa con una persona y están presentes otros integrantes del sistema, es una oportunidad para que realicen un diálogo interior en relación a la conversación que están escuchando. La información que se comenta puede ser que ya haya sido escuchada por los demás miembros, sin embargo cuando se escucha la historia en otro terreno puede ser vista desde otra

perspectiva. La idea es que la terapia permite al cliente decir y pensar lo que aún no ha dicho ni pensado con relación a su historia personal.

Anderson (1997) refiere que un proceso dialógico incluye seis componentes interrelacionados:

1. El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo- El terapeuta espera la conversación con el cliente y no hace ideas o planes en relación a él.
2. El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente- Se comienza la conversación con el cliente y se le invita a colaborar.
3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo- A medida que avanza la conversación, el cliente puede hacerse preguntas o reflexiones internas.
4. Los clientes participan en diálogos externos entre sí- El hecho de que un cliente comience a hablar de forma diferente consigo mismo y con el terapeuta, puede generar que lo haga también de forma distinta con otras personas presentes en la sesión.
5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio- Por lo general, los clientes continúan conversando consigo mismo y con otros, después de la sesión. Por lo que cada conversación es seguida por otras conversaciones, esto indica la capacidad de transformación del diálogo y la narrativa.
6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio- Del mismo modo que con el cliente, el terapeuta también conversa consigo mismo o con otras personas como sus colegas, con relación a las conversaciones del consultorio.

Con esto se observa que el proceso terapéutico se inscribe en una perspectiva lingüística. El problema que expone el cliente existe en el lenguaje, y da sentido al contexto narrativo que lo contiene; el procedimiento terapéutico implica un proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema; la labor del terapeuta será mantener abierta la conversación entre las partes.

III DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas

A continuación se presenta un cuadro que muestra las familias en las cuales se participó como terapeuta a lo largo de la práctica clínica.¹

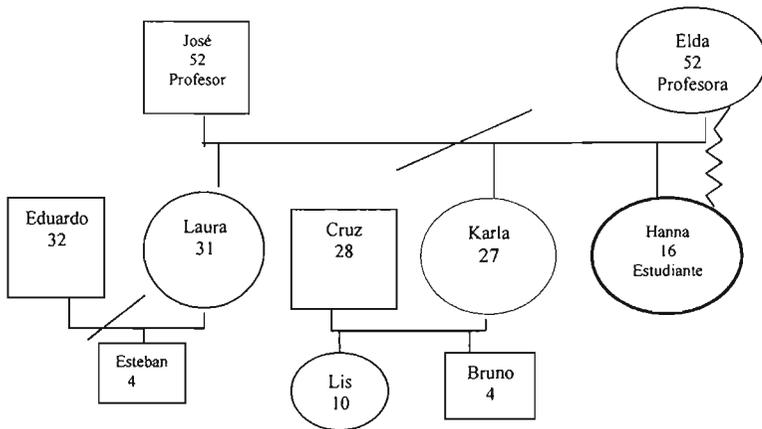
Familias Atendidas.

Familia	Motivo de consulta	Sede y supervisoras	Sesiones	Observaciones
Gutiérrez	Bajo rendimiento escolar y conductas agresivas de la adolescente	FES IZTACALA Dra. Xochitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz	8	Se dio de baja por tener dos faltas consecutivas.
Escamilla	Problemas de conducta de la adolescente	FES IZTACALA Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez.	3	Interrumpieron el proceso terapéutico porque a la madre la operaron.
Torrado	Problemas en la relación con su madre.	CCH Azcapotzalco Mtra. Carolina Rodríguez	9	Se lograron los objetivos terapéuticos
Hernández	Confusión ante la separación de sus padres.	CCH Azcapotzalco Mtra. Carolina Rodríguez.	6	Se lograron los objetivos terapéuticos
Galindo	Depresión	ISSSTE Mta. Rosario Espinosa y Mta. Susana González.	7	Se lograron los objetivos terapéuticos
Serna	Dificultades en la relación con su hijo.	FES IZTACALA Dra. Xochitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz	4	Se lograron los objetivos terapéuticos
Estrada	Distanciamiento emocional de sus hijos, ante el divorcio.	FES IZTACALA Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez.	2	Se dio de baja por cancelar la cita en tres ocasiones.
Gutiérrez	Bajo rendimiento escolar y problemas de conducta.	Supervisión cruzada.	5	La familia dejó de asistir.

¹ Los nombres de la familias han sido cambiados para mantener la confidencialidad de cada una de ellas.

1.1 Integración del expediente clínico por familia.

Caso 1. Familia Torrado



Asiste a la sesión, Hanna durante 9 sesiones realizadas en el CCH de Azcapotzalco. En dos ocasiones se presentó la madre.

Motivo de Consulta- Hanna asiste por sentirse desesperada de la mala relación que mantiene con su madre, ya que discuten frecuentemente y su madre le grita y la insulta. Hanna se siente triste y presionada, por lo que ha pensado en dejar la escuela.

Antecedentes familiares- Hanna no ha tenido una buena relación con su madre desde que ella era pequeña. Su madre se separó de su padre porque él tenía otra familia. Esto ocurrió cuando Hanna tenía 2 años de edad. A su padre lo veía esporádicamente cuando visitaba la casa y le llevaba regalos. La última vez que vio a su padre fue hace dos años cuando ella pretendía irse de la casa por la mala relación con su madre pero él le dijo que no se la podía llevar porque estaba enfermo del corazón y se iba a ir a vivir fuera de la Ciudad.

Hanna dice que su madre cumple con sus responsabilidades ya que cocina, hace labores domésticas y trabaja, sin embargo insulta frecuentemente a ella y sus hermanas. A veces siente

que la odia pero estos sentimientos le generan culpa. Durante las tardes, Hanna cuida a su sobrino, hijo de (L), esta situación le molesta porque dice que es algo que le impusieron y ella no está de acuerdo, ya que es responsabilidad de su hermana.

Hanna ha asistido a diferentes sitios a buscar apoyo psicológico; fue con una psicóloga pero no volvió porque su madre siempre la contradecía durante las sesiones, e incluso la señora se enojaba con ella al finalizar y le dejaba de hablar. Asistió a algunas sesiones a neuróticos anónimos y no continuó porque escuchaba historias de dolor muy fuertes y eso no le gustaba.

Hipótesis– Ante la separación del padre de Hanna, la señora Elda se esfuerza en ser una madre perfecta y así quiere que sea Hanna, en esta perfección descuida la relación que tiene con su hija. La señora no se comunica de forma clara, ya que envía mensajes contradictorios. Le dice a Hanna que haga algo y cuando ésta lo hace, la regaña y la critica. Hanna actúa de forma perfeccionista, al no lograr destacar o hacer las cosas se siente insegura y muy nerviosa. Esta situación se agrava actualmente, ya que se encuentra sobrecargada por las actividades que realiza debido a que asiste a la escuela, cuida a su sobrino toda la semana, y colabora con las actividades de casa.

Objetivos

- o Realizar cambios en la pauta de relación entre Hanna y su madre.
- o Formar una nueva percepción de Hanna hacia su madre en donde se integre las partes “positivas” y “negativas”
- o Generar estrategias para una comunicación clara.
- o Redefinir la idea de perfeccionismo, mencionando los costos de éste y de que manera puede hacer bien las cosas sin sobrecargarse.

Intervenciones

Las intervenciones realizadas se orientaron hacia el subsistema individual considerando el Modelo Estructural; se realizó un cuestionamiento del síntoma y de la realidad familiar.

A lo largo de las sesiones se hicieron las siguientes intervenciones:

- Se redefinen los insultos de su madre hacia ella, al señalar que el parecido físico que ella tiene con su padre, hace que su madre tenga una fotografía diaria de él, por lo que ella es el “blanco” del coraje que la señora Elda siente hacia el señor José.
- Se realizó una escenificación entre Hanna y la señora Elda para que ésta expresara los sentimientos positivos hacia su hija.
- Se realizó un cuestionamiento de la realidad, con relación a los costos del perfeccionismo y control, lo cual le genera nerviosismo y tensión; *“Es una gran virtud querer que todo salga bien, pero ¿qué costos tiene? y ¿cuánto tiempo vas a pagar ese precio?”*
- Se planteó el dilema del “cambio” y no “cambio” a través de la división del equipo.
- Se realizaron preguntas para poder identificar los cambios logrados en el subsistema individual: *¿qué fue lo que escuchaste, que te ayudó a hacer cosas distintas?, ¿cómo decidiste entrar al equipo de voleibol?, Te da tiempo de seguir ayudando a tu hermana, pero ya dedicas un tiempo para ti y esto ¿cómo te hace sentir?, ¿llegaste a tu casa y reflexionaste, eso fue distinto a otras esas veces?, ¿si esto siguiera ocurriendo, qué crees que pasaría en tu vida?*
- Se utilizó una escala² para evaluar la percepción de Hanna ante los cambios.

Cambios logrados en el sistema familiar

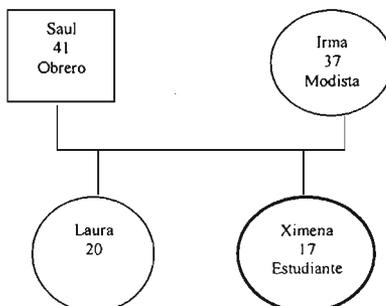
- Hanna rompió el patrón de la “perfección”. Encontró diversas formas de llegar a sus objetivos, lo que le permite mejorar la relación con los demás y sentirse menos angustiada.

² El uso de la escala y las preguntas orientadas hacia el cambio se utilizaron en la familia 1, 2 y 3 de acuerdo al Modelo de Terapia Breve Orientado a las Soluciones.

- Ha logrado comunicarse de forma más clara con las personas que se relaciona; su madre, sus hermanas, sus compañeras de la escuela. Puede expresar sus sentimientos “sin explotar” (gritar e insultar). Ella ha tomado la iniciativa del cambio y ha sorprendido a su familia. Hanna le está enseñando a su mamá otra forma de comunicarse, al decirle que hablando se pueden llegar a acuerdos, esto permite que las demás personas actúen de forma diferente.
- Cuando asistió la madre a la sesión, se le hizo ver la importancia de no sobrecargar a Hanna con el cuidado del niño. Actualmente, la madre se responsabiliza del niño, y Hanna sólo participa con ella.
- Ha continuado asistiendo a la escuela e incluso tiene buen aprovechamiento escolar. Se muestra entusiasmada con sus planes en un futuro y está convencida que su vida es y puede ser diferente de como ha sido.
- Los cambios mencionados le han permitido disminuir su nerviosismo, por lo que se siente más tranquila y eso le permite realizar sus actividades diarias.

En la última sesión con Hanna, mencionó que se ha había dado cuenta que “*aunque hay cosas que no cambian, la percepción de éstas si puede cambiar*”. Esta frase implica un gran cambio en la forma de mirar su vida y es una muestra de cómo las personas pueden transformar sus acciones y sus pensamientos.

Caso 2. Familia Hernández



Asiste a terapia Ximena, durante 6 sesiones realizadas en el CCH Azcapotzalco.

Motivo de Consulta- Ximena asiste terapia porque le preocupa la situación familiar. Su padre y su madre se separaron hace dos años y mantienen una relación inestable, ya que se ven frecuentemente pero no deciden volver a vivir juntos. Ella ha visto que su mamá se pone triste por esta situación y eso le preocupa a ella y no sabe qué hacer.

Antecedentes familiares- Ximena relata que sus padres discutían mucho, incluso en dos ocasiones él le pegó a su mamá. Su padre es una persona que bebe mucho. Un día su madre se entera que su padre la engaña con otra persona aunque supuestamente esta relación no duró mucho. Su padre vive actualmente con una tía paterna. Él viene a visitarlas cada 15 días pero Ximena piensa que las visita por ver a su mamá porque es con quien pasa todo el tiempo. Su padre a veces se queda en casa, lo que a ella la hace sentirse confundida porque pelean y se reconcilian y al parecer su padre esta viendo la posibilidad de volver a casa. Cuando el padre se marcha de casa, la madre le pide a Ximena que duerma con ella, cuando el padre vuelve, le piden que se vaya a dormir al sillón. Ella es la confidente de su mamá quien le cuenta todo lo que sucede con su papá. Su hermana se mantiene más alejada de éste conflicto entre los padres. Ximena se considera una muchacha seria y aburrida, debido a que en la escuela muy pocas personas le hablan.

Hipótesis- Ximena está muy involucrada en el subsistema conyugal, conoce las peleas y reconciliaciones entre sus padres, esta situación la preocupa y la confunde. Ella ha descuidado el área escolar por centrarse en la situación familiar. Ximena se ha convertido en la cuidadora y protectora de su madre, esto hace que ella actúe como una muchacha seria y olvide su parte de joven. Ella reconoce que es la consentida de sus padres ya que cuando discute con su hermana, su mamá la defiende, por lo que su hermana se enoja más.

