

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARINO APARICIO BURÓN

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. JORGE MOLINA AVILÉS

JURADO DE EXAMEN:

- MTRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMENEZ
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
DRA. SOFIA RIVERA ARAGON
MTRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
MTRA. SILVIA VITE SANPEDRO

44

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE: Marino Aparicio Burón
FECHA: 10/01/05
FIRMA: [Firma]

MÉXICO, D.F.

2005

0350038



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 mi querida universidad, por darme la oportunidad de formarme y ser cada día un mejor profesionalista.

A Miri, mi esposa, por compartir conmigo este proyecto de vida, lleno de amor, confianza, apoyo y comprensión.

A mis papás, Marino y Juanita, Juanita y Marino, por haberme ayudado en todo este largo camino, gracias por apoyarme para llegar tan lejos.

A mis hermanos Arquímedes y Anaxímenes, y a sus esposas, Natalia y Claudia, por ser mi familia querida. Sebastián, gracias también, mi sobrinito y ahijado, por existir y darnos tanta alegría.

A mis suegros Ramón y Blanquita y a mi cuñado Ramón, por brindarnos tanto apoyo.

A mi equipo terapéutico: Ivette, Blanca, Claudia, Yazmín, Alma, Joaquín y Erika, sin su presencia la maestría no hubiera sido la misma.

A mis profesores de la maestría, que me proveyeron de una gran riqueza en experiencia, conocimientos y calidad humana.

A mis amigos, que me han acompañado en diferentes etapas de mi vida, y con quien he compartido tantas experiencias.

INDICE

I. <u>Introducción</u>		3
1. Análisis de la situación psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:		4
1.1 Características del campo psicosocial.		4
1.2 Principales problemas que presentan las familias		9
1.3 La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.		11
2. Caracterización del escenario clínico donde se realizó el trabajo clínico		15
2.1 Descripción del escenario clínico.		15
2.2 Análisis sistémico del escenario clínico (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.)		16
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el escenario.		19
II. <u>Marco teórico.</u>		21
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.		21
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.		21
Teoría General de los Sistemas		21
La Teoría Cibernética		24
Teoría de la Comunicación Humana		28
Bateson y sus investigaciones sobre grupos familiares		31
Posmodernismo, constructivismo y construccionismo social		33
1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Modelo estructural, Estratégico, de Terapias Breves, orientado a Soluciones, de Milán, y derivados del Posmodernismo.		36
Modelo Estructural		36
Modelo Estratégico		44
Modelo de Terapia Breve (MRI)		48
Modelo de Soluciones		52
Modelo de Milán		58
Modelo Narrativo		64

	Enfoque Colaborativo	69
	Equipo Reflexivo	76
	Integración de modelos	80
III.	<u>Desarrollo y aplicación de Competencias profesionales.</u>	88
1.	Habilidades clínico terapéuticas	88
1.1	Integración de expedientes del trabajo clínico y análisis teórico metodológico.	89
1.2	Análisis del Sistema Terapéutico Total.	111
2.	Habilidades de investigación.	113
2.1	Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.	114
3.	Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención comunitaria.	120
3.1	Elaboración de productos tecnológicos.	121
3.2	Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.	122
3.3	Presentación de trabajos en foros académicos.	123
3.4	Actividades extracurriculares.	124
4.	Habilidades de compromiso y ética profesional.	125
4.1	Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.	125
IV.	Análisis temático para la presentación de competencias profesionales.	129
1.	Acerca del duelo	129
2.	Acerca de la familia en terapia	134
V.	Consideraciones finales.	158
	Referencias	161

I. INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre tuvo la necesidad de vivir en grupo para solventar sus necesidades y afrontar sus peligros de una manera más eficiente y económica, ha tenido que idear la manera de agruparse y la familia ha sido el engomado que une a dichas sociedades. Debido a este papel, es de gran importancia que los profesionistas de la salud, en particular los psicoterapeutas familiares, conozcan la situación en la que se desarrollan las familias, sobre todo las familias mexicanas, y los problemas que tiene que enfrentar, para poder intervenir en su ámbito psicológico de una manera más adecuada.

Toda familia de cualquier estrato social, económico, geográfico etc., pasa por una serie de problemáticas, que se ven enfatizadas por el aumento de la pobreza, el aumento poblacional y a muchos otros problemas, que han obligado que la misma sociedad cree y cuente con profesionistas especializados en entender sus problemáticas y atenderlas de la mejor manera, incluyendo la ayuda en el aspecto psicológico.

El enfoque Sistémico y específicamente la Terapia Familiar Sistémica ha surgido precisamente como una alternativa para explicar e incidir en las relaciones del grupo familiar y de los seres humanos (Martínez, 2004). Este enfoque ha sido empleado en diversas partes del mundo, mostrando su utilidad y eficiencia en la intervención con las familias. Por tal motivo, se entiende la importancia de generar programas de formación de terapeutas familiares que desarrollen habilidades y competencias clínicas bajo este enfoque y que, al egresar, puedan ofrecer sus servicios a la comunidad, coadyuvando en la identificación y tratamiento de las problemáticas familiares.

El hecho de que nuestra máxima casa de estudios esté ofreciendo este servicio de formación profesional en terapia familiar sistémica al nivel de maestría, con acreditación de alto nivel académico (avalado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONACYT-), exige de sus alumnos y egresados la mayor calidad en conocimientos y práctica profesional, lo cual incluye una gran cantidad de habilidades (teórico conceptuales; de investigación y enseñanza; clínicas, de detección, evaluación sistémica y tratamiento; y de ética y compromiso social), que fundamenten su quehacer profesional dentro de un marco de excelencia y prestigio, acorde con la excelencia y prestigio de nuestra universidad.

En este trabajo se busca ratificar la obtención de los objetivos de formación de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Terapia Familiar, con la integración de los elementos teóricos, clínicos y de la persona del terapeuta, que fueron desarrollados a lo largo de los dos años de formación de dicha residencia (agosto 2002 – agosto 2004).

Este trabajo parte de un análisis tanto del campo psicosocial de nuestro país, como de los principales problemas que presentan las familias y de las características de la terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada. Posteriormente, se hace una descripción de las características del escenario clínico donde se llevó a cabo la formación práctica del trabajo. Como siguiente paso, se hace un análisis de los fundamentos teóricos epistemológicos de la terapia familiar y de los diferentes modelos de intervención clínica derivados de ella. En otro punto, se explica el desarrollo y

aplicación de las competencias profesionales adquiridas en la residencia, que incluye la integración de expedientes de trabajo clínico por familia que atendí como terapeuta, así como su análisis y discusión teórico metodológica y el análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas del equipo terapéutico. Posteriormente, se analizarán las diferentes actividades que avalan la adquisición de habilidades de investigación, de enseñanza y difusión del conocimiento y de compromiso y ética social. Finalmente, se harán unas consideraciones relativas a las habilidades y competencias profesionales adquiridas y su incidencia en el campo psicosocial. Se incluirán anexos de los productos terminados en mi paso por la residencia.

1. Análisis de la situación psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

3.1 Características del campo psicosocial

México es un país con una situación socio económica cultural diversa, que a su vez, alimenta la diversidad de las características de su población. Por esto se entiende que la familia mexicana esté conformada por una gran variedad de características. Posee una enorme riqueza interna que se puede describir tanto en el paso de los siglos como en su situación actual. Para empezar con su descripción, me gustaría hacer un breve resumen sobre algunos aspectos estadísticos de la familia mexicana de hoy en día.