Objetivos

- Establecer límites de la participación de Ximena en el subsistema conyugal.

- Unir al subsistema fraterno para que Ximena realice y comparta preocupaciones de adolescentes y de hermanas, no problemas de adultos y de sus padres.

Intervenciones.

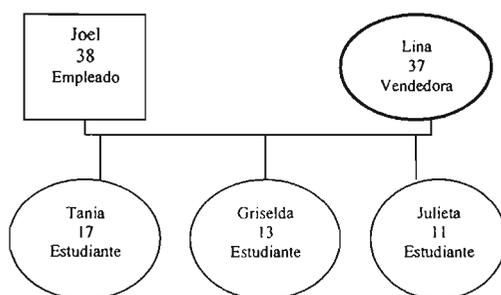
Las intervenciones realizadas se orientaron hacia el proceso de individuación de Ximena para que pudiera centrarse en sus necesidades y establecer límites hacia otros subsistemas.

- Se redefinió el concepto de “seria y aburrida” por una muchacha que atraviesa por una situación de “confusión familiar”. El hecho de redefinir el concepto de “seria” por el de “confusión” implica asociar el síntoma con la situación familiar actual. La confusión es compartida por el sistema familiar.
- Se focalizó en el subsistema fraterno ya que se consideraba que si ellas podrían estar más cercanas, dejarían solos a sus padres en la confusión. Laura sería para Ximena una red de apoyo para no involucrarse en el subsistema conyugal.
- Se realizaron preguntas circulares para conocer la percepción de la madre, el padre y la hermana ante esta situación. Algunas de ellas fueron: *¿si tu padre estuviera aquí qué diría de todo lo que esta sucediendo?, ¿y tú mamá que diría?, ¿la situación familiar que me has comentado, a quién le afecta más?.*
- Se planteó el dilema del “cambio” y no “cambio” a través de la división del equipo.
- Se iluminan los recursos de Ximena para lograr el cambio presentado a través de las sesiones.
- Se utiliza una escala para evaluar su percepción del cambio.

Cambios logrados en el sistema familiar

- Ximena ha logrado poner límites claros hacia el subsistema conyugal. Su madre ya no le cuenta nada de los conflictos con su padre. Ahora platican las cosas únicamente entre el subsistema conyugal.
- Ximena se ha unido más a su hermana lo que les ha permitido compartir sus intereses y diversiones.
- Ximena menciona sentirse mejor con ella misma, ya no se preocupa demasiado por los demás porque se dio cuenta de que no puede “arreglar sus vidas”, pero si puede dar apoyo moral o compañía a su familia.
- Todos en la familia han hecho cambios positivos: su hermana entró a trabajar y eso permite que este de mejor humor, por lo que su padre pelea menos con su hermana y su madre es más tolerante.

Caso 3. Familia Galindo



Asiste a terapia la señora Lina, en ocasiones acompañada de su esposo, y otras veces por alguna de sus hijas. Se realizaron 7 sesiones en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla.

Motivo de consulta- La señora Lina comenta sentirse triste, con pocas ganas de hacer las cosas y llora frecuentemente. El médico le diagnóstico depresión y le han estado dando medicamento. Esta situación ya tiene dos años. Su familia se encuentra muy preocupada, tanto su esposo, como sus hijas han notado muchos cambios en ella ya que siempre la han percibido como una mujer muy activa.

Antecedentes familiares- La señora Lina menciona que siempre ha sido una mujer muy activa; trabaja vendiendo joyería, en donde se ha destacado como empleada, se dedica a las labores de la casa, ayuda a sus hijas en sus actividades escolares, y siempre esta pendiente del bienestar de su familia.

La señora Lina refiere que tiene un buen esposo, sin embargo él es muy enojón. Esto dificulta el acercamiento hacia sus hijas, por lo que ella actúa como intermediaria de la relación entre ellas y el señor.

Hipótesis- Se observa que la señora Lina ocupa un lugar central en la familia. Los demás, incluso ella misma la visualizan como una mujer fuerte que siempre ha estado activa y sonriente. El cambio de estado de ánimo y la tristeza que manifiesta ha descontrolado a todo el sistema familiar, cada uno de ellos la sobreprotege, lo que la hace sentirse más debilitada. Es posible que su “depresión” este asociada a la etapa de ciclo vital en el que se encuentra la familia, debido a que sus hijas son adolescentes y han comenzado a realizar actividades sin ella.

Objetivos

- Aumentar la jerarquía del padre para que brinde apoyo a la madre. Es importante que la voz del padre sea escuchada por las hijas.
- Establecer límites claros del subsistema conyugal hacia las hijas, debido a que éstas intervienen en las discusiones de los padres, aliándose a la madre.
- Establecer límites claros para que la señora Lina no sea la intermediaria entre la relación del señor con sus hijas.

Intervenciones

Las intervenciones realizadas fueron principalmente considerando el Modelo Estructural.

- Se normalizaron los cambios emocionales de la Señora Lina con relación al ciclo vital por el que se encuentra la familia.
- Se elaboraron mensajes y se establecieron tareas para delimitar los subsistemas; individual, conyugal, parental, y fraterno.
- Se empleó la técnica de disequilibrio (Minuchin y Fishman, 1989), la cual es útil para aliarse con un miembro de la familia que se encuentra periférico, el cual al sentir la alianza con el terapeuta podrá comenzar a cuestionar su posición en la familia. Por lo que la terapeuta en algunos momentos manifestaba una alianza con el señor Joel, sin descuidar la cercanía con la señora Lina.
- Se realizaron diversas escenificaciones, en donde el terapeuta le solicita a la familia que dance en su presencia. Las escenificaciones fueron dirigidas al subsistema conyugal y parental.
- Se iluminan los lados fuertes de la familia: unión, apoyo, comunicación, confianza, leer e investigar con relación a temas de superación personal.
- Se utilizó una escala para evaluar la percepción del cambio en el sistema familiar.

Cambios logrados en el sistema familiar

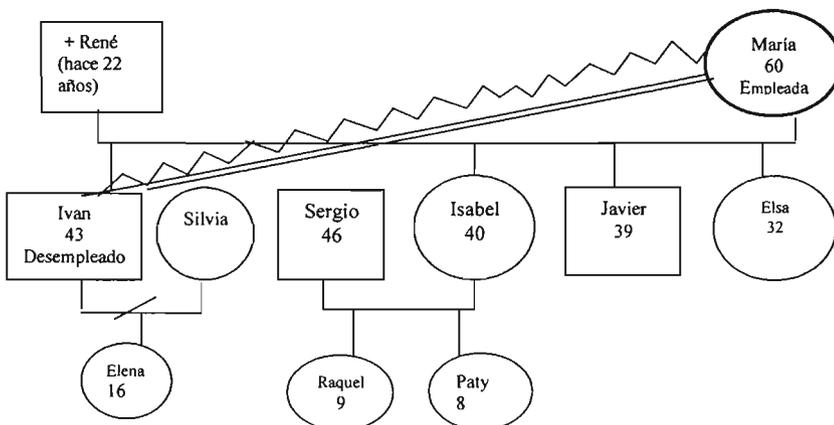
- Los sentimientos de tristeza reportados como motivo de consulta disminuyeron considerablemente. La señora ya no toma el medicamento, ya puede dormir varias horas, se siente más animada, se muestra muy contenta de los cambios en el sistema familiar.

- La jerarquía del señor ha aumentado, lo que ha permitido que la señora se apoye en el y deje de sobrecargarse por el cuidado de sus hijas. La señora Lina y sus hijas lo consideran para tomar decisiones. El señor se siente más integrado a la familia.
- La señora Lina ya no interviene en la relación de su esposo con sus hijas. Cuando ellas quieren preguntar o solicitar algo al señor, lo hacen directamente.

Tal vez una de las experiencias más ricas en el trabajo de esta familia, fue observar la forma en como se llevaron acabo las escenificaciones; había contacto con la mirada, se tomaban de las manos y se expresaban sus sentimientos de forma clara. En las escenificaciones participaron los diferentes miembros de la familia y esto permitió que se comunicaran directamente los cambios que visualizaron en cada uno de ellos.

Caso 4. Familia Serna

Asiste a terapia la señora María, durante 4 sesiones en la Clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.



Motivo de Consulta- La señora María desea recibir orientación de cómo tratar a su hijo Ivan. Ella dice que él constantemente le solicita ayuda; dinero, comida, y muchos favores. El miente frecuentemente y abusa de la ayuda que ella le da. El hecho de ayudar a su hijo le crea problemas

con sus hijas. La señora se muestra desesperada ya que se preocupa por su hijo pero también esta cansada de estar pendiente de él porque ya es un hombre mayor.

Antecedentes familiares- La señora María menciona que tiene muchos años preocupada por su hijo Ivan ya que aunque él trabaje de todas maneras le pide ayuda económica constantemente, y ella no puede negársela. El es muy desobediente y consume drogas. Ivan se separó de su esposa por discusiones frecuentes, la señora decidió irse a Estados Unidos y le encargó a la señora María que cuidará de su hija Elena. La señora María cuida a su nieta y se lleva muy bien con ella, la adolescente casi no tiene relación con su padre. Hace 10 años la señora María asistió con un psiquiatra para trabajar la preocupación de la relación con su hijo pero no logró dejar de involucrarse en los problemas de él.

Hipótesis- La señora María está muy involucrada en las actividades de su hijo Ivan. El se comporta como un adolescente, desobediente, mentiroso, encajoso y desobediente. Ella se comporta como la madre de un adolescente, lo cuida, le hace las cosas que él no puede, le presta dinero, lo regaña, etc. No hay límites claros de la señora María hacia su hijo. Es probable que al estar sobreinvolucrada con Ivan, siendo los límites difusos, genere que él actúe de forma dependiente hacia ella, por lo que es importante modificar la pauta de relación entre ellos. Si la señora logra establecer límites claros podrá estar más tranquila y realizar actividades propias de su etapa de vida.

Objetivos

- Establecer límites claros de la señora María hacia su hijo.
- Realizar estrategias para que la señora María actúe como madre de un adulto y no como madre de un adolescente.
- Conversar y planear actividades enfocados al subsistema individual y de acuerdo a la etapa de ciclo vital de la señora María.

Intervenciones

Las intervenciones realizadas se realizan tomando como guía el modelo Estructural.

- Se focalizó en el subsistema individual, de tal forma que ella pueda centrar la atención hacia sus necesidades.
- Se trabajó con los recursos de la Señora María: mujer fuerte, trabajadora, perseverante, amorosa con sus hijos, responsable y cariñosa al cuidar a su nieta.
- Se realizó un cuestionamiento de la realidad, al preguntar los costos de estar sobrecargada por cuidar a otras personas.
- Se conversó con relación al ciclo vital para que la señora María reflexionará con relación a las actividades correspondientes a su etapa de vida.
- Se planteó el dilema del “cambio” y no “cambio” a través de la división del equipo.

Cambios logrados en el sistema familiar

- Se logró modificar la pauta de relación entre la señora María y su hijo. Ella ya no le proporciona todo lo que él le pide. Ha logrado poner límites hacia él y también hacia sus otras hijas.
- De acuerdo al subsistema individual ha realizado diferentes acciones que le agradan y antes no se daba el tiempo de hacerlas; ha salido a pasear, leer y tejer, incluso dice que ha se ha vuelto “conchuda” para algunas cosas como el pararse más tarde o no preparar comida para todos. Su actitud diferente ha hecho que sus hijas también actúen de forma distinta ya que la “consienten”, le preparan el desayuno o le ayudan con actividades de la casa. La señora María se enteró a través de sus hijas que su hijo Ivan ya había encontrado un trabajo.

- o En cuanto a la etapa del ciclo vital que ella está viviendo, ha dejado de ser una madre de un adolescente y se ha convertido en la madre de unos hijos adultos. Relata diversas anécdotas de su rol de abuela que ahora disfruta mucho.

Durante la última sesión, donde se dio de alta a la señora María del proceso terapéutico, se mostraba muy contenta, sonreía frecuentemente y decía que ahora podía vivir tranquila y disfrutar de sus actividades cotidianas.

1.2 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención con familias: la diferenciación del individuo en el sistema.

Es la tarea de la vida: entrelazar la diversidad del crecimiento individual con la unidad de pertenencia del grupo familiar.

(Umbarger, 1983, p. 41).

Las 4 familias mencionadas presentan una problemática que tenía mucho tiempo presente en la familia, e incluso habían recurrido a diferentes instancias para buscar una solución a su situación, mencionando que no habían conseguido cambios. En el caso 1, Hanna menciona que la relación con su madre ha estado fragmentada desde que ella era una niña. Había asistido a un grupo de neuróticos anónimos, y con una psicóloga. En el caso 2, Ximena señala que la inestabilidad y confusión familiar tiene dos años. En el caso 3, la señora Lina señala que su “depresión” tiene dos años. Ella había asistido con una psicóloga, un sacerdote, y en el momento de solicitar la terapia se encontraba bajo tratamiento médico. En el caso 4, la señora María señala que por lo menos habían pasado 10 años en los que no ha podido dejar la preocupación y la ayuda que le proporciona a su hijo. Había asistido hace algunos años con un Psiquiatra.

Cuando las familias han recurrido a otras instancias y no han logrado observar los cambios que desean para la situación que les preocupa, se muestran desesperados, y más aun si el problema como se mencionó ha estado en la familia presente por tiempo prolongado. En tres de los casos, (1, 2 y 4), únicamente asiste un solo miembro de la familia para reportar lo que sucede en el sistema. Cada uno de ellos, invitó a los demás integrantes involucrados en la problemática, quienes se rehusaron a asistir. En el caso de Hanna, su madre asiste dos veces a sesión, quien deja

de asistir porque dice que ella esta bien y no necesita que nadie le diga que hacer. En el caso 2, los padres de Ximena no desean asistir, y en el caso 4, el hijo de la señora María señala que él no requiere ayuda.

En cada situación, los asistentes consideraban primordial que se presentaran los demás integrantes a la sesión, ya que sentían que si los demás no cambiaban, difícilmente ellos podrían hacer algo con respecto a la situación. Algunas preguntas que ellos pudieron haberse planteado y a su vez el equipo reflexionaba eran: ¿de qué forma podrá Hanna establecer una pauta de relación diferente con su madre, si su madre no cambia de actitud, y se niega a asistir?, ¿de qué manera podrá Ximena sentirse menos confundida, si sus padres continúan en una relación de inestabilidad emocional, que no define la reconciliación o la separación?, ¿cómo podrá la señora Lina comenzar a afrontar el nido vacío, si los demás la consideran una figura central en la familia?, ¿de que forma logrará la señora María dejar de preocuparse por su hijo, si éste continúa solicitando su ayuda? Cada uno de ellos, se mostraban desesperados porque en la situación que les preocupaba intervenían otras personas que no están dispuestas a cooperar.

Es común que un porcentaje considerable de casos asista a terapia un solo miembro del sistema, puede ser la persona que presenta el síntoma, o bien, una persona que reporta el síntoma de otro. Stierlin (1994) menciona que no es primordial que asistan todos los miembros de un sistema problemático a terapia, se puede trabajar con las personas que deseen asistir. Los miembros ausentes están implicados en las reflexiones y en las intervenciones. Siempre existe la posibilidad de una terapia sistémica individual. Esta es una gran ventaja de los terapeutas sistémicos, las hipótesis, conversaciones e intervenciones, incluyen al sistema, por lo que el trabajo realizado con una persona podrá verse reflejado en los demás. Los asistentes a la terapia lograron cambios en su conducta y en su forma de percibir la situación. Estos cambios fueron el inicio para que los demás integrantes del sistema también modificaran su conducta, por lo que se cumplieron los objetivos terapéuticos planteados. Al respecto, Bowen (1991) afirma que cuando se logra iniciar un proceso de diferenciación en un miembro de la familia, es posible liberar a todo el sistema familiar. “Curar al miembro más sano de la familia en lugar de curar al paciente, sobre la base de que el más sano es más capaz de modificar su conducta” (p. 58).

Trabajar con la persona que asiste, dirigiendo la atención hacia su “diferenciación” del sistema, constituye el eje de las intervenciones realizadas con las familias citadas, en las cuáles se ha hecho ya un esbozo del proceso terapéutico. A continuación se citaran fragmentos de la sesión para comprender los conceptos a los que hacemos referencia, para ello, es importante conocer el proceso de “diferenciación” que incluye al subsistema individual y a los límites que éste establece hacia los demás subsistemas.

Subsistemas

Sánchez (2000) menciona que un subsistema es la unión conjunta de los miembros de la familia para desarrollar determinadas funciones. Cada persona participa en diferentes subsistemas, en los que tiene diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede participar en diferentes subsistemas al mismo tiempo; puede ser hijo, padre, hermano y esposo. En cada subsistema se incorpora a distintas relaciones complementarias.

Minuchin y Fishman (1989) describen los diferentes tipos de subsistemas, a los cuáles nombran holones.

- Subsistema individual- Se refiere al concepto de sí mismo en el contexto, que abarca los factores personales e históricos de cada individuo. La interacción con otras personas pone de manifiesto algunas características de la personalidad individual y recíprocamente el individuo influye en otros, ya que sus respuestas traen a la luz o refuerzan la personalidad de las demás personas. Sin embargo las personas en cada una de sus interacciones sólo manifiestan algunas de sus características, ya que cada situación pone en relieve distintas facetas de la persona. Por ejemplo, una señora puede ser una tierna esposa, complaciente y amable, y al mismo tiempo ser una madre preocupada por el interés de sus hijos y mostrarse comprensiva. Por otra parte, esta misma señora puede ser intransigente y autoritaria en su trabajo como jefa de un departamento. Por lo que los individuos muestran sólo una parte de sus posibilidades en cada una de sus interacciones.

- Subsistema Conyugal- Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de constituir una familia. Ambos deben elegir las pautas que gobiernan la relación entre ellos, lo cual determina la forma en que cada uno de ellos se experimenta a sí mismo, y experimenta al cónyuge en el contexto matrimonial.

Este sistema tiene como tarea primordial, establecer límites que los protejan de la intervención de otros sistemas. En un inicio, cada cónyuge se separa de su familia de origen y establece una relación distinta con los padres, hermanos y familiares políticos. Posteriormente cuando la pareja tiene hijos debe establecer límites claros que protejan al sistema de la interferencia de las demandas y necesidades de sus hijos.

- Subsistema parental- El nacimiento de un niño indica un cambio radical para la pareja. Se reorganizan las fronteras hacia la familia extensa, debido a que es probable que se incorporen diversos parientes para brindar apoyo, orientación y organizar las nuevas funciones de la familia. El sistema cambia de un sistema de dos a un sistema de tres.

Las funciones principales del subsistema parental son; la crianza de los hijos, el cuidado, la protección y el proceso de socialización. El sistema parental tiene que modificarse a medida que los niños van creciendo para adaptarse a sus necesidades.

Los padres deben trazar los límites claros, de tal modo que el niño pueda tener acceso a su madre y a su padre, pero también excluirlo de las relaciones conyugales.

En algunas familias, éste sistema puede estar compuesto de formas diversas; los abuelos, pueden ser los que educan y cuidan a los niños, los tíos o incluso los hermanos mayores, suelen ejercer esta labor.

- Subsistema fraterno- Esta formado por los hermanos, quienes representan el primer grupo de iguales en donde los niños participan. Las interacciones entre hermanos promueven la competencia, negociación y cooperación. El aprendizaje de ésta relación se hará evidente

cuando el niño comparta experiencias con otros grupos de iguales como la escuela o posteriormente el trabajo ya que actuará de acuerdo a las pautas del subsistema fraterno.

El subsistema fraterno debe establecer límites claros hacia la interferencia de los adultos, para que los niños tengan su privacidad y sus propias áreas de interés, teniendo así la posibilidad de cometer sus propios errores.

El proceso de individuación

Aunque la persona participa en diferentes subsistemas, deberá delimitarse de cada uno de ellos y tener claro cuales son sus capacidades y sus metas. El concepto de individuación hace referencia al término latino *individuum* que implica la unidad de un ser singular que esta consciente de su unicidad, que emprende algo que luego configura y experimenta. Al respecto Stierlin (1994) señala lo siguiente:

Soy capaz de delimitarme como individuo, frente a otros individuos. Esto significa que experimento mis necesidades, mis sentimientos, mis fantasías, mis ideas, mis sueños, mis expectativas y mi cuerpo como pertenecientes a mi y diferentes de las necesidades, sentimientos, fantasías, ideas, sueños, y cuerpos de otros, especialmente de personas importantes para mi, como los miembros de mi familia, mi pareja y mis amigos. (p. 97)

Este autor señala que hay dos tipos de individuación; la individuación *con* y la individuación *contra*. En la primera, la persona logra su individuación con el sentimiento de un vínculo de lealtad frente a sus padres, abuelos y eventualmente otras personas importantes. La persona acepta sus encargos y lo heredado por sus antepasados para poseerlo, darle dirección y sentido a su vida. En la individuación *contra*, la persona se defiende contra lealtades y encargos que superan sus capacidades, por lo que se arriesga a experimentar ambivalencias y conflictos buscando su propio camino. Por lo que para conseguir la individuación hay que estar dispuesto a soportar “*el contra*” definiendo la propia posición, sin evitar los conflictos que puedan generarse, de tal forma que pueda lograr la propia integridad e identidad.

Por su parte Bowen explica la relación entre los miembros del sistema, a través del concepto de masa indiferenciada del yo familiar y de la diferenciación. El primero indica el grado de fusión

relacional en las familias en donde los miembros son incapaces de definirse respecto a los otros y por tanto de mantener un punto de observación objetivo. Los integrantes de la organización deberán lograr salir de la fusión, a lo cual denomina diferenciación, concebida como una lucha constante por autodefinirse e individualizarse (Bertrando y Tofanneti, 2004).

Bowen realiza investigaciones con familias con miembros psicóticos, en donde observa que sus integrantes muestran interdependencia intensa y una preexistente necesidad de estar juntos, esta falta de diferenciación es una señal de dificultades en la familia. Por el contrario cuando los miembros individuales presentan un alto grado de diferenciación, la familia se encuentra bien. No se debe confundir la diferenciación con la distancia emocional, en donde una persona puede apartarse físicamente pero no liberarse psicológicamente (Hoffman, 1987).

Con lo anterior podemos resaltar la afirmación que hace Umbarger (1983) al mencionar que el proceso de socialización individual y de desarrollo familiar resulta difícil, por lo que la tarea es encontrar un equilibrio en donde se genere una norma que preserve tanto al individuo como al sistema.

Minuchin (1989) menciona que la individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, en distintos contextos familiares y en la participación de grupos extrafamiliares.

La formación de límites

Simon, Stierlin y Wynne (1993) mencionan que el proceso de individuación o diferenciación implica la formación de límites. Sánchez (2000) refiere que los límites son las barreras invisibles que identifican a individuos y subsistemas. Los límites regulan la interacción entre los subsistemas, delimitan y definen la autonomía de cada uno de ellos.

Umbarger (1983) señala que los subsistemas se crean y perduran porque se establecen fronteras claras que separan y protegen las funciones propias de cada subsistema. Los límites pueden ser rígidos, difusos o claros.

Cuando los límites son rígidos en una familia los subsistemas están muy desligados, siendo demasiado independientes sin mostrar lealtad y pertenencia. Estos límites son restrictivos debido a que existe poco contacto entre los subsistemas, por lo que puede haber poca comunicación. El aspecto positivo es que permite la independencia, crecimiento y autonomía de la persona.

Los límites son difusos cuando existe una resonancia alta en el sistema familiar (el comportamiento de uno afecta demasiado a los otros), hay aglutinamiento entre los miembros e invasión entre subsistemas. Se caracterizan por tener un alto grado de apoyo mutuo, en donde las personas permanecen muy unidas entre sí, cuando la unión es extrema puede bloquear el desarrollo de la independencia y la autonomía. Al respecto, Minuchin (1989) menciona lo siguiente:

Los miembros de subsistemas o familias aglutinados pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomo de los problemas. Los miembros de familias o subsistemas desligados pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan. (p. 91)

Este autor menciona que los límites deben de ser claros para que la familia funcione adecuadamente. Este tipo de límites se presenta cuando los integrantes de los subsistemas pueden desarrollar sus funciones sin interferencias indebidas, y a su vez tener contacto con otros miembros del mismo subsistema .

Simon et al. (1993) mencionan que la formación de límites es indispensable para cualquier tipo de sistema, especialmente en la familia, al considerarse un sistema complejo, debe especificarse cuales son las reglas que definen la organización familiar. Estas determinan la forma en como debe entenderse la conducta, ya que especifican dónde, cuándo y en qué condiciones un miembro de la familia puede comportarse de una u otra manera. Estos autores señalan que casi todos los modelos sobre patología o disfuncionalidad familiar incluyen una alteración en la formación de los límites.

Umberger (1983) señala que existen perturbaciones en el sistema familiar cuando las conductas de frontera de los participantes de subsistemas, son inadecuadamente rígidas o débiles, de tal

forma que estorban para realizar un intercambio adaptativo de informaciones con los demás subsistemas. En las familias con límites extremadamente rígidos puede ocurrir que los miembros de la familia no tengan conocimiento de lo que ocurre con otros miembros del sistema. Por ejemplo; unos padres que no se dan cuenta si sus hijos llegan a casa a dormir.