Hogares e integrantes familiares

El INEGI reportó que en el 2000 se contaban con 93,677,806 personas distribuidas en hogares familiares en toda la República. Cabe señalar que esta cantidad de personas no es el total de mexicanos en el país, pues habría que tomar en cuenta a las personas que no viven en hogares familiares (niños en situación de calle, indigentes, etc.). Del total de familias mexicanas, un 22 % se ubican en sólo dos entidades federativas: el Estado de México y el Distrito Federal, con 12,332,175 y 8,226,314 familias, respectivamente (20,558,489 de personas en total por ambas entidades).

Para ese mismo año, existían en el país un total de 22,268,916 hogares familiares. De ellos, el 69 % (15 294 905) se conformaba de familias nucleares, el 25 % (5 457 074) de familias extensas y el restante 7 % se componía de miembros no familiares (co-residentes y hogares unipersonales – 1 498 613). Esto nos indica que casi las $\frac{3}{4}$ partes de los hogares mexicanos se conforma de familias nucleares, mientras que $\frac{1}{4}$ de los hogares se conforma de familias extensas.

También cabe señalar que, del total de 22,268,916 hogares familiares mexicanos, el varón funge como jefe de casa en el 80% (17,671,681) mientras que la mujer funge como jefa en el restante 20 % (4,597,235). Habría que delimitar en ese caso a qué se refiere el INEGI con jefe de casa. Pese a esto, se observa que los hombres siguen siendo mayoritariamente jefes de casa.

El tamaño promedio de los hogares en el 2000 de 4 (4.3) miembros por hogar. Me gustaría señalar aquí que, en los hogares en donde el jefe es un hombre, el promedio de miembros en el hogar es de 4.5, mientras que en los hogares en donde el jefe es una mujer el promedio es de 3.6; esto es, hay un miembro menos en los hogares comandados por una mujer que en los comandados por un hombre.

Por otro lado, el total de viviendas que existe en la República Mexicana es de 21,513,235. El promedio de ocupantes es de cuatro personas por vivienda (4.4). En el Distrito Federal y Chihuahua es donde menos personas tienen que compartir el dormitorio (1.9 personas por dormitorio), mientras que en Chiapas es donde más personas tienen que compartir dormitorio (3 personas por dormitorio).

Población económicamente activa (PEA)

De acuerdo al censo de población económicamente activa (INEGI-STPS, 2004), existían para el 2004, un total de 42 306 063 personas económicamente activas. De este, el 65% eran hombres (27 357 076) y el restante 35% mujeres (14 948 847). Este mismo censo reporta un número de 1 092 692 personas desempleadas, siendo de ellas un 60% hombres (656 463) y un 40% mujeres (436 229). La mayor parte de la PEA se localiza en los estados de México (6 275 161), D.F. (3 993 242), Jalisco (2 971 339), Veracruz (2 727 655) y Puebla (2 446 090) que, en conjunto tienen al 42 % de la PEA, esto quiere decir que casi la mitad de la PEA reside tan sólo en 5 entidades federativas.

La escolaridad de la PEA es, en promedio, de 8 grados escolares (2° de secundaria), presentándose la menor escolaridad poblacional para el Estado de Chiapas (6 grados – 6° primaria) y la mayor para el Distrito Federal (10 grados – 1° bachillerato).

De esta población (PEA), sólo en el Distrito Federal, Puebla y Oaxaca la escolaridad es un poco mayor en los hombres (diferencia de 0.4 a 0.1 grados, casi nada), mientras que en el resto del país, la escolaridad es igual o mayor en las mujeres; resaltando los estados de Durango, Nayarit, Zacatecas, Veracruz y Aguascalientes, en donde las mujeres tienen más de un grado escolar de diferencia respecto de los hombres. Esto quiere decir que, con excepción del D.F., Puebla y Oaxaca, en el país las mujeres económicamente activas tienen la misma o incluso mayor escolaridad que los hombres, lo que nos llevaría a suponer que tal vez también estén mejor preparadas, por lo menos por cuanto a su nivel escolar se refiere.

Matrimonio

El INEGI (2002) reporta información con respecto a la edad en que la población tiende a contraer nupcias. En promedio, en el país el hombre tiende a casarse a la edad de 27 años y la mujer a la edad de 24 años. Según esta misma encuesta, la edad del hombre al casarse está mayoritariamente entre los 25 y los 29 ½ años y la edad de la mujer entre los 22 ½ y los 26.3 años. Es en el estado de Veracruz y en el D.F. en donde los contrayentes se casan a mayor edad (hombres = 29. 6 y 28.9 años, respectivamente; mujeres= 26.2 y 26.3 años, respectivamente).

Divorcio

En cuanto a divorcios, el INEGI (2002) reporta que, en promedio, cuando el hombre se divorcia tiene 36.6 años y la mujer 33.9. Es en Veracruz donde los hombres se divorcian a mayor edad (38.5 años) y en el D.F. y Morelos donde lo hacen las mujeres a mayor edad (35.7 años).

Respecto a qué miembro de la pareja solicita el divorcio, según diferentes causales, se observan los siguientes datos:

Ante la negativa del hombre de contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar, es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio (93.8% del total de los casos de divorcio por esta causal).

Ante la sevicia (crueldad o malos tratos hacia quien se tiene una patria potestad), amenaza o injurias también es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio (79.8% del total de los casos de divorcio por esta causal).

En otras causas, que incluyen: alumbramiento ilegítimo; propuesta de prostitución; incitación a la violencia; corrupción y maltrato a los hijos; enfermedad crónica o incurable y la impotencia incurable; enajenación mental incurable; declaración de ausencia o presunción de muerte, nuevamente es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio (78.8% del total de los casos de divorcio por estas causales).

En los divorcios por abandono de hogar sin causa justificada, es la mujer quien lo solicita en un 60.3% de los casos.

En los divorcios por adulterio, es la mujer quien lo solicita en un 57.6% de los casos.

En los divorcios por separación del hogar conyugal por causa que justifique el divorcio o por la separación de los cónyuges por más de dos años, la mujer lo solicita en un 56.1% de los casos.

Finalmente, en los divorcios por incompatibilidad de caracteres, la mujer lo solicita en un 51.6% de los casos.

Como se pudo apreciar, es mayoritariamente la mujer quien solicita los divorcios, en particular ante la negativa de contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar y ante la sevicia, amenaza o injurias; y, aunque es un poco mayor el porcentaje de la mujer ante el hombre, para los casos de adulterio, separación del hogar conyugal por causa que justifique el divorcio o por la separación de los cónyuges por más de dos años y por incompatibilidad de caracteres, el porcentaje está próximo al 50%, lo que nos indica que casi con la misma frecuencia, tanto hombres como mujeres solicitan el divorcio por estas últimas causales.

En general, en el 68 % de los casos es la mujer quien solicita el divorcio, mientras que el hombre lo hace en el 32 % de los casos. Así, de manera general, se observa que es la mujer la quien toma con más frecuencia la iniciativa de separarse (7 de cada 10 casos).

También es importante señalar que casi la mitad (47.4 %) de los divorcios suceden en los matrimonios en donde el hombre es mayor que la mujer de uno a cinco años de edad y en los matrimonios en los que la mujer es mayor que el hombre de 6 a 10 años, casi no se

presentan divorcios (sólo un 3.3 % del total de casos). Este dato es interesante pues nos da a entender que hay mayor estabilidad o permanencia de matrimonios en los casos en los que la mujer es mayor en edad respecto del hombre y que casi la mitad de los divorcios se dan cuando el hombre es mayor a la mujer.