Minuchin enfatiza el trabajo del terapeuta para delinear los límites, para que sean lo suficientemente claros; el subsistema marital mantendrá los límites cerrados para proteger su intimidad y el subsistema parental tendrá límites claros hacia sus hijos más no rígidos que imposibiliten el acceso para ser unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones organizándose jerárquicamente para que realicen tareas y tengan privilegios de acuerdo a su edad y sexo, determinados por la cultura en la cual se desarrollan. Las familias que están funcionando bien presentan un buen grado de individualización, si no se respeta el límite que delimita al individuo, el terapeuta estructural solicitará que esa persona piense y hable por ella misma (Hoffman, 1987).

Como se ha mencionado, lograr la diferenciación no es tarea fácil. Cada persona debe buscar el camino en donde se experimente como un ser único, independiente de su familia y del contexto que lo rodea, pero a la vez participando en cada uno de los subsistemas a los que pertenece. Veremos como se presenta este dilema en cada uno de las familias anteriormente citadas.

Caso 1. Familia Torrado

Comenzaremos explicando como es la relación de Hanna con los diferentes subsistemas. En cuanto al subsistema fraterno, actualmente no mantiene una buena relación con su hermana debido a que se siente presionada por tener que cuidar a su sobrino. Hacia el subsistema parental hay un gran enojo por los insultos que recibe, sin embargo también se siente culpable cuando siente “odiar” a veces a su madre. En el subsistema individual, se siente ansiosa, sola, preocupada por no poder cumplir con sus funciones escolares y se muestra agresiva.

A continuación se presentan algunos fragmentos, que indican la relación con los diferentes subsistemas:

Subsistema fraterno- *Con mi hermana Laura “Estoy molesta porque tengo que cuidar a su hijo, ella esta separada de su esposo, pero está saliendo con otra persona. Me encargo de los pañales, de las mamilas, de la leche, y ella tranquilamente se va a pasear los sábados y los domingos. A mi se me restringen las salidas incluso para los antros, las fiestas y mi hermana si se puede ir y yo me tengo que quedar con su hijo, incluso es con la que mejor me llevo, pero si estoy molesta con ella. Esto me lo impusieron y yo le dije a mi mamá que yo no estaba de acuerdo y que además yo no tenía edad para cuidar a un bebe, tuve que cuidarlo todas las vacaciones y entre en una depresión muy fuerte, de volverme loca, porque el bebe gritaba, lloraba y no puedo. Si no lo hago me tachan de mala hija y hermana”.*

En cuanto a la relación de su hermana Karla, comenta lo siguiente: *“Con Karla antes no nos tolerábamos para nada, pero, ella cambió mucho incluso creo ahora nos llevamos bien”.*

Relación con el subsistema parental- *“Siento mucho coraje contra mi mamá, siento como que a veces la odio, me gustaría que se muriera, se lo he dicho, el sábado pasado, peleamos y le dije, ojalá que te murieras, lo deseo con todas mis fuerzas, mira yo ya no quiero estar contigo, no te soporto, sin embargo, si la quiero porque es mi mamá y me llegan unos remordimientos muy fuertes, me siento como maldita, sucia como lo peor, porque digo, quién le ha hecho eso a su madre, pero a mi mamá parece que no le interesa, al contrario me insulta.”*

Hanna también reconoce los aspectos positivos de su madre: *“Siempre cubre los gastos en la casa, nunca se va de la casa con otros hombres, nunca falta de comer, me da consejos.”*

De acuerdo a la información que ya se ha mencionado del caso, se pensó que era necesario que Hanna se separara de la herencia emocional que su madre le deja; ser perfeccionista y además ser el depósito del coraje, que la madre siente hacia el padre. ¿Pero como lograr esto si la madre continuaba agredirla frecuentemente?, cada insulto la hacía sentir como una persona ineficiente, que tenía que esforzarse más por lograr las cosas, llevándola a realizar acciones perfeccionistas y con ello sentir mucha ansiedad.

Haciendo mención a los dos tipos de diferenciación que menciona Stierlin (1994), en el momento de comenzar la terapia, ella se encuentra en una *diferenciación con*, debido a que logra su individuación con un sentimiento de vínculo de lealtad frente a su madre, acepta sus encargos y lo heredado por ella, para darle dirección y sentido a sus acciones. Hanna continúa la misma pauta que la madre, en cuanto a ser perfeccionista al realizar las cosas, ser hiriente, agresiva y explotar fácilmente, no ha logrado separarse de esta pauta que aunque le molesta le da dirección a sus acciones.

En el transcurso de las sesiones, Hanna logra la *diferenciación contra*, en donde comienza a defenderse contra lealtades y encargos que superan sus capacidades y la hacen sentirse ansiosa, por lo que se arriesga a experimentar ambivalencias y conflictos buscando su propio camino. Ella cambia su mirada de los demás subsistemas hacia el subsistema individual, lo que le permite comenzar a realizar diferentes cosas que le traen beneficio.

Al respecto comenta: *“No voy a dejar que pasen sus necesidades sobre las mías, ya me distraigo, ya hable con mi hermana con relación a lo del bebé, ella tomó un poco más de consideración en sus responsabilidades. He decidido ocuparme de mí, muy aparte de lo que ellas necesitan, tengo que agradecerles muchas cosas, pero no voy a dejarme vencer y lucharé por las cosas que yo quisiera, porque si yo no me ocupo de mí misma nadie se va a ocupar. Ya me inscribí al equipo de basquetbal” (sesión 2).*

A lo largo de las sesiones se observa como Hanna, comienza a sentirse mejor con ella misma y realiza actividades diversas para su crecimiento personal. Ella disminuye la idea de perfeccionamiento, lo que le permite mejorar la relación con sus compañeras de clase. La comunicación con su madre y hermanas es más clara lo que ha generado una disminución de las discusiones. En la última sesión ya no se hacía cargo del bebé, solo lo cuidaba un rato, esta acción permite que se delimiten las responsabilidades de cada miembro de la familia.

Hanna ha logrado la difícil tarea de la diferenciación del sistema, identificando cuales son sus deseos y metas, independientemente de las necesidades de su madre y hermanas. Lo ha hecho eficientemente porque sigue perteneciendo al sistema e incluso ha mejorado su relación con cada integrante de la familia.

Hanna ha logrado resolver el dilema; *¿qué puedo hacer yo, si mi madre no viene a terapia?, ¿cómo puedo actuar de forma diferente si ellas se molestan cuando no hago lo que esperan de mi?* A través de comunicarse de forma clara, manifestando sus sentimientos y deteniendo las discusiones que iniciaba algún miembro del sistema, se inicio el cambio que se amplio a todo el sistema familiar.

Caso 2. Familia Hernández.

En cuanto al subsistema fraterno, Ximena no tiene una buena relación con su hermana, discuten frecuentemente y Laura percibe que Ximena es la hija consentida. Su relación con el subsistema parental es buena, especialmente con su madre, ya que a su padre lo percibe distante. Ximena se encuentra sobreinvolucrada en el subsistema conyugal, en las discusiones entre sus padres. Su madre le cuenta todo con relación a la separación con su padre. Esta situación la hace sentir confundida porque no le gusta que hablen mal de su padre, pero a la vez no puede dejar de escuchar a su madre. En el subsistema individual se siente confundida y desanimada para concentrarse en la escuela, ya que ha bajado su rendimiento.

Cuando Ximena inicia el proceso terapéutico comenta lo mal que se sentía ante la situación familiar, el buscar ayuda es el primer paso que ella hace en busca de la diferenciación del sistema, con el objetivo de lograr su estabilidad emocional. *“Me sentía mal por esta situación de mi casa, ya era mucho, hubo un tiempo en el que no quería hablar con nadie absolutamente con nadie, y por eso estoy aquí, creo que buscar ayuda es de lo primero que estoy intentando que me atreví a hacer por mi sola” (sesión 2).*

A través del proceso terapéutico Ximena logra centrar su atención en el subsistema individual, ya que planeó estrategias para lograr acreditar las materias que debía. Menciona sentirse mejor porque en la medida que ella ha cambiado, los demás miembros del sistema han hecho cambios. Ella estableció límites en su participación en el subsistema conyugal ya que no se involucra en los problemas entre sus padres. Logró unirse al subsistema fraterno, mejorando la comunicación con su hermana y realizando juntas acciones de adolescentes.

Los fragmentos que muestran su diferenciación del sistema son los siguientes:

“Me preocupo de lo de mi casa, pero no puedo hacer nada, las decisiones de su vida mi mamá las toma, me siento mal porque no me gusta verla así. Aunque no sea mi problema me lo cargo y me cuesta mucho trabajo sacar buenas calificaciones, pero tengo que seguir ya no me quiero dejar caer” (sesión 2).

“He dejado los problemas de mi mamá con mi mamá, únicamente le podría dar apoyo moral no le podría ayudar en otra cosa, y ya me dedico a mi. Separe las cosas de la escuela, en la escuela, y las de la casa, en la casa. A mi mamá le pregunto sobre su trabajo ya que de sus problemas le digo no, pues no me gusta platicarlo, no creo que quiera que yo le de una solución. No puedo hacer yo todo, y ahora digo mi obligación es estudiar si me centro más en eso, tendré tiempo para ir con mi familia y platicar o hacer cosas diferentes” (sesión 3).

En las primeras sesiones Ximena decía que le gustaría que su mamá se involucrara más con ella en cuanto a su rendimiento escolar, al cuestionarle en la sesión 3 refirió lo siguiente *“ pienso que no depende de mi mamá, ella me puede decir échale ganas como siempre me ha dicho, pero todo depende de mí no de mi mamá, si yo tengo las ganas yo lo puedo Me di cuenta que me estoy comportando como niña en algunas cosas, y dije es responsabilidad mía, los demás no pueden ayudar en nada, yo lo tengo que hacer porque es mi responsabilidad, esto lo tengo que hacer aunque me cueste lo que me cueste, no voy a decirle a los demás que me ayuden. Ser más capaz esta en mí, de decidir las cosas que yo quiero hacer, van a ser por mi bien, aunque van a haber obstáculos, pero al fin de cuentas pienso que nunca hacía estas cosas, no me sentía capaz de hacerlo en tan poco tiempo, por eso no las hacía, pero veo que sí puedo, y lo voy a seguir haciendo.*

En la sesión 4 existía la probabilidad de que el padre de Ximena regresará formalmente a vivir a la casa, por lo que se le comenta que tal vez eso pudiera ser un obstáculo para el avance que había logrado, al sentirse mejor y retomar su interés hacia la escuela. Al respecto comentó lo siguiente: *“No me tendría que afectar, pues no me están haciendo algo malo a mi, Son tantos los*

problemas que me hacen mal, que no le veía sentido enojarme por sus cosas, de todas maneras lo hacían aunque yo les dijera otra cosa”.

En esta misma sesión al evaluar a través de una escala, ella se coloca en el número 6 diciendo que ha logrado lo siguiente: *“sentirme mejor conmigo misma, después con los demás, ya no preocuparme tanto por ellos, en el sentido de que no puedo arreglar sus vidas, y nada más apoyo moral o una compañía, pero no puedo cambiarlos, pero si puedo cambiar mis actitudes”.*

En la sesión 5, Ximena reporta que la relación con su hermana ha mejorado, lo cual era uno de los objetivos terapéuticos, para dejar a sus padres solos en la confusión del subsistema conyugal. Ximena menciona: *“mi hermana ya no es tan grosera, cualquier cosa me habla y me pide ayuda y antes no era así. Me siento bien, no peleo tanto con ella hace sus cosas yo las mías sin estar chocando. Hay más unión porque me dice que hoy que le paguen su sueldo, llegue temprano para ir a comprar ropa, ella me va a comprar a mi cosa que nunca hace”.*

Posteriormente se le pregunta que pasaría si la relación con su hermana siguiera mejorando, a lo que ella respondió: *“nos independizaríamos de mi mamá y mi papá porque siempre que nos enojamos siempre intervenía mi mamá, y ahora los asuntos de ella y míos son de nosotras así no tenemos que utilizar a mi mamá”.*

En este caso se puede observar como Ximena logra diferenciarse del sistema que ella reporta problemático y enfocarse hacia sus actividades escolares y mejorar la relación con cada uno de los miembros del sistema. El establecimiento de límites le permite actuar como hija y no como confidente de la madre. Ella inicia el cambio, el cual se extiende hacia el sistema. Ximena comenta con relación a su familia. *“Ya todos cambiaron en la casa, mi hermana se va a trabajar y se desenvuelve en otro ambiente, ya no llega estresada y ya no pelea con mi papá. Mi papá ya no pelea con mi mamá y tampoco conmigo. Ya se siente armonía, mamá ya es más tolerante porque antes también me regañaba y ahora me dice llegas temprano ya no me dice te quiero aquí a tal hora, ya me deja más libertad”.*

Igual que en el caso de Hanna, aunque no asistieron los padres de Ximena, ella inició el cambio en su familia lo que nos hace confirmar que cuando un miembro establece límites y logra diferenciarse del sistema, se reorganiza el sistema familiar.