Población derechohabiente

La Secretaría de Salud reportó para el 2002 que dentro del sistema nacional de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM Y Servicios Estatales) se encontraban inscritos 59,294,671 derechohabientes; la mayoría de ellos (78%; 46 198 689), adscritos al IMSS. Este dato resalta dado que, considerando que la población total mexicana estaba alrededor de los 100 millones de personas para ese año, casi la mitad no poseía servicios de salud, y que la mayor parte del peso en este servicio recaía en el IMSS pues casi 8 de cada 10 personas que sí tenían derecho a este servicio, estaban adscritas a dicho instituto. Nuevamente se hace patente la necesidad del ejercicio de los profesionistas en terapia familiar cuando casi cada uno de dos mexicanos no posee servicios de salud gratuitos y considerando que también no poseen recursos económicos para pagar un servicio de alto costo.

Seguro popular

Debido a que gran parte de la población carece de servicios de salud, el gobierno federal instituyó el seguro popular, el cual es un "seguro público y voluntario, subsidiado por el gobierno federal para recibir atención en las clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud" (información obtenida de la página web de la Secretaría de Salud). Explican que el objetivo de este seguro es reducir el número de familias que se empobrecen anualmente como consecuencia de gastos por la atención de problemas de salud.

Se señala que cuando una persona se afilie al seguro popular, el asegurado hará un pago proporcional a su ingreso que sustituye las cuotas de recuperación y que el resto del costo de su atención será cubierto mediante un subsidio público.

Comentan también que con un pago anticipado, que se establece de acuerdo a la condición socioeconómica de la familia y que se puede cubrir trimestral, semestral o anualmente, se permite el acceso oportuno a 78 acciones en materia de salud. De los servicios de salud que se ofrecen en materia de salud psicológica, podríamos señalar que se incluyen muy pocos y que están inscritos dentro del rubro de "SERVICIOS DE CONSEJERÍA MÉDICA, PSICOLÓGICA, DIETA Y EJERCICIO" y que tienen que ver con:

Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables

Detección, consejería y referencia de adicciones

Consejería sobre salud reproductiva

Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes

Diagnóstico y consejería del alcoholismo

En los rubros de medicina familiar y especialidades, y en los servicios de urgencias, contrario a lo que se esperaría, no se tiene contemplado algún servicio psicológico.

Al revisar este seguro popular, resalta que en él se incluye la atención de sólo una pequeña cantidad de problemas que atañen a las familias, lo cual vuelve a dejarlas desamparadas o sin servicios de salud en la mayor parte de los problemas a los que se enfrentan en su vida diaria.

Población con discapacidad

En este rubro, el INEGI (2000) reportó, en porcentajes, la distribución de la población total que tenía algún tipo de discapacidad en el país:

Discapacidad motriz	45.3 %
Discapacidad Auditiva	15.7 %
Discapacidad Del lenguaje	4.9 %
Discapacidad Visual	26 %
Discapacidad Mental	16.1 %
Otra	0.7%

Tabla 1. Muestra la distribución en porcentajes de la población mexicana con discapacidad

De esta manera, se observa que el mayor porcentaje de discapacidades que existe en la población con discapacidad se encuentra mayoritariamente en el área motriz, seguida de la visual, y el tercer lugar lo comparten la discapacidad mental y la auditiva. Es interesante ver que existe incluso mayor discapacidad mental que auditiva en la población (el INEGI señala que la suma de los distintos tipos de discapacidad puede ser mayor a cien por la población que presenta más de una discapacidad).

Población y SIDA

La secretaría de Salud (2002) reporta que, mientras que en 1983 se reportaron 62 nuevos casos de SIDA, para el 2002 se reportaron 1574, siendo en total, en estos casi 20 años, el registro de 68 145 casos nuevos de SIDA. También reporta que en las mujeres, para 1983 se registraban 1.6 por ciento de casos nuevos, mientras que para el 2002 este porcentaje subió al 15.1 %. No cabe duda que el reporte de los casos de SIDA en un lapso de 20 años se ha disparado exponencialmente, lo que reitera la necesidad de tratamiento preventivo y de educación sexual para tratar de contrarrestar la incidencia de casos.

Violencia familiar y maltrato infantil

El INEGI (2003) reportó que, de las 19 471 972 mujeres que se censaron, casi la mitad de ellas (46.6 %; 9 064 458 casos) reportaron al menos un incidente de violencia familiar.

Respecto al maltrato infantil, el DIF (2003) reportó que el 80 % de los casos que atendieron tienen que ver con maltrato físico, emocional o de omisión de cuidados (negligencia). No reportan datos del total de casos registrados.

3.2 Principales problemas que presentan las familias

Existe una infinidad de problemas derivados de la marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud que inciden de manera directa en la salud física y psicológica de las familias.

Estos grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son los casos de SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia hacia la mujer y violencia familiar (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Todos estos problemas, de una u otra forma, han sido abordados por los profesionales de la psicología en su práctica clínica en instituciones de salud privadas o públicas, pese a que, como ya se vio anteriormente, los servicios de salud no son suficientes para cubrir la demanda total de servicios de salud que la población necesita.

Es por ello que surge como necesidad primordial la generación de profesionales altamente capacitados en las diversas áreas de la salud y que sean capaces de dar un servicio eficiente y que pueda hacer frente a la problemática de la comunidad. Esta necesidad de capacitación y especialización también la requieren los profesionales de la Psicología, pues la sociedad busca personal especializado en problemas psicológicos, capaces de delimitar y detectar las variables asociadas a su problemática problemas y que pueda proponer alternativas de solución efectivas.

Hablando en concreto de México, debido a que casi la mitad de la población carece de servicios de salud gratuitos (INEGI, 2000), la población mexicana ha tenido que valerse de otros medios y apoyos para procurarse dicha atención, y la mayoría de las veces el apoyo proviene o recae en la familia. Frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Moctezuma y Desatnik (2001) señalan que la situación económica general ha provocado que muchas familias estén adoptando estrategias tendientes a reducir o mitigar el impacto del desempleo y de los bajos salarios y que estas estrategias de adaptación involucran tanto a la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco, que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias emparentadas, más allá de los muros de la vivienda. De hecho, se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema del jefe como proveedor único, está cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar.

Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. En particular, las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles y relaciones entre los géneros. La ruptura de los

vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Violencia dentro de la familia.

Algunos estudios resaltan la violencia doméstica que afecta a niños y mujeres, como uno de los grandes problemas actuales que preocupa a diferentes profesionales de la salud (Moctezuma y Desatnik, 2001). Uno de los aspectos más notables de la violencia ejercida sobre la mujer es que en gran parte se da en su entorno más cercano: el hogar, y proviene de su pareja conyugal. Los actos violentos a los que recurren con mayor frecuencia los hombres contra las mujeres son los golpes, las amenazas, agresión verbal, encierro doméstico, prohibiciones, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a las amenazas de muerte y a los homicidios (Moctezuma y Desatnik, 2001). Las manifestaciones de violencia más frecuentes son: a) en forma física, golpes en el cuerpo, golpes en la cara, la limitación en el gasto, y la reclusión; b) en forma sexual se presentan la violación, el hostigamiento y las agresiones a la sexualidad de la mujer, y c) en forma verbal (emocional), el maltrato se da a través de los gritos, insultos, burlas, comparaciones, amenazas y groserías.

Respecto al maltrato infantil, de acuerdo a los datos del sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF, cit. en Moctezuma y Desatnik, 2001) entre 1996 y 1997 se reportaron 28,498 niños maltratados en diferentes grados de severidad.

Los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la familia realizada en 1995 por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC, cit. en Moctezuma y Desatnik, 2001), muestra que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir con mayor frecuencia maltrato físico o mental, seguido por las madres (20.9%) y las demás mujeres de la familia (9.7%), entre las que se encuentran las hijas, cuñadas, primas, etc.

La violencia familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo, donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido.

Para atacar este fenómeno, en México en el año de 1996 se presentó por primera vez una propuesta de modificaciones legales en materia penal, civil y de procedimientos sobre el tema a los legisladores, la cual fue aprobada el 13 de diciembre de 1997, y a partir de ese momento se creó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, que impulsó el establecimiento de un Consejo, dos Unidades de Atención y un Albergue para atender a las víctimas. Esta ley fue reformada en junio de 1998, ampliando su marco de atención, ya que se trata de una ley de carácter administrativo que tiene por objetivo la asistencia y la prevención del problema.

En esta última reforma, la ley facultó, entre otros puntos, a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal para diseñar el programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, operar y coordinar las Unidades de atención a la violencia familiar (que actualmente son 10 distribuidas en igual número de delegaciones) y fortalecer la prevención de la violencia familiar y seleccionar y capacitar al personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia (Moctezuma y Desatnik, 2001).

En la pasada década, se creó el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) en el DF, el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI), con 22 enlaces en los estados, y se emitió la Norma Oficial Mexicana contra la Violencia Intrafamiliar.

Adicciones.

Pese a que incluso en el seguro popular se intenta cubrir de manera parcial la atención de este rubro para personas que carecen de servicios de salud, se nota que el aumento de la población adicta a alguna droga, en especial, la población de jóvenes, crece con mucha más rapidez que los servicios de salud destinados a prevenirla o atenderla. Esto nos quiere decir que, ante el creciente problema del abuso de sustancias, el país no cuenta con los medios necesarios para hacerle frente. Baste un ejemplo: en el Distrito Federal sólo existe un centro gubernamental público y gratuito que ofrece servicio de internamiento para la rehabilitación de los adictos: la Unidad de Tratamiento Residencial para las Adicciones (Simon, 2005). Esta institución sólo cuenta con una capacidad de 40 camas para internado y tres para desintoxicación, por lo que en el 2004 pudo atender sólo a 75 personas de más de 230 mil que podrían estar buscando este servicio. A pesar de que existen en el D.F. más de 240 instituciones de asistencia social, no todas son gratuitas y tampoco cuentan con servicio de internamiento o áreas de medicina psicológica o atención psicología. El director de tratamiento y rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), Jaime Quintanilla, señaló que el número de adictos creció en la última década un 40% por la gran disponibilidad de las drogas (Simon, 2005). También declaró que “la oferta de drogas y de tratamiento y rehabilitación está totalmente desbalanceada y a favor de la droga” y refirió que el CIJ cuenta con 19 centros de atención en los que únicamente se da servicio ambulatorio, pero no cuentan con servicio de internamiento.

Con todos los ejemplos anteriores se puede observar que, pese a los esfuerzos que se han hecho en materia legal y psicológica, tanto en dependencias gubernamentales como en instituciones privadas, es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades de salud y los recursos humanos y materiales que el país dispone para enfrentarlos. Por tal motivo, se reitera la necesidad de que el país cuente con una mayor oferta de profesionales especializados en el campo de la salud, además de la necesidad de creación de más espacios de formación de dichos profesionistas, así como la creación de más servicios de salud disponibles a la población.

3.3 La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

La Terapia Familiar sistémica y posmoderna busca intervenir en la problemática de las familias desde una perspectiva interaccional, esto es, entendiendo que las dificultades o problemas que tenga la familia no se deben a una persona en particular, sino a las interacciones entre los miembros de la familia o del sistema alrededor del problema que fomentan su mantenimiento problemático. Esta epistemología del problema amplió el foco de acción de un solo miembro a toda la familia, explicando el porqué de que el cambio compete a todos sus miembros, además de explicar que se pueden crear muchas formas de ver y vivir la realidad basadas en la diversidad de significados que se construyen y co-construyen en la psicoterapia.

Cabe aclarar que el sistema familiar no ha sido el único al que se enfoca la terapia familiar, pues existen subsistemas y suprasistemas implicados y en los cuales se puede incidir, pero se planteó en un inicio que la familia es el primer sistema amplio que rodea al individuo y, por lo tanto, que ahí se encuentran grandes posibilidades para el cambio.

La Terapia Sistémica ofrece una visión diferente a las quejas que trae la familia, permitiendo que desde el inicio de la intervención se empiecen a alejar de las definiciones patológicas y de la culpabilización de alguno de sus miembros (chivo expiatorio, paciente identificado).

La terapia familiar sistémica ha llegado a ser, a lo largo de su temprano desarrollo dentro de la psicoterapia, una forma de trabajo importante para trabajar sobre una gran variedad de problemas que surgen dentro de las familias, parejas e individuos en general. La Teoría General de los sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana (Hoffman, 1998) han dado las bases teóricas para que, en el desarrollo de la práctica clínica, se establezcan formas de intervención efectivas.

Podemos mencionar de entre los pioneros en este campo a cinco autores: Carl Whitaker, Nathan Ackerman, Murray Bowen, Milton Erickson y Gregory Bateson, que han creado diferentes teorías y formas de trabajo sobre distintos problemas humanos.

Ya desde otros enfoques psicológicos, como el psicoanalítico (Klein y Mahler, cit. en Equiluz, 2001), se trataba de reconocer la importancia que tenía la relación entre las personas (en este caso, entre madre e hijo), con lo cual se empezaba a quitar el foco del trabajo centrado en una persona para poder estudiar las relaciones y vínculos que se daban entre ellas. De este modo, la psicoterapia empezaba a cambiar el foco del individuo a los sistemas más amplios.

La problemática conocida como esquizofrenia, también fomentó el desarrollo de la terapia familiar, pues se observaba que la relación madre-hijo resultaba fundamental para el surgimiento y mantenimiento de este problema. Se veía que las mejorías del paciente identificado eran afectadas incluso con el primer intercambio verbal que se tenía con la madre. Esto dio pie a que también se notara la importancia de estudiar al individuo pero no de manera aislada, sino en su ambiente natural, además de que había que enfocarse en la interacción más que en factores internos o externos.

Nathan Ackerman fue uno de esos psicoterapeutas que también fomentaron el cambio de visión de los problemas de las personas a las interacciones entre las personas. Iniciado en el psicoanálisis, empezó a concebir a la familia como una unidad "bio socio

emocional”, resaltando la importancia de la familia en el tratamiento de los trastornos emocionales; con lo que enfatizó que se tenía que estudiar al grupo familiar completo para adquirir una dimensión completa del problema (Eguiluz, 2001).

Otro de los iniciadores de la terapia familiar fue Carl Whitaker, quien también se interesó por trabajar con pacientes esquizofrénicos y sus familias. Whitaker utilizaba métodos regularmente asombrosos y extraños que trataban de romper con las viejas pautas de pensamiento y comportamiento de las familias (Eguiluz, 2001).