Caso 3. Familia Galindo

El caso de la señora Lina es el único de los 4 casos citados en donde asisten los demás miembros de la familia. Cuando están presentes los demás integrantes del sistema se puede realizar un trabajo más directo con cada uno de los subsistemas, ya que se pueden generar diversas estrategias que delimiten el lugar que ocupa cada uno de ellos en los subsistemas en los que participa.

En el subsistema conyugal existe una buena relación, aunque la señora reporta que en varias ocasiones no ha sentido el apoyo de su esposo. En el subsistema parental, la madre es quien está más cercana a las hijas. La señora actúa como intermediaria entre la relación de su esposo con las adolescentes, ya que dice que sus hijas no le dicen todo lo que sienten a su padre, porque lo perciben como una persona enojona.

La señora Lina es la persona central en la familia; las decisiones, los consejos, las actividades, son dirigidas por ella. Su esposo e hijas la perciben como una mujer fuerte y el verla con “depresión” ha desestabilizado el sistema, ellos comentan que el ánimo de toda la familia depende del estado de ánimo de ella.

En los cambios que presentaron a lo largo de las sesiones, el padre ocupa un lugar muy importante, él realiza cambios en el subsistema individual. Dice que desde que asiste a las sesiones, ha leído libros de superación personal, lo que le ha permitido hacer un análisis interior, reconciliándose con él mismo, en una historia de dolor desde su infancia (abandono y maltrato familiar). Ha dejado de ser tan enojón, se ha vuelto más paciente, se ha involucrado más al sistema familiar por lo que la madre comienza a sentirse menos sobrecargada. Esto ha permitido que la relación en el subsistema conyugal sea más cercana y de más apoyo.

Cuando el señor Joel logra incorporarse más a su familia, comienza a generarse el cambio en la señora Lina y en sus hijas. En el subsistema parental ha logrado comunicarse más con sus hijas, ellas lo consideran para tomar decisiones o pedir consejos. Por su parte, la señora ha establecido límites en la relación de sus hijas y su esposo, ya no interviene para ser intermediaria entre ellos. Las adolescentes han dejado de intervenir en el subsistema conyugal ya que en ocasiones se aliaban con la madre, en algunas discusiones que ella tenía con el señor.

En este caso, nuevamente podemos observar como la diferenciación de un miembro, puede generar cambios en los demás. Esto nos hace recordar la afirmación que hemos mencionado cuando hablamos del proceso de diferenciación, en donde Bowen (1991) propone que al iniciar un proceso de diferenciación en un miembro de la familia, es posible liberar a todo el sistema familiar. “curar al miembro más sano de la familia en lugar de curar al paciente, sobre la base de que el más sano es más capaz de modificar su conducta” (p. 58). No es que el padre se encuentre más sano que los demás, sin embargo, en el momento en el que asisten a terapia no ocupa el lugar del paciente, sino que lo presenta la madre con la “depresión”. El terapeuta puede mirar hacia otros integrantes y apoyarse en alguno de ellos distinto al miembro sintomático. En esta familia, el señor Joel activa el cambio al involucrarse con los demás miembros del sistema y estableciendo límites claros, éstas acciones permiten que la señora Lina se sienta más apoyada lo que la hace sentirse menos sobrecargada. De esta forma el síntoma que trajo a la familia a sesión pierde fuerza y la depresión fue disminuyendo.

Veamos a continuación fragmentos de las sesiones que muestran el proceso terapéutico.

En la sesión 5, se genera una escenificación para que la señora le diga a su esposo los cambios que ha notado en él. Ella le dice: *“nuestras hijas ya te dicen lo que piensan y tienen más confianza en ti, eres un hombre noble, flexible, que me apoya a mi y a mis hijas. Ahora puedo apoyarme económicamente en ti porque en un tiempo pensé que yo era el sostén económico y ahora permanezco en casa y tu al frente. Me siento más protegida, tu estas bien y lúcido”*.

Este fragmento muestra de forma muy clara lo que se ha explicado en cuanto al trabajo con los subsistemas, y el proceso de diferenciación. La señora reconoce los lados fuertes y los cambios

en el subsistema individual de su esposo. En el subsistema parental, reconoce el acercamiento del padre hacia sus hijas. Ella señala que ahora puede apoyarse en él, porque lo ve al frente de la familia, lo que genera tranquilidad en ella. En la sesión 4, la señora Lina dice que en 19 años de matrimonio, no había visto un cambio tan notorio en su esposo.

En la sesión 7, se aplicó una escala para evaluar los cambios en el subsistema individual, parental y conyugal.

En el subsistema individual, el señor evaluó la capacidad que tiene ahora de escuchar su voz interior y reflexionar, señaló que cuando inició el proceso terapéutico se colocaría en el número 1 y ahora en el 8. Con relación a los cambios personales, en la señora Lina se evaluó el hecho de “dar y recibir”, ya que ahora se siente apoyada por su esposo, puede compartir las riendas de la familia y no sobrecargarse para tener que seguir siendo fuerte y el pilar de su familia. Lo que posiblemente la liberó del síntoma. En ésta evaluación se colocó en el número 2 cuando inició y 8 actualmente.

En cuanto al subsistema parental, se evaluó la cercanía y comunicación con sus hijas. El señor mencionó que antes de asistir se evaluaría en menos 0 y ahora en 6.5. Con relación al subsistema conyugal se consideró los cambios en la cercanía y apoyo. El señor dice que antes estaban en un 6 y ahora en un 9. Ella dice que antes en un 5 y ahora en 9.

Esta evaluación muestra como la familia percibe los cambios en cada uno de los subsistemas, los cuáles están relacionados entre sí. El hecho de que el señor hiciera cambios en el subsistema individual y se involucraría con los demás subsistemas estableciendo límites claros, abrió el camino para liberar a todo el sistema del síntoma. En la última sesión se mostraban muy contentos, mostrando su agradecimiento hacia todo el equipo terapéutico.

Caso 4. Familia Serna

En el subsistema parental la señora María estaba sobreinvolucrada con su hijo Ivan, por lo que se mostraba constantemente preocupada por lo que le ocurría a él y a su vez le molestaba la ayuda

que él le solicitaba. Al comienzo se visualizó que era difícil que ella lograra poner límites claros a su hijo, ya que siempre lo había ayudado, esta pauta estaba presente en la familia desde hace más de 10 años.

En pocas sesiones la señora vuelca su mirada hacia ella misma, comienza un proceso de individuación, en donde realiza acciones agradables para ella y deja de centrar su atención en las actividades de los demás. Con estas acciones muestra el proceso de individuación que plantea Stierlin (1994) cuando habla de que el individuo se delimita frente a otros individuos cuando experimenta sus necesidades, sentimientos, ideas, sueños y expectativas como pertenecientes a él y diferentes a la de los demás miembros de su familia.

La señora María logra poner límites claros hacia su hijo. En la sesión 2 menciona que el haber asistido la sesión anterior le ayudo mucho, se puso a reflexionar que su hijo ya esta grande y que ella ya no debería preocuparse tanto por él. Conversó con su hijo y le dijo que ya se había cansado de esa situación y de que siempre le solicitaba ayuda. Ella mencionó sentirse con mayor fuerza interior para cambiar y ya no proporcionarle todo a su hijo. Aunque la relación con sus dos hijas era buena, también logro colocar límites para no involucrarse demasiado en actividades de ellas. En la sesión 4, relata una anécdota en donde bautizaron a su nieta y dice que ella ayudó a preparar la comida y disfruto la fiesta. Anteriormente dice que se hubiera preocupado mucho para que las cosas salieran bien en el bautizo, incluso darles dinero porque no les alcanzaba para cubrir los gastos. Menciona que antes se involucraba en cosas que no le correspondían.

El hecho de que la señora María ya no se involucre en las dificultades de sus hijos, genera que ellos actúen de forma independiente, y que incluso ahora ellos cambien su mirada hacia ella. (actualmente sus hijas la consienten). Se ha sentido mas relajada, e incluso se define como “conchuda” porque ahora se despierta más tarde y ya no se esfuerza en dejar comida para todos. Ha sentido mucha tranquilidad lo que le ha permitido hacer otras actividades que antes por la preocupación no podía. De tal forma que ha realizado acciones, propias de su edad y correspondiente a la etapa del ciclo vital, como es disfrutar a su nieta, salir a pasear con su familia, leer, tejer y ver televisión.

En un inicio la señora María, le insistía a su hijo Ivan que asistiera a la sesión, ante la negativa de él, ella se encontraba en una dificultad: *¿cómo puedo dejar de preocuparme por mi hijo, si él no cambia?, o ¿cómo puedo dejar de ayudarlo, si él siempre me solicita ayuda, y no puedo decirle que no?* En este caso nuevamente se observa que basta con que un miembro delimite su lugar en la familia, para que los demás comiencen a actuar de forma distinta. Ahora ella puede estar cerca de su hijo pero estableciendo límites claros, y sobretodo puede continuar mirando las necesidades de él, sin olvidar primero mirarse a ella misma.

1.3 Análisis del Sistema terapéutico total

El trabajo realizado en los diferentes escenarios se llevó a cabo con la participación del sistema terapéutico total que incluye a la supervisora, el terapeuta al frente de la familia, los terapeutas que observan y la familia. Desatnik, Franklin y Rubli, (2002) definen los distintos integrantes del sistema terapéutico total de la siguiente manera: el sistema de terapeutas esta formado por el terapeuta, el conjunto de terapeutas que observa y el supervisor. El sistema terapéutico se forma por el terapeuta y el sistema familiar. El sistema de supervisión se constituye por los terapeutas que observan y el supervisor. Cada uno de los integrantes participa desde su posición, la diversidad de miradas hacia el problema que presenta la familia permite generar diferentes ideas y abrir nuevas posibilidades para el cambio.

Desde la cibernética de segundo orden, el observador es parte fundamental del fenómeno observado, Nardone y Watzlawick (1999) señalan que “si se eliminan las propiedades del observador -quien observa y describe- no queda nada, no hay observación, ni descripción”(p. 37).

Al respecto, Arnorld (1988) señala que un observador de segundo orden es un tipo de observador externo, centrado en la observación de observadores y sus respectivas observaciones. Desde su posición puede observar lo que sus observados indican y describen *-el qué observan-*, también puede captar los esquemas de diferencias con que marcan tales observaciones y trazan sus distinciones *-el cómo observan-*. La forma en como se observa es lo que genera distintas percepciones y a su vez diversas formas de intervención propuestas para una familia. El sistema terapéutico total cambia a medida que se modifica cualquier integrante del mismo, ya sea el

supervisor, terapeutas o miembros de la familia. Cada sistema genera diversas experiencias y realidades, el hecho de que el equipo este formado por personas de diferente género, estado civil, formación académica, edad y etapas de ciclo vital constituye la riqueza de las observaciones.

En cada una de las familias atendidas, la diversidad de las características personales de los miembros del equipo terapéutico total fue de gran utilidad. Por ejemplo, la presencia de hombres y mujeres fue útil en el caso 3, de la familia Galindo, en donde el señor comenzó a realizar cambios como padre y esposo. Se considero conveniente que durante el mensaje un terapeuta varón, le diera una felicitación y reconocimiento desde su postura de hombre por haber logrado tantos cambios. El mensaje resultó más significativo para el señor al recibirlo por parte de un terapeuta de su mismo género.

En otros casos, la diferencia en la etapa de ciclo vital, constituyó una gran ventaja. En algunas familias en donde asistían los padres y los adolescentes, ocurría que las personas del equipo que ya tenían hijos entendían las actitudes y preocupaciones de los padres con mayor facilidad que los terapeutas que aun no estaban en esa etapa de vida. Esto muestra como el observador no se puede separar de sí mismo para observar. Sin embargo, aunque en su historia personal o en su etapa de vida algún integrante del equipo manifieste mayor comprensión por la situación de la familia, cada una de las descripciones de las observaciones que se elaboran y se comparten son importantes en el análisis del caso.

En las sesiones también puede ocurrir que un terapeuta no perciba algunas frases o actitudes de los miembros de la familia. Posteriormente cuando el equipo lo comenta, el terapeuta logra darse cuenta de lo ocurrido. Arnorld (1988) menciona que el observador de segundo orden, al observar conjuntos de descripciones puede combinar puntos de vista y percibir lo que sus observados, desde sus parcialidades, no logran ver. Las posibilidades de observar y describir lo que otros observadores no pueden observar ni describir, aun lo que es provocado por su propia concurrencia se llama latencia.

Una de las experiencias más enriquecedoras durante la participación de los equipos es la guía de diferentes supervisoras en cada una de los escenarios clínicos. Cada una, con su estilo personal y

su amplia experiencia en el campo de la Terapia Familiar Sistémica brindan sus conocimientos y acompañan a los terapeutas a lo largo de su formación. Tal es el significado de su enseñanza que aun cuando ellas no estuvieran presentes en las sesiones, lo terapeutas traíamos sus voces a través de la reflexión. Esto se hizo notar durante el último semestre, en las llamadas “supervisiones cruzadas” en donde se atendieron a familias sin la presencia física del supervisor en las sesiones. Esta fue una nueva experiencia para el terapeuta al frente de la familia y los terapeutas que miraban detrás del espejo, ya que en la conversación se traía a la sesión las voces de las diferentes supervisoras, por lo que pensábamos; ¿si estuviera aquí “x” supervisora que pregunta hubiera realizado?, ¿si se realizara ésta intervención, cómo hubiera sugerido “x” supervisora que lo hiciéramos? Haber tenido la oportunidad de participar en diferentes estilos de supervisión nos permitió aprender de cada uno de ellos, de tal forma que la realidad terapéutica se construía con las descripciones de las observaciones de cada integrante que a su vez incluía los conocimientos y experiencias que aprendimos de nuestras supervisoras a lo largo de los cuatro semestres en donde compartimos horas y horas de análisis. La intervención de cada integrante del equipo permitió construir una postura de curiosidad y de reflexión.

Con relación a esto, Boscolo y Bertrando (1998) señalan que si el terapeuta en lugar de formular una hipótesis con sus propias ideas o prejuicios y desde su propio lugar de observación, intenta imaginar y relacionar posibles hipótesis de otros miembros del sistema del cual forma parte, puede construir una hipótesis más compleja. A través de las múltiples voces se construyen diversas hipótesis e intervenciones.

El proceso de participar en sistemas terapéuticos como terapeuta o miembro del equipo es una tarea continua que uno debe incluir en su formación profesional. Troya y Aurón (1988) señalan que con frecuencia un integrante del equipo, cualquiera que sea el lugar que ocupa en el sistema terapéutico total, forma parte de diversos roles o funciones, puede ser supervisor en un sistema y en otro terapeuta, estar siendo supervisado y a la vez ser coordinador o supervisor en alguna Institución. El papel que cada persona ocupa en el sistema terapéutico total proporciona diferentes experiencias. Boscolo y Bertrando (1998) reconocen que los conceptos de Maturana, Varela, Von Foerster y Von Glasersfeld hicieron posible que se tuvieran en cuenta las posiciones

del observador, cada vez que se analizaba un sistema, cuanto más se tienen en cuenta los distintos lugares desde donde se observa más se conoce el sistema.

La participación en los equipos como terapeuta y como observador de los diferentes casos que atendían los demás terapeutas, permite vivenciar la riqueza de formar parte de un equipo terapéutico, en esta experiencia se logra pensar y actuar de una manera sistémica.

2. Habilidades de Investigación

2.1 Reporte de Investigación cuantitativa

Relación de ideación suicida y clima familiar en estudiantes de Psicología de la FES Iztacala

La conducta suicida ha sido objeto de investigación desde distintas disciplinas, a la fecha no se cuenta con explicaciones válidas que logren contrarrestar su incidencia; y lo más preocupante es que hay un número considerable de suicidios entre personas cada vez más jóvenes. Detrás de cada suicidio, puede decirse que ha habido un gran número de ideas sobre este hecho y también pueden darse algunos intentos de suicidio. Las ideas suicidas pueden definirse como los pensamientos o ideas, las rumiaciones o fantasías acerca de la muerte autoinfringida (Arellano, 1998).

Se realizó una investigación con el propósito de evaluar la ideación suicida y el clima familiar en el que se desenvuelven jóvenes universitarios con el fin de identificar aquellos factores que estuvieran correlacionados. Se utilizó una muestra de 100 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la carrera de Psicología de 17 a 27 años de edad con una media de edad de 19.9 años. El 78 % de los participantes eran mujeres y el 22% hombres. La ideación suicida se evaluó por medio de una escala diseñada por Roberts (1980) y el clima familiar se evaluó con la escala de Moos y Trickett (1995).

Los resultados revelan que el 49 % de los estudiantes no presentó ningún síntoma de ideación suicida. De las mujeres evaluadas el 52.5% no presentó ningún síntoma de ideación, un

porcentaje mayor al obtenido en la muestra de los hombres que fue de 36.4 %. El 34.6 % de las mujeres presentó solamente un síntoma de ideación suicida, este porcentaje fue más bajo que el obtenido en la muestra de hombres que fue de 45.5 %. Los hombres también tuvieron un porcentaje mayor al de las mujeres en la presencia de dos síntomas, el cual fue de 13.6 % mientras que en la muestra de las mujeres sólo se presentaron dos síntomas en el 9 %. La prevalencia de tres síntomas de ideación también fue más frecuente en la muestra de hombres con un porcentaje de 4.5 mientras que en las mujeres fue de 2.6 %. La presencia de los cuatro síntomas sólo se presentó en la muestra de mujeres con un porcentaje de 1.3%.

Por otra parte, los resultados mostraron una estrecha relación entre ideación suicida y cohesión familiar, expresividad y actuación. Se encontró que aquellos sujetos que tuvieron puntajes altos en estas áreas no presentaron ideas suicidas.

La cohesión, que se refiere al grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí puede ser afectada negativamente por los conflictos familiares, principalmente por la agresión física y/o verbal. Así, la cohesión se relacionó favorablemente con el grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales dentro de la familia, así como por la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso. También la organización, la expresividad y la actuación se relacionan positivamente con la cohesión.

La expresividad que es entendida como el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, resultó estar correlacionada negativamente con la ideación suicida. Se identificó que esta área se ve favorecida por la cohesión, el interés cultural e intelectual, las prácticas y valores de tipo ético y religioso. Al igual que en el caso de la cohesión familiar, la expresión puede verse afectada por los conflictos familiares.

La actuación también se correlacionó significativamente con la ideación suicida de forma negativa, la cual se define como el grado en que las actividades académicas o laborales se enmarcan en una estructura orientada a la acción y la competencia. Esto nos indica que la integración social del sujeto es un factor relevante ya que cuando se siente competitivo y activo

dentro y fuera del hogar tiene menos probabilidades de tener ideas suicidas. Las actividades intelectuales y morales así como la cohesión favorecen esta área.

De este análisis resultó revelante la importancia de las actividades del sujeto dentro y fuera de su hogar así como sus intereses intelectuales, culturales, políticos y sociales. La religión, así como los valores éticos parecen ser factores facilitadores de la cohesión familiar y la expresividad en la familia lo cual hace menos probable la presencia de pensamientos acerca del suicidio.

La información obtenida en este estudio nos da la posibilidad de identificar aquellos factores protectores del estado emocional de los jóvenes universitarios y nos propone articular el ambiente familiar con el social, siendo el ambiente escolar una alternativa para la prevención de las dificultades emocionales que produzcan ideas suicidas y conlleven en algunos casos al intento suicida o bien al suicidio.

2.2 Reporte de investigación cualitativa

Relación del contexto familiar en el significado de la ideación suicida

A partir de los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa, se seleccionó un caso, Sara de 18 años, quien presentó una puntuación alta de ideación suicida y una puntuación baja en la escala de clima familiar. Se realizó una investigación cualitativa con la intención de conocer la organización del sistema familiar de Sara y de qué modo se relaciona con su puntuación de ideación suicida.

Considerando que Sara es una representación de jóvenes con ideación suicida, su historia de vida posibilita la comprensión de un hecho de relevancia social. El objetivo fue investigar cuál es la percepción de su realidad familiar, así como sus pensamientos, intenciones, motivaciones y significados asociados a la ideación suicida.

Las preguntas de investigación fueron: ¿cómo es la percepción de la realidad familiar de Sara que puede estar asociada a la ideación suicida? y ¿cuál es el significado que Sara le atribuye al suicidio?

El estudio se realizó a través de una historia de vida, ya en la medida que ella narra su propia historia, se puede recuperar la vivencia de lo cotidiano e individual y esto se inserta en lo histórico, social y cultural (Montero, 1990).

La estrategia utilizada para la recolección de datos fue una entrevista a profundidad. Anguera (1995) refiere que este tipo de entrevista es flexible, dinámica, no directiva y abierta, lo que posibilita la conversación. La entrevista fue grabada y transcrita posteriormente para poder realizar una codificación y análisis de los datos.

Los datos de esta investigación se analizaron considerando el método interpretativo conocido como “Verstehen”. Mella (1998) menciona que este método explica la acción social en términos de los motivos de cada individuo, en donde cada persona le asigna un significado subjetivo a su conducta.

La percepción que Sara tiene del sistema familiar, es en general de lejanía emocional, lo cual se identifica a través del relato de las interacciones con cada uno de los miembros de la familia y en la descripción de su estructura familiar. De acuerdo a su historia familiar, se observa que Sara no tiene un vínculo cercano con los miembros de su familia, a excepción de su hermano, ella tiene la creencia de que esto se origina a partir del divorcio de sus padres. Muestra sentimientos de tristeza a lo largo de su vida por no haber crecido con su padre y por la ausencia en el hogar de su madre. Este contexto familiar implicó un factor de riesgo ya que cuando Sara establece un vínculo emocional fuerte y lo pierde le atribuye un significado de dolor que es tan intenso que busca aliviarlo a través del intento de suicidio.

Montero (1990) menciona que la historia de vida, no solamente permite comprender y organizar información, si no que a través del análisis se reconstruye la historia. La persona revisa su relato y entonces tiene contacto con su memoria, entiende su presente, su pasado y su proyección hacia el futuro. Esto se observa cuando Sara comenta que al narrar su historia se da cuenta de experiencias y personas significativas para ella.

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

3.1 Elaboración y presentación de productos tecnológicos

Se realizaron diversos productos tecnológicos, con el objetivo de mostrar las diferentes técnicas de los modelos de Terapia Familiar Sistémica. A través de la elaboración de manuales y videos el alumno puede mostrar sus habilidades y comunicar de forma oral y escrita las experiencias y resultados de su práctica profesional. Es fundamental que el alumno realice una evidencia física de su aprendizaje que le permita ser participe de la construcción del conocimiento. Los videos y manuales pueden ser útiles para colegas, usuarios y la comunidad en general para facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes requeridos para el empleo del modelo en la terapia.

Los productos tecnológicos que se elaboraron fueron:

- Manual de técnicas del Modelo Estratégico.
- Manual de técnicas del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.
- Manual de Terapia Breve enfocado en problemas.
- Video de técnicas del Modelo Estructural.
- Video de técnicas del Modelo Estratégico.

Cada manual contiene antecedentes del modelo, fundamentos teóricos, el proceso terapéutico y las técnicas empleadas que se utilizan para el logro de la meta terapéutica. A través de un caso clínico se exponen las diferentes técnicas.

Cada video tiene una duración aproximada de 30 minutos en donde se escenifican las técnicas terapéuticas correspondientes al Modelo Estructural y Estratégico a través de un caso clínico. El video se elaboró en equipo de 5 personas, cada una de las cuales actúo como terapeuta en algunas escenas y en otras como un miembro de la familia. A través de la escenificación de un caso se realizó una conexión entre la teoría y la práctica para lograr una mayor comprensión del modelo,

observando como un terapeuta puede emplear una técnica ante una situación expuesta por la familia.

3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.

A lo largo de la maestría se desarrollaron diferentes programas de intervención comunitaria con el objeto de informar a la población y su vez prevenir posibles dificultades que puedan presentarse en el sistema familiar. Los talleres se desarrollaron en diversas instituciones educativas que incluyeron niños, adolescentes y padres de familia.

A continuación se presentan los talleres que se realizaron; en cada uno se especifica la sede, los ponentes, la fecha en que se impartió, el objetivo y el desarrollo del taller.

Taller de comunicación no violenta.

Sede: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México.

Ponentes: Samantha Chávez y Claudia Juárez..

Fecha: Noviembre del 2002.

El taller fue dirigido a los alumnos de primer semestre de la carrera de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El objetivo fue que los participantes conocieran el modelo de “comunicación no violenta” de Marshall, el cual plantea la posibilidad de enviar mensajes claros, identificando nuestros sentimientos, nombrándolos y haciendo una petición para poder comunicarnos de manera efectiva. Se explicó el lenguaje chacal y el lenguaje jirafa, como dos formas distintas de comunicación.

Durante el taller se realizaron ejercicios para que los participantes pudieran aplicar los conceptos teóricos. El grupo se mostró interesado y participaron dando ejemplos o compartiendo su experiencia personal en cuanto a la expresión de sus deseos o sentimientos.

Escuela para padres

Sede: Jardín de niños “José Ma. Mata”. Ubicado en Tlalnepantla, Estado de México.

Ponentes: Gisela Alcántara, Samantha Chávez, Claudia Juárez y Francisco J. Robles.

Fecha: Noviembre del 2003.