Murray Bowen, también se interesó por la esquizofrenia, desarrollando una teoría trigeneracional para explicarla, y posteriormente también expresó que muchas de las enfermedades emocionales se desarrollaban en tres generaciones, en familias donde existía una interdependencia estrecha entre sus miembros.

Milton Erickson, otro psicoterapeuta famoso, utilizó un nuevo concepto de la hipnosis, y empleaba mucho de lo conocido como “paradojas terapéuticas” con las que fomentaba un síntoma mientras sutilmente introducía un cambio. Su forma de trabajo impactó de tal manera a la terapia familiar, que se habla de un enfoque particular de psicoterapia basado en su forma de trabajo (enfoque estratégico).

Finalmente, Gregory Bateson, junto con su equipo de trabajo, se interesó de igual manera sobre la esquizofrenia, pero en particular sobre las relaciones comunicacionales entre el paciente esquizofrénico y su familia. De aquí derivó su teoría de la doble atadura o más conocida como teoría del doble vínculo, en la cual se explica que se da una comunicación a muchos niveles, en donde una demanda expresada en un nivel es solapadamente anulada o contradicha en otro nivel (Hoffman, 1998).

Los personajes anteriormente señalados, han sido los precursores del movimiento de la terapia familiar que, actualmente, se concibe en diferentes escuelas: estructural, estratégica, de Milán, terapia breve o centrada en el problema, soluciones, narrativa y enfoque colaborativo. Resulta necesario hablar un poco más a detalle sobre estos modelos, para poder examinar la utilidad que pueden tener para la problemática mexicana.

Modelo estructural

Desarrollado por Salvador Minuchin (1974), utiliza conceptos como estructura familiar, pautas transaccionales, límites (claros, difusos, rígidos), coalición, rodeo, jerarquías, conflictos, entre otros, para tratar familias con problemas de esquizofrenia, hipocondriasis, delincuencia juvenil; y en general, interviene con poblaciones pobres de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos. Además, según Desatnik (2004), Minuchin ha trabajado en contextos diversos, enfocando problemáticas distintas a lo largo de diferentes épocas de su actividad profesional.

Modelo Estratégico

Las propuestas de este modelo las ofrecen Jay Haley y Cloé Madanes, entendida como una forma de terapia en la que el profesional desarrolla la intervención específica para un problema dado, lo que incluye identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar

intervenciones, examinar las respuestas y evaluar el resultado. La característica particular de este modelo es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente a la gente (Galicia, 2004). Las estructuras de poder y el concepto de jerarquía son fundamentales dentro de este enfoque. Este modelo ha sido utilizado dentro de problemáticas diversas, resaltando aquellas en las que existe conflictos de poder e intereses dentro de la familia (hijos desobedientes, padres en conflicto, etc.).

Modelo de Terapia breve

Elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch, inicialmente este grupo estaba interesado en la comunicación familiar con un miembro esquizofrénico y de ahí se han elaborado tratamientos a problemas diversos, siempre bajo un eje rector de intervención.

Modelo de Soluciones

Aquí se distinguen dos autores: Steve de Shazer y William O'Hanlon. Este enfoque está interesado en la co creación de problemas solubles entre terapeuta y sistema familiar, buscando mejorar las soluciones que ya ha intentado la familia y que pueden servir para superar el problema si sólo se modifican de alguna manera o se retoman las soluciones que funcionaron incluso de manera temporal. Este modelo también se ha utilizado en una gran variedad de casos, como, por ejemplo en el abuso sexual (Dolan, 1991).

Enfoque narrativo

Sus principales representantes son Michael White y David Epston. Bajo este enfoque, se busca que las personas reconstruyan sus narrativas hacia otras que les sean menos problemáticas, a través de técnicas como los relatos alternativos, la externalización del problema, entre otros. Se han visto trabajos bajo este enfoque en diferentes problemas, como en el abuso sexual, problemas de abuso de sustancias, violencia familiar, encopresis, enuresis, duelo, anorexia nerviosa, fobias, etc.

La escuela de Milán

Lidereados por Mara Selvini Palazzoli, este grupo intervino en problemas de anorexia y en familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas, como la esquizofrenia. Su trabajo lo basaron en tres ejes rectores: circularidad, neutralidad e hipótesis. Todo ello manejado a través de un interrogatorio circular, en el que todos los miembros de la familia tienen la oportunidad de responder a las preguntas que realiza el terapeuta.

Los modelos posmodernos (colaborativo y equipos reflexivos)

Dentro de estos modelos también se incluye a la terapia narrativa, pero dada sus particularidades, generalmente se identifica como otro modelo independiente. En el enfoque posmoderno principalmente se ubica a la forma de trabajo desarrollada por Anderson y Goolishian, esto es, el enfoque colaborativo. Este enfoque da la supremacía al lenguaje y conversación que se da en un espacio terapéutico, en el que se busca realizar conversaciones abiertas desde una posición horizontal, es decir, sin que existan jerarquías

experto – paciente. De esta manera, se genera un espacio en el que se pueden co construir múltiples discursos, alternativos al discurso principal y problemático con el que llegó la familia.

La terapia familiar en México

Desde 1963 se empezó a trabajar con terapia familiar en México, tras el arribo del Dr. Esteban Macías a la capital, después de una especialización en Montreal, Canadá con Nathan Epstein, quien desarrolló un esquema de evaluación familiar. A partir de la llegada de Macías, se empezaron a formar cursos de especialización e institutos de terapia familiar. Llegaron a México psicólogos de otros lados del continente, que fomentaron el desarrollo de este enfoque a problemáticas mexicanas. Gracias al trabajo de estos institutos y de sus posgrados, se han podido documentar trabajos sobre problemas tales como emigración y exilio (Eguiluz, 2004), retraso mental (Berger, en *Terapia y Familia*, 2004-1), género (Sluzki, en *Terapia y Familia*, 2004-1), madres solas (Colgan, en *Terapia y Familia*, 2003-2); muerte y suicidio (Baizán, en *Terapia y Familia*, 2002-2); adolescencia e identidad (Espinosa, en *Terapia y Familia*, 2002-2); sólo por mencionar algunos de los muchos trabajos publicados dentro de la revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, en donde se detallan los trabajos ya hechos con población mexicana.

No cabe duda que, tras esta revisión, se percibe que la terapia familiar en México tiene y tendrá un lugar importante para el tratamiento de las problemáticas que más aquejan a nuestra población y en las que, como se vio anteriormente, tienen menos posibilidades de recibir atención por parte de alguna dependencia gubernamental de salud.

2. Caracterización del escenario clínico donde se realizó el trabajo clínico

En este apartado se describe las características físicas y logísticas del escenario donde se llevó a cabo la atención de las familias como parte de la formación práctica de la residencia en Terapia Familiar.

2.1 Descripción del escenario clínico

El escenario clínico en el que se realizó el trabajo práctico como parte del programa de la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar adscrito a la Facultad de Psicología, fue en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”. Este centro se ubica en las instalaciones de dicha Facultad.

Este centro cuenta con los siguientes espacios para brindar el servicio de psicoterapia:

- Cuatro pares de cubículos amplios e interconectados cada par con un espejo unidireccional que permite el trabajo con equipo terapéutico. Los primeros tres pares de cubículos interconectados cuentan con televisión, videocámara y sistema de intercomunicación para la supervisión directa de los procesos terapéuticos.

- Ocho cubículos más pequeños destinados a terapia y,
- Tres cubículos con aparatos especiales destinados a terapia con retroalimentación biológica.

Además de los espacios para terapia anteriormente señalados, el Centro cuenta con los siguientes espacios:

- Una sala amplia para los terapeutas. Allí pueden revisar sus expedientes, contactar a sus pacientes vía telefónica y discutir sobre sus casos en equipos terapéuticos.
- Un salón especial para un programa de la residencia (medicina conductual).
- Una pequeña cocina para los terapeutas.
- Una sala de recepción.
- La recepción de la clínica.
- Un cubículo adyacente a dicha recepción.
- Un cubículo para la coordinación del centro y,
- Un cubículo que sirve como bodega.

El horario de atención es de 8:00 a 20:00 hrs., de lunes a viernes, con excepción del miércoles, cuyo horario es de 8:00 a 19:00 hrs.

Los servicios con los que cuenta se agrupan en los siguientes programas: medicina conductual (tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas, retroalimentación biológica, modificación de hábitos alimenticios), atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, atención a bebedores problema, terapia individual, psicoterapia infantil, terapia de adolescentes, terapia familiar y de pareja, terapia racional-emotiva, evaluación y peritajes psicológicos, atención a personas con enfermedades crónico-degenerativas y la impartición de diversos talleres y cursos a estudiantes de licenciatura, posgrado y público en general.

Los objetivos bajo los cuales se rige este Centro son (Pineda, 2004):

- a. Apoyar y fortalecer la formación teórico - práctica de los alumnos, a través de los servicios psicológicos que la facultad ofrece al público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.
- b. Fortalecer la producción científica y la investigación en escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.
- c. Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional, en foros científicos y en la comunidad.
- d. Proporcionar servicios psicológicos de calidad a estudiantes, personal administrativo, familiares y público en general. Constituye la entidad de diversas residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, como son: Terapia Familiar Sistémica, Psicoterapia Infantil, Psicoterapia de los Adolescentes, Medicina Conductual, y Psicología de las adicciones.

2.2 Análisis sistémico del escenario clínico (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.)

Considero necesario poder dividir en tres a los subsistemas que interactúan en el funcionamiento del Centro: el personal de la Facultad adscrito a dicho centro, el personal que integra cada programa de posgrado o de la licenciatura en Psicología (tanto profesores como alumnos) y, el público en general que solicita sus servicios.

Personal administrativo y académico de la Facultad adscrito al Centro

- Coordinador del Centro. Dicho funcionario es un académico de la Facultad de Psicología adscrito al Centro. Su función principal radica en el correcto funcionamiento del Centro.
- Profesionista titulada. Se dedica a canalizar las solicitudes de servicio psicoterapéutico que se llenan en el centro, a los diferentes programas, dependiendo de la problemática y motivo de consulta que manifiestan. Es la responsable de la generación y control de los expedientes de los solicitantes del servicio. También ayuda en las dudas que puedan surgir a las personas que acuden en busca de orientación sobre el servicio que proporciona el centro.
- Recepcionistas. Cuenta con tres, dos en el turno matutino y una en el vespertino, que se dedican a proporcionar las solicitudes de servicio, la atención de llamadas telefónicas, elaboración de documentos del Centro y proporcionar información al público en general sobre el tipo de servicio que se ofrece, el proceso para llevarlo a cabo y las fechas en que se puede acudir a llenar solicitudes. También recogen los recibos de pago de las consultas.
- Personal de limpieza. Que se encarga del mantenimiento limpio y en orden de los cubículos y espacios en general del Centro.
- Terapeutas individuales. Son profesores adscritos a la Facultad de Psicología, que ofrecen medio tiempo para dar psicoterapias a la población del Centro, tanto de manera individual como en pareja, familiar y grupal.

Personal que integra cada programa de posgrado o de la licenciatura en Psicología

- Coordinadores de Residencia. Cada Coordinador de las diferentes residencias de la Maestría en Psicología que tienen este espacio como escenario clínico, se encargan de verificar que las condiciones para el funcionamiento de las residencias a su cargo dentro del Centro sean las adecuadas.
- Supervisores adscritos. Son los supervisores de cada residencia que llevan a cabo tareas de observación, supervisión y asesoría de los procesos terapéuticos.
- Terapeutas. Son los estudiantes de posgrado que están adscritos a un programa determinado de Maestría o Doctorado y que realizan el servicio psicoterapéutico.
- Personal docente de licenciatura. Son profesores de la facultad que imparten materias específicas del área clínica de la Licenciatura en Psicología.
- Alumnos y pasantes de licenciatura. Acuden a clases del área clínica, a realizar su servicio social o prácticas profesionales.

Público en general

- Son los alumnos de la Facultad, o, en general, cualquier persona que llega al Centro en búsqueda de apoyo psicológico.

La forma en cómo interactúan estos tres sistemas, es el siguiente:

El personal administrativo es quien brinda información y apoyo tanto al público que solicita el servicio como al personal de los programas de residencia o licenciatura. Su función principal es proveer el apoyo necesario para que las otras dos partes puedan entrar en contacto y llevar a cabo su trabajo en un escenario que provea las facilidades de espacio, apoyo administrativo y logístico adecuadas.

El personal integrante de las diferentes residencias son las encargadas principales de ofrecer los servicios psicológicos de calidad al público que la solicita. Con la ayuda del personal administrativo de la Facultad, puede recibir las solicitudes y establecer contacto con los solicitantes para agendar las citas respectivas y llevar de manera eficiente el proceso terapéutico. También es responsable de solicitar los expedientes al personal administrativo y mantenerlos actualizados, así como solicitarle los espacios del centro que requieren para realizar su trabajo.

El público en general es el responsable de acudir al Centro a solicitar información sobre los tiempos y formas en que se ofrece el servicio, llenar la solicitud de servicio con sus datos correctos y asistir de manera constante a sus citas con el fin de corresponsabilizarse del trabajo que lleva a cabo dentro del proceso que inicia al momento de llenar una solicitud.

El proceso que se lleva a cabo, dentro de la residencia en Terapia Familiar para atender a los solicitantes del servicio es el siguiente:

1. Los usuarios que demandan el servicio llenan una solicitud en las fechas programadas por el personal administrativo del Centro. Se les dice que en cuanto haya un espacio de consulta, se les llamará o bien, si está saturado el servicio, se les canaliza a otras instituciones que dan servicio similar de terapia familiar (Instituto de la Familia, IFAC; Instituto Latinoamericano de Estudios sobre la Familia, ILEF).
2. El personal administrativo del centro revisa las solicitudes y las canaliza de acuerdo al tipo de servicio solicitado (terapia familiar y de pareja se canalizan al programa de Terapia Familiar). Agrupa las solicitudes en función del motivo de consulta y conforme los terapeutas de cada residencia lo requieren, se les van asignando los casos (entrega de solicitudes).
3. El terapeuta es quien se pone en contacto con la persona que demanda el servicio y concreta una cita para iniciar el proceso terapéutico.
4. La responsable de los expedientes, a petición del terapeuta, abre un expediente para el caso. Los terapeutas se encargan de integrar los resúmenes de las sesiones así como el material escrito o dibujado que surja en las mismas, esto es, de actualizar la evolución de los casos. Cada terapeuta decide la periodicidad de las sesiones y el número de las mismas, en función de su modalidad de trabajo.
5. Al momento del cierre del caso (sea por canalización, por solución del problema inicial, por falta de progreso, por deserción, etc.), el terapeuta se encarga de informar a recepción, para que el expediente sea dado de baja y quede en archivo. Cabe señalar que la baja de cada expediente se da al no acudir a una primera entrevista después de habersele hecho dos invitaciones o por acumular tres faltas sin previo aviso.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el escenario