El taller fue dirigido a los padres de familia de los niños inscritos en la escuela. Los temas que se abordaron fueron: valores, toma de decisiones, género y sexualidad. El objetivo fue que los padres de familia conocieran las implicaciones en el desarrollo de sus hijos de cada uno de los temas mencionados. El taller se realizó en dos sesiones. En la primera sesión se abordó el tema de valores y toma de decisiones. En la segunda sesión, se habló acerca de las diferencias culturales de acuerdo al género. En cada tema se dio una introducción y se realizaron diversos ejercicios. En el tema de valores, se les pidió a los padres que escribieran cuáles eran los valores que querían transmitir a sus hijos y las acciones que hacían para enseñárselos a los niños.

En el tema de toma de decisiones se reflexionó con relación al papel que ocupan en la educación de sus hijos, considerando que cada niño es una persona independiente y única, ellos deben aprender a tomar sus propias decisiones y los padres aprender a respetar y compartir éstas decisiones.

En cuanto al tema de género se hicieron dos equipos. Cada uno de ellos escribió a través de una lluvia de ideas, las acciones que culturalmente debía desarrollar un hombre y una “mujer. Los valores e intereses transmitidos están influenciados por la sociedad y por el rol sexual que nos corresponde. El ser niño o niña implica ser educados de forma distinta y tener expectativas de los padres para cada uno de ellos.

Al realizar los ejercicios, los padres de familia expresaron sus pensamientos y sentimientos y compartieron experiencias que han ocurrido en su familia.

Taller: Desarrollando la toma de decisiones en nuestros hijos

Sede: Escuela primaria “Héroes del Sur”. Ubicado en Azcapotzalco, Distrito Federal.

Ponentes: Gisela Alcántara, Samantha Chávez, Claudia Juárez y Francisco J. Robles.

Fecha: Marzo del 2004.

El taller fue dirigido a los padres de familia de los niños inscritos en la escuela. El objetivo fue que los participantes conocieran los elementos necesarios para ayudar a sus hijos a elegir entre diferentes alternativas de manera autosuficiente. El taller se llevó a cabo en dos sesiones. Al comienzo del taller se dio una introducción sobre la relevancia del tema y las implicaciones en el desarrollo de los niños. Se conversó con los padres de la importancia de enseñar a sus hijos a tomar decisiones, si permiten que el niño decida sin dirigir su elección estarán fortaleciendo la capacidad de elegir y ser responsable. A medida que los niños perciben que sus padres les tienen confianza y les permiten tomar decisiones, van fortaleciendo un sentimiento de independencia y autosuficiencia para enfrentarse a los problemas cotidianos adecuadamente.

Después de la introducción del tema se realizaron diferentes ejercicios para que los padres pudieran ensayar la forma en como podrían enseñar a sus hijos a tomar decisiones. Después de cada ejercicio se realizaban reflexiones personales que se comentaban al grupo.

Taller: Hábitos de estudio.

Sede: Centro Educativo Miguel Hidalgo. Ubicado en Tlalnepantla, Estado de México.

Ponentes. Gisela Alcántara, Samantha Chávez, Claudia Juárez y Francisco J. Robles.

Fecha. Mayo del 2004.

El taller se impartió a los alumnos de cuarto grado de primaria de la escuela. El objetivo fue que los participantes identificaran estrategias para mejorar sus hábitos de estudios. El taller se realizó en dos sesiones. Se abordó la importancia de la planeación y organización para crear hábitos de estudio. Se realizaron ejercicios en donde los alumnos pudieran identificar palabras claves de un escrito que permitiera la mayor comprensión del texto, de tal forma, que pudieran posteriormente

elaborar un resumen que tuviera la información más relevante. Se realizó una práctica en donde los participantes ilustraran un tema, con lo cual podían asociar conceptos y aplicarlos.

Al finalizar, los alumnos plantearon sus dificultades para preparar temas para exposición, ante lo cual se hizo un ejercicio por equipos para resolver sus dudas.

Taller: Construcción de la autoestima

Sede: Escuela primaria “Gabriela Mistral”. Ubicada en Tlalnepantla, Estado de México.

Ponentes: Gisela Alcántara, Samantha Chávez, Claudia Juárez y Francisco J. Robles.

Fecha: Junio del 2004.

El taller se impartió a los padres de familia de los niños inscritos en la escuela. El objetivo fue que los participantes experimentaran formas de responder ante los sentimientos de sus hijos en la construcción de su autoestima. Al inicio se explicó el concepto de autoestima y su relevancia en el desarrollo de los niños. Posteriormente se analizaron diversas formas de transmitir afecto y confianza. Una de ellas, es conocer los intereses y preferencias de los niños, así como sus preocupaciones, temores, ideales y alegrías.

Se les indicó a los participantes distintas situaciones que se presentan en la familia, para que ellos actuaran la forma en como responderían ante ellas. Al finalizar se realizó una reflexión de su participación en la construcción de la autoestima de sus hijos.

3.3 Reporte de presentación de trabajos en foros académicos.

Participación en el XXII coloquio de investigación.

Sede: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Nombre de la investigación: Relación de ideación suicida y clima familiar en estudiantes de Psicología de la FES Iztacala.

Fecha: Noviembre del 2003.

El objetivo fue presentar el contenido y los resultados de la investigación “relación de ideación suicida y clima familiar”. La presentación se realizó en cartel en donde se mostraron los datos de la investigación. El propósito de la investigación fue evaluar la ideación suicida y el clima familiar en el que se desenvolvían jóvenes universitarios con el fin de identificar aquellos factores que estuvieran correlacionados. Se utilizó una muestra de 100 estudiantes de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. La ideación suicida se evaluó por medio de una escala diseñada por Roberts (1980) y el clima familiar se evaluó con la escala de Moos y Trickett (1995).³

Cine debate: La mirada del terapeuta en el cine

Sede: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Fecha: Junio del 2004

El objetivo fue conversar acerca de historias cinematográficas desde diferentes perspectivas teóricas relacionadas con la terapia familiar. Se presentaron dos películas: “Una vuelta más” e “inhala”. Después de cada proyección se analizaron las películas desde diferentes posturas.

La película “una vuelta más “ se analizó desde un pensamiento modernista, teniendo como base el modelo estructural de terapia familiar. Los conceptos que se abordaron fueron: la estructura de la familia, etapa de ciclo vital, formación de pareja, construcciones de la realidad y la capacidad de autoregulación del sistema.

La película “Inhala” se analizó desde una postura posmoderna por lo que se realizó un equipo reflexivo, en donde se conversó con relación al tema y los personajes de la película. Los temas principales fueron; La desintegración familiar y el narcotráfico. Se observó la importancia de la narración y el lenguaje en la comprensión de historias y en la creación de significados.

³ Los resultados de esta investigación se muestran en el apartado 2.1 de este capítulo.

4.- Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

El terapeuta tiene un compromiso ético con las familias y con el equipo terapéutico total en el cual participa. A lo largo de la Residencia se presentaron diversas situaciones que llevaron al equipo terapéutico a reflexionar y analizar aspectos éticos en la práctica profesional.

Un punto muy importante a considerar al trabajar con las personas es de la confidencialidad. El Código Ético del Psicólogo (2002) refiere que se debe ser discreto, guardando y protegiendo la información que se obtiene en las relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si el psicólogo requiere presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, deben mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

El punto mencionado se lleva a cabo cuando se realiza la primera entrevista con la familia, en donde se le explica la forma de trabajar, con la presencia de un equipo terapéutico que está presente en el mismo lugar que el consultante como en los escenarios del ISSSTE y el CCH, o que se encuentra detrás del espejo como en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Se les menciona que se videograbará la sesión con fines de análisis y/o didácticos y se les solicita su autorización por escrito. Una vez que la familia ha manifestado su autorización se comienza la grabación. Las familias atendidas mostraron colaboración hacia la forma de trabajo del programa de residencia, inclusive en su mayoría agradecían la manera en como el equipo participaba y se interesaba en ellos.

Otras situaciones en donde la confidencialidad fue un tema de análisis durante la residencia fue la discreción con la información que se conoce de la familia. El terapeuta cuida y protege la información hacia otras personas o instituciones ajenas al sistema familiar, pero ¿qué hacer cuando la información debe ser guardada hacia los miembros que asisten a terapia? Esto puede ocurrir cuando se presentan a la sesión solamente algunos integrantes del sistema, o cuando se conversa de forma individual con niños u adolescentes ya que pueden contar secretos o información que desconocen otros miembros. Estas personas suelen solicitar al terapeuta que no

informe a los demás integrantes de la familia lo que ha narrado durante la sesión. Esta situación plantea un dilema ético ya que por un lado es importante la confidencialidad y el respeto por la información que se ha proporcionado, sin embargo en ocasiones hay información que debe ser conocida, por ejemplo en situaciones de abuso o de violencia el terapeuta debe estar alerta ya que algún miembro de la familia puede estar en riesgo y será conveniente indagar al respeto para buscar la forma correcta de abordarlo.

En el proceso terapéutico es común que se obtenga información de otros temas que no son el motivo por el cual la familia solicita terapia, ya que durante las conversaciones se muestran diversas problemáticas; alcoholismo, drogadicción, robo, violencia, abuso, etc. Las formas de abordarlo dependerán de cada familia, aunque existan casos similares por edad, motivo de consulta, situación familiar u otros, cada persona tiene características que los distingue de los demás y con cada uno de ellos se establece una relación única que es la que determinará el modo en como se abordaran los temas en terapia. Por lo que el terapeuta deberá estar atento a toda la información que se recabe para encontrar la forma de unir las piezas del rompecabezas, respetando la confidencialidad pero no perdiendo de vista al sistema.

En otras familias reflexionamos el papel del terapeuta y la responsabilidad que tenemos como constructor de significados. Cuando se brinda atención a las familias es posible que al mismo tiempo acuda con otros especialistas; psiquiatras, neurólogos, nutriólogos, terapeutas de lenguaje, pedagogos, etc. Algunas veces la información que proporcionan otros especialistas, puede contradecir el trabajo del proceso terapéutico. *"la maestra dice que el niño debería vivir con su padre"*, *"el psiquiatra dice que la depresión que tengo es muy grave y debo estar medicada, incluso internarme en un hospital"*, *"la psicóloga de la escuela dice que el niño tiene fuertes problemas y eso me angustia mucho"*. Resultaría complicado cuestionar la opinión de otro profesional, además de que confundiría a las familias, quienes en ocasiones traen una historia de diagnósticos y opiniones diversas ante su situación. Cuando el caso lo requiera se puede optar por conversar con otros profesionales involucrados para conocer el fundamento de sus intervenciones y trabajar en beneficio de las familias.

Estas situaciones también se presentan en casos en que los niños u adolescentes son referidos por las escuelas, en donde la maestra, directora u orientadora vocacional reportan que observan dificultades. El terapeuta debe ser cauteloso al confirmar o rechazar la información que ha sido proporcionada por otro profesional.

La terapia es una construcción de significados, en donde uno aprende a escuchar la voz de la familia y sus construcciones de la realidad que pueden haberse formado por la información que otros profesionales le proporcionaron, por esta razón es importante mostrar respeto hacia otras opiniones que la familia haya considerado. Independientemente de los profesionales involucrados o la institución a la que pertenezcan, el terapeuta debe centrar su actuar en beneficio de la familia.

Otro punto a considerar es el empleo de las diferentes técnicas de los modelos de Terapia Familiar Sistémica llevadas a cabo en las sesiones. Los modelos se emplean de acuerdo a las características específicas de cada familia. Sánchez (2000) señala que la técnica debe estar de acuerdo al paciente y no el paciente a la medida de la técnica. Aun cuando se está en un programa de entrenamiento, el compromiso y respeto hacia los consultantes implica que se realicen intervenciones solo para lo cual se esta preparado. Es cierto que muchas de las técnicas que el terapeuta conoce a nivel teórico las realiza por primera vez en las sesiones de supervisión, sin embargo hay algunas que requieren mayor experiencia. Al respecto, el Código Ético del psicólogo en su artículo 45, señala que el psicólogo delega en sus supervisados sólo aquellas responsabilidades que se espera desempeñen competentemente, con base en su educación, formación, o experiencia, ya sea independientemente o con un nivel de supervisión adecuado.

A lo largo del programa de la residencia, los supervisores coordinan el entrenamiento de sus supervisados, cuando perciben que algún terapeuta esta teniendo o puede tener dificultades al realizar alguna intervención, o simplemente no tiene el conocimiento o preparación que se requiere colaboran con él para su realización. De tal modo que no por priorizar el entrenamiento del terapeuta se descuide a la familia.

Considerando los diversos dilemas que se han planteado en cuanto a cuestiones éticas es importante que el terapeuta siempre considere la afirmación de Troya y Auron (1988) cuando

enfatan que la responsabilidad central del sistema terapéutico total es con la familia consultante y debe privilegiarse, si es necesario, la eficacia terapéutica sobre el entrenamiento, los compromisos y lealtades institucionales diversas.