Como miembro de la residencia en Terapia Familiar, de la Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología, fui adscrito (como todos mis compañeros de esta sede) al Centro de Servicios Psicológicos de esta Facultad. Por tal motivo, las horas prácticas para cubrir dicha residencia se cumplieron en su totalidad en este Centro. La forma de trabajo se llevó a cabo desde el modelo sistémico y de manera secuencial en la intervención de los casos a través de los cuatro semestres que dura la residencia. Explico un poco más el punto anterior:

PRIMER SEMESTRE. Se entraba a las sesiones de trabajo, en las que intervenía sólo como observador dentro del equipo terapéutico. Los terapeutas eran alumnos avanzados de la misma residencia. El objetivo en esta primer fase era conocer, de manera práctica, la forma de trabajo con equipo terapéutico. De considerarlo de utilidad, podía intervenir en el equipo terapéutico con comentarios o sugerencias sobre el proceso.

SEGUNDO SEMESTRE. En este semestre ya podíamos formar parte de los coterapeutas que entraban directamente con el usuario, siendo el otro coterapeuta un supervisor de la maestría o bien otro compañero estudiante de la residencia, de la misma generación. En todo momento debía estar presente un supervisor para dar asesoría durante las sesiones de psicoterapia. Aquí ya tenía más contacto con el personal administrativo, pues les pedía las solicitudes de las personas que requerían terapia familiar.

TERCER SEMESTRE. Aquí se mantenían algunos casos en coterapia y también se empezaban a tener casos con un solo terapeuta. En todo momento el trabajo se realizaba con equipo terapéutico, conformado principalmente por los demás alumnos de la misma generación de la residencia y por un supervisor.

CUARTO SEMESTRE. Se mantuvo la misma forma de trabajo que en el tercer semestre, pero como éste último era un semestre más práctico, se pudo trabajar con una mayor cantidad de casos.

A lo largo de estos dos años, el trabajo fue de menos a más, en donde la participación de los alumnos se fue haciendo más importante y de mayor peso, y en donde los supervisores tenían que ir dejando poco a poco que los supervisados se hicieran cargo de los casos.

La forma de trabajo de los casos iba acorde con el marco teórico que se revisaba en cada semestre, pudiendo dar un enfoque al trabajo de acuerdo a los modelos que se iban analizando y permitiendo que se ampliara paulatinamente el foco de intervención conforme se iban revisando más modelos. En este sentido, se puede decir que durante el primer semestre el enfoque de trabajo se dio desde el modelo estructural. Para el segundo semestre se amplió la forma de trabajo hacia los enfoques estratégico y de terapia breve. En el tercer semestre se aplicó el modelo de soluciones y de Milán, para que, en el último semestre, ya con todos estos enfoques revisados, se pudiera también intervenir desde el enfoque narrativo y de las terapias posmodernas.

Mi participación en la entidad fue, ya sea como parte del equipo terapéutico o como terapeuta / coterapeuta, pero siempre tuve participación en todos los casos que se trabajaron

en mi generación de la Maestría con residencia en Terapia Familiar. Como coterapeuta participé en tres casos, uno de infidelidad y los dos restantes de violencia familiar y de pareja. Como terapeuta, atendí 5 casos (dos de problemas en la pareja con respecto a las reglas familiares, los restantes eran de problemáticas de duelo, ansiedad por conflictos paternos e infidelidad, respectivamente). Entonces, mi participación total de terapeuta / coterapeuta fue de ocho casos a lo largo de mi estancia en la residencia.

II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

En esta sección se analizará el marco teórico de los diferentes enfoques de la terapia familiar sistémica y posmoderna. Se partirá de los postulados epistemológicos comunes a todas ellas, para posteriormente hablar sobre los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención (Modelo estructural, Estratégico, de Terapias Breves, orientado a Soluciones, de Milán, y derivados del Posmodernismo).

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

La terapia familiar sistémica ha tenido tres ejes rectores bajo los cuales los primeros investigadores del área empezaron a formular sus hipótesis. Tales ejes rectores son: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. La terapia narrativa y los enfoques posmodernos, aunque reconocen la influencia de estos modelos, se han movido en su epistemología de psicoterapia hacia el Posmodernismo, el Constructivismo y el Construccinismo Social; y muchos de los primeros modelos de terapia familiar también han sido influidos por estas últimas perspectivas.

En este sentido, revisaremos las teorías anteriormente descritas y su impacto dentro de la terapia familiar.

Teoría General de los Sistemas

Esta teoría fue desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy (1986). Retoma el concepto de sistema y lo coloca como la base de su teoría. Cuando habla de sistema, se está refiriendo desde organismos celulares hasta entidades como el ser humano o las sociedades e incluso los grupos de planetas y galaxias. Tal como lo menciona Eguiluz (2001), el concepto de sistema es variable pues no tiene un correlato empírico inmediato, “por lo tanto, quien lo emplea, es quien debe designar cuál será la amplitud o estrechez con la que va a manejar el término” (p. 105).

El concepto de sistema es entendido en este enfoque como “un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos” (Hall, 1962, cit. en Eguiluz, 2001). De la anterior definición, se entiende como objeto a las partes del sistema, que son entidades físicas (átomos, personas, comunidades, etc.) u objetos abstractos (reglas, procesos, etc.); mientras que los atributos se refieren a las propiedades o características que tienen dichos objetos.

La teoría general de los sistemas se elaboró con el fin de impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del

conocimiento, es decir, surgió como un intento de elaborar una metateoría que pudiera encontrar un cuerpo de conocimientos común a varias disciplinas científicas.

Esta teoría busca relacionar totalidades, a través de las interacciones internas y externas que tiene un ente o sistema con su medio. Por este motivo, estuvo en contra del reduccionismo de las disciplinas y abogaba por establecer dichas totalidades en el conocimiento científico. De esta manera, la Teoría General de los sistemas buscaba “descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando éstas existen, y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes de estudio” (Johansen, 1986, cit. en Eguiluz, 2001).

Otro intento de la teoría general de los sistemas era el crear un lenguaje común que sirviera como punto de intersección entre las diferentes disciplinas, lo que permitiría el intercambio de información entre ellas.

Bertalanffy desarrolla conceptos asociados a los sistemas, que después serán retomados por la terapia familiar y que se refieren a las características de los sistemas como “abiertos” y “cerrados”.

Sistemas abiertos, sistemas cerrados y sistemas relacionales.

Como sistema cerrado se considera a aquellos sistemas que están aislados del medio, o mejor dicho, que no comparten energía o información con dicho medio. Los ejemplos de estos sistemas los encontramos en el área de la física y química (por ejemplo, los termos, esto es, recipientes con paredes adiabáticas, paredes que impiden el intercambio de calor hacia el exterior). Por el contrario, un sistema abierto es aquél que intercambia energía o información con su medio. En este sentido, los organismos vivos (incluyendo, por supuesto, al individuo y a las familias) son considerados como sistemas abiertos debido a que mantienen un constante intercambio de información o energía con el medio en el que se desenvuelven.