Para finalizar el tema de planteamientos y dilemas éticos, me gustaría referir la descripción que hace Leff (2002) con relación a la ética que engloba los cuestionamientos y conceptos mencionados.

La ética no puede divorciarse de la técnica que implica el aprender a escuchar, el saber dosificar las intervenciones con palabras y silencios que hagan sentido y a través de éstos sentidos modifiquen comportamientos y reestructuren sistemas de relación. Y esa fusión de la técnica y la ética es un arte. (p. 76)

IV CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

A lo largo del Programa de Residencia se lograron diversas habilidades y competencias. El conocimiento de los diferentes modelos de Terapia Familiar Sistémica y su aplicación permitió diseñar estrategias de detección, prevención, evaluación e intervención para los problemas y demandas de los diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas a las cuales se les brindo atención. Las múltiples horas de práctica en los diversos escenarios clínicos constituyó una oportunidad para consolidar la teoría y la práctica, en donde se promovió una actitud de análisis y reflexión que a su vez generó nuevos conocimientos y experiencias.

Se desarrollaron habilidades de investigación a través de la búsqueda de información de las diversas problemáticas de los consultantes. También se realizaron las investigaciones “Relación de ideación suicida y clima familiar” y “Relación del contexto familiar en el significado de la ideación suicida”, las cuales se abordaron con una metodología de forma cualitativa y cualitativa respectivamente.

Reafirmando el compromiso social que el terapeuta tiene con la población, se desarrollaron habilidades de prevención y difusión por medio de talleres y conferencias a la comunidad, con el objetivo de informar y prevenir diferentes problemáticas psicosociales.

No solamente el terapeuta logró adquirir herramientas para el desempeño integral de su labor sino que realizó un trabajo personal en donde a través de diversas actividades como la observación de las videograbaciones y la retroalimentación de sus colegas, identificó sus fortalezas y limitaciones. El trabajo con el equipo terapéutico total, fue sin duda una oportunidad para que el terapeuta lograra conocer y reconocer sus capacidades que lo llevarán a un proceso de reflexión de su desempeño profesional.

2. Incidencia en el campo psicosocial

Como bien se ha mencionado, la familia constituye la base de la sociedad. Es el cimiento del desarrollo biopsicosocial del individuo, en donde se construyen las experiencias, que formaran parte del repertorio de conductas de cada persona. Durante la práctica clínica se observó que algunas dificultades por las que atraviesan las familias corresponden a la transición por las diferentes etapas del ciclo vital: matrimonio, nacimiento de los hijos, incorporación a la vida escolar, adolescencia y nido vacío. En cada etapa se pueden presentar diversas situaciones que desequilibran al sistema familiar, lo que identificamos como cambios inesperados; enfermedades, dificultades escolares, divorcios, violencia, depresión, u otros que tomen de sorpresa la vida de las personas.

A sí mismo, la familia puede ser un factor de protección o riesgo para la aparición de diversas problemáticas psicosociales tales como: drogadicción, alcoholismo, deserción escolar, maltrato infantil, abuso sexual, etc. Cada problemática requiere de una atención especializada que les brinde a las personas la oportunidad de mejorar su experiencia de vida. La labor del terapeuta es sensibilizarse ante las necesidades de la población y responder a ellas de una manera profesional.

Durante la Residencia en Terapia Familiar Sistémica se renueva el compromiso de brindar atención a la población, la cual se hizo desde diferentes áreas; a través de la terapia individual, de pareja o familiar, por medio de los diferentes talleres, conferencias y con la realización de productos tecnológicos, (manuales y videos).

El compromiso del terapeuta como promotor del cambio trasciende de su trabajo en la residencia, ésta fue solo el terreno fértil donde se sembraron las semillas para continuar más allá de los muros de la Institución. El terapeuta deberá tener presente en las diferentes actividades que desempeñe a lo largo de su desarrollo profesional que las personas requieren de él, y éste tiene un compromiso social como representante de la salud y del desarrollo y bienestar emocional.

3. Análisis del Sistema Terapéutico Total

Una de las experiencias más enriquecedoras del terapeuta fue la participación en un sistema terapéutico total en donde se aprendieron diferentes habilidades y competencias que se requieren para el trabajo con familias. Cada uno de los integrantes aprende a escuchar, a realizar silencios cuando es necesario, a dar un punto de vista de lo observado en las diferentes sesiones, ya sea con relación a la situación que presenta la familia, o bien, al desempeño que el terapeuta tuvo durante la sesión. Se aprende incluso a conversar y a compartir historias que se entrelazan para formar una nueva realidad, la que se construye de la multiplicidad de voces.

Una vez que se ha concluido el programa, el terapeuta podrá participar en otros equipos, ya que siempre habrá familias, terapeutas y supervisores, dispuestos a compartir un espacio que promueva nuevas posibilidades, distintas ideas e historias que contar. Al respecto Roberts (2002) comenta lo siguiente:

Cuando alguien nos cuenta una historia, nos brinda un espacio para que nuestras propias historias se unan a la suya y se amplifiquen, se comparen, se contrasten y se vean desde distintas perspectivas. A través de contar y compartir historias las personas tienen la capacidad de estar dentro y fuera de su experiencia al mismo tiempo. (p. 63)

Por el contrario si por algunas circunstancias, como ocurre generalmente en el consultorio particular, no se está en la posibilidad de contar con un equipo, el terapeuta puede imaginar cómo describiría su observación alguno de sus colegas. Del mismo modo que se realiza una pregunta circular a la familia al decirle, ¿si su hijo estaría aquí que cree que pensaría de la relación entre su esposa y usted?, el terapeuta podría hacer lo mismo, ¿si el equipo estuviera aquí, que hipótesis plantearía? A través de un diálogo interno, el terapeuta puede reflexionar y traer a la sesión múltiples voces.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

Son vastas las experiencias, conocimientos y anécdotas que ha vivido el terapeuta al cursar la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, en la Universidad Nacional Autónoma de México. La riqueza del programa lo constituye sin duda, la conjunción teórica-

práctica, en donde el alumno puede asistir a una aula a conocer contenidos de diversas materias y posteriormente asistir a diferentes escenarios clínicos a realizar sesiones de terapia bajo supervisión. Esta condición permite adquirir una formación integral donde el terapeuta puede conocer sus capacidades para poder utilizarlas y ampliarlas y a su vez identificar las áreas que debe desarrollar con mayor precisión.

Desatnik, Franklin y Rubli, (2002) señalan que “un aspecto importante de la actividad de supervisar consiste en acompañar, guiar, respaldar y guiar al terapeuta y a su equipo durante la terapia y detectar aquellos escotomas emocionales que representan obstáculos en el trabajo clínico”(p. 49). Por lo que el terapeuta esta acompañado todo el tiempo por sus colegas y profesores, lo que promueve el desarrollo de su formación.

El terapeuta va cambiando a lo largo de su formación, en donde aprende nuevas habilidades y conocimientos y a su vez cambia la forma de percibir los fenómenos. El primer cambio que enfrenta es la concepción de la epistemología circular, ésta trasciende la teoría y se convierte en una forma nueva de mirar los eventos y las relaciones. El análisis de las experiencias cambia ya que no se buscan las causalidades sino que se reflexiona con relación a la circularidad y al papel que cada uno desarrolla en la construcción de la realidad de la cual formamos parte.

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

El trabajo que realiza el terapeuta como profesional incluye lo que somos como personas, nuestras ideas valores y los significados que hemos construido alrededor del ser humano y de la sociedad. La terapia implica la interacción constante con diferentes personas que es posible generen diversos sentimientos y emociones en el terapeuta, simplemente por el hecho de ser un ser humano que trabaja con las emociones de otros seres humanos. Todo lo que ocurre en la sesión; conversaciones, risas, silencios, intervenciones, interacciones, sentimientos y emociones forman parte de la realidad que se construye en el sistema terapéutico. El terapeuta involucra en las sesiones además de sus conocimientos, su persona y sus valores. Al respecto Fairbairn y Fairbairn (en Gross, 1994) mencionan lo siguiente:

Si la relación terapéutica se ha de basar en el respeto por los clientes como personas, como ser si se ha de tratar al cliente como tal, entonces tiene que reconocerse también que la relación tiene lugar entre dos gentes. No podemos respetar al otro como persona a menos que reconozcamos que es una persona como nosotros; y no podemos lograr esto en una relación terapéutica a menos de que estemos presentes, como una persona con el otro. (p. 57)

Al concluir que la primera herramienta con que cuenta el terapeuta es él mismo, deberá tener en cuenta que se requiere de una constante actualización que le provea las herramientas necesarias para la realización eficiente de su trabajo. De igual forma, deberá mostrar respeto y tolerancia hacia los diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales a lo largo de su desarrollo profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno en la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human system as linguistic system; preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Andolfi, M. (1990). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Argentina: Paidós.
- Anguera, M. (1995). Metodología cualitativa. En M. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, & G. Vallejo (Eds), *Métodos de investigación en Psicología* (523-547). Madrid: Síntesis.
- Arellano, R. (1998). *La percepción familiar en adolescentes suicidas*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Azaola, E. (2003). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. México: Corunda.
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1998). *Los Tiempos del tiempo*. Buenos Aires: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman L. & Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu.

- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del si mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Cade, B & O'Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de terapia Breve*. Buenos Aires: Paidós
- Cathalifaud, M. (1998). Recursos para la investigación Sistémico/Constructivista. La observación de segundo orden. Cinta de Moebio, 3. Recuperado el 21 de mayo de 2004 de: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/o3/frame50.htm>
- Ceberio, M. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción de universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, 26 (4), 405-413.
- Código Ético del Psicólogo* (2002). México: Trillas.
- Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH). (2005). Portal de internet del CCH, plantel Azcapotzalco. Recuperado el 25 de Abril de 2005, de <http://www.cchazc.unam.mx>
- Desatnik, O., Franklin, A. & Rubli, D. (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del proceso de Supervisión. *Terapia y Familia*, 15 (1), 47-56.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM.
- Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). (2005). Portal de Internet de la FESI. Recuperado el 24 de Abril de 2005, de <http://www.iztacala.unam.mx>

- Fish, R., Weakland, J. & Segal, L. (1985). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gross, R. (1994). *La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1986). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu .
- Haley, J. (1987). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de teoría familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee & K. Gergen (comps), *La terapia como construcción social* (pp. 25-43). Barcelona: Paidós.
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (2005). Portal de internet del ISSSTE. Recuperado el 25 de abril de 2005, de <http://www.issste.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). *Mujeres y Hombres*. México: INEGI.
- Iturriaga, J. (1994). *La estructura social y cultural en México*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico cibernéticas. *Sistemas familiares*, 10(1). Recuperado el 20 de Enero de 2004, de <http://www.geocities.com/HotSpring/Spa/2556/proceso.htm>

Kenney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. McNamee & K. Gergen (Comps), *La terapia como construcción social* (pp 93-110). Barcelona: Paidós.

Leff, E. (2002). Ética y estética de la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*, 15 (1), 71-76.

Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE

Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S. (1991). *Calidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. & Fishman, H. (1989). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Montero, M. (1990). *Memoria e ideología. Historia de vida: Memoria individual y colectiva*. México:

Moos, R., Moos, B. & Trickett, E. (1995). *Escala de Clima Social*. España: TEA

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.

- Nelson, T., Eleuridas, C. & Rosenthal, D. (1986). Evolution of circular interrogation. Family therapist training. *Journal of Marital and Family therapy*, 12 (6), 113-127.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O' Hanlon S. & Bertolino B. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- O' Hanlon, B & Weiner-Davis M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Reuben, S. (2001). Características familiares de los hogares Costarricenses. En C. Gomes (Comp), *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en la investigación sobre vida doméstica* (pp. 147-198). México: Miguel Angel Porrúa.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the ces-d: escale in difference ethnic contexts. *Pshychiatric Research*, 2, 125-134
- Roberts, J. (2002). Del dominio privado al público: Entrecruzando historias de terapeutas y consultantes. *Psicoterapia y Familia*, 15(2), 62-78.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hipothezing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the sesión. *Family Process*, 19 (1), 100-112
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Simon, F., Stierlin, H. & Wynne, L. (1993). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Stierlin, H. (1994). *El individuo en el sistema. Psicoterapia en una sociedad cambiante*. Barcelona: Herder.
- Troya, E. & Auron F. (1988). *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión*. Trabajo presentado para el II congreso Nacional de Terapia Familiar. México.
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En C. Gomes (Comp), *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en la investigación sobre vida doméstica* (pp. 23-65). México: Miguel Angel Porrúa.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (comp), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp.1-27). México: Pax.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone G.(2000). *Terapia Breve estratégica. Pasos hacia un cambio en la percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1998). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. & Epston, D (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Witzezaele, J. & Garcia T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.