Un último concepto sobre sistemas es el sistema relacional, cuyo uso se emplea más comúnmente dentro de la terapia familiar. Se entiende como sistema relacional al “conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente” (Parsons y Bales, cit. en Eguiluz, 2001). En este sentido, la familia se considera como un sistema relacional, pues el cambio de estado de un miembro familiar sigue al cambio de los demás miembros, que a su vez producen un cambio reiterativo en el sistema familiar total y en el sistema con su medio.

Propiedades de los sistemas.

Además de las características que definen a los sistemas y que se describieron en el texto anterior, resulta también útil poder describir otros conceptos entendidos como propiedades de los sistemas:

- Entropía, y neguentropía. Tomado de la segunda ley de la termodinámica, se entiende que la entropía es “el paso de un estado menos probable del sistema a un estado más probable, de tal forma que un sistema cerrado aumentará hacia su máximo, y éste se alcanza cuando se logra el equilibrio” (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, cit. en Reséndiz, 2004); esto quiere decir, que los cuerpos tienden hacia el caos o la desintegración como un estado natural. Tal como lo menciona Simon (1988, cit. en Eguiluz, 2001) “la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden” (p. 116).
- Por otra parte “el concepto de neguentropía se usa para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje codificado, un aumento de la información implica una reducción de la entropía, en estos términos la información y la neguentropía son esencialmente lo mismo” (Reséndiz, 2004).
- En los sistemas abiertos, como el de los seres vivos, se considera que la entropía debe aumentar, pues esto mueve a que exista una continua destrucción del orden, manteniendo una continua incorporación y eliminación de materia sin alcanzar nunca un estado de equilibrio, sino manteniéndose en un estado uniforme.
- Multifinalidad. Este concepto aborda la posibilidad de que el sistema inicie en el mismo punto de partida y que alcance diferentes resultados.
- Equifinalidad. Aborda la posibilidad que tiene el sistema de alcanzar el mismo resultado o estado terminal aunque cambie o varíe el punto de partida.
- Homeostasis. Este término no se obtuvo propiamente de la Teoría General de los sistemas, sino de la Biología, y ha sido integrado al cuerpo total de conceptos. Este concepto explica la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo (ciclos circadianos, infradianos, anuales, etc.). Son los procesos por los cuales se mantiene constante la situación material y energética de un organismo. Lo anterior significa que el organismo se autorregula para mantener un estado uniforme (autorregulación de temperatura, etc.).

En lo que se refiere a los sistemas familiares se pueden observar distintos principios (Reséndiz, 2004):

- Totalidad: El comportamiento de los miembros de la familia no puede entenderse como la suma de los comportamientos de los distintos individuos, sino como algo cualitativamente distinto que incluye las relaciones existentes entre ellos. Este concepto retoma el principio gestáltico de que el todo no es la suma de las partes, pero aplicado a la familia.
- Reglas de relación: En los sistemas se presentan reglas que definen la relación entre los componentes del sistema. El sistema se comporta de acuerdo a las reglas que le permiten funcionar.
- Ordenación Jerárquica: todo sistema tiene su propia organización y su propia jerarquía, en la que se define cierta responsabilidad y poder de decisión de algunos

elementos sobre ciertas cosas y no sobre otras. El concepto de orden jerárquico hace referencia a la diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo. Se refiere a estados de menor complejidad que evolucionan a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos.

- **Teleología:** Es el proceso a través del cual los sistemas se adaptan a las distintas exigencias de los diferentes estadios del desarrollo, por los que atraviesa a fin de asegurar continuidad y crecimiento Psicosocial a sus miembros, este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones: “morfofostasis y morfogénesis”. Morfofostasis, mantiene la identidad y el equilibrio frente al medio, es la tendencia al no cambio. Morfogénesis: es el crecimiento y la tendencia al cambio. Estas dos funciones se articulan en un proceso complementario y dinámico. Cuando la tendencia al cambio excede los límites permitidos por el sistema, se activan mecanismos para contrarrestar esta tendencia y mantener la organización previa del sistema (Eguiluz, 2001).

Tal como lo menciona Reséndiz (2004) la Teoría General de los Sistemas aportó al campo de la terapia familiar: que la familia es más que la suma de sus partes; enfatizó la interacción entre las partes de un sistema y la interacción entre distintos sistemas... propuso a los sistemas humanos como organismos ecológicos incluidos en un contexto en donde se genera una red de relaciones dinámica y mutuamente influyente; permitió el abordaje conceptual de principios generados en otras áreas del conocimiento que facilitarían la comprensión de los sistemas humanos y familiares; y explicó que los fenómenos familiares son multicausales.

La Teoría Cibernética

Desarrollada principalmente por Norbert Wiener, esta teoría dio un gran impulso a los estudios sobre comunicación, información, aprendizaje y control. Wiener acuñó el término para esta nueva ciencia y la definió como “la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos” (Weiner, 1984, cit. en Eguiluz, 2001). Define a su epistemología el enfoque en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio.

Esta teoría asume que tanto el sistema nervioso como las máquinas automáticas son instrumentos que toman decisiones basándose en otras tomadas en el pasado, razón por la cual la teleología tuvo nuevamente un lugar en la ciencia, esto es, la conducta propositiva, la conducta que busca un fin. Con este paso, se pudo validar que tanto en las máquinas como en el sistema nervioso, existe un aparato específico para tomar decisiones hacia el futuro.

También estableció un principio general de operación de sistemas automáticos consistente en la retroalimentación o feedback. Directamente relacionado al concepto de homeostasis, se refiere a la capacidad que tienen los sistemas vivos para auto modificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. De este término se desprenden los términos de retroalimentación positiva y retroalimentación negativa. La retroalimentación negativa se le concibe como el elemento regulador debido a que la

desviación que produce información y que hace que el organismo intente contrarrestarla, mientras que la retroalimentación positiva lleva al cambio debido a que la información que regresa al sistema aumenta la desviación del mismo.

Para Weiner, la homeostasis se logra mediante la acción continua y automática de estos circuitos de retroalimentación.

Dentro de las etapas o tipos de cibernética, Weiner y otros investigadores en el tema hablaban sobre una cibernética de primer orden y una cibernética de segundo orden.

Cibernética de primer orden.

Esta cibernética se centraba en que existía una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales, que era regulada por el retorno de información para formar un “lazo” de control cerrado, es decir, se conceptualizaban a los organismos y a las máquinas como sistemas homeostáticos que buscaban mantenerse en equilibrio. La manera de lograrlo se daba cuando ocurría un cambio que desestabilizaba al sistema; entonces se suscitaba otro cambio autorregulatorio del sistema para retornar al equilibrio. Esta concepción del mantenimiento del sistema ayudaba a entender el no cambio más bien que el cambio. De aquí surgió la idea de los cambios de primer orden, que se refieren al intento del sistema por restablecer la situación que existía antes de que se presentara el cambio. Trasladado a los sistemas familiares, se entendían estos cambios en la familia como tendientes a restablecer la situación que existía antes de que se presentara el síntoma (Elkaim, 1998, cit. en Reséndiz, 2004). Comúnmente a esta cibernética de primer orden se le entiende como “un cambio para no cambiar”, lo que significa que el sistema establece medidas auto correctivas para mantenerse como antes del cambio inicial.

Otra característica de esta primera cibernética es que se consideraban como dos entidades separadas al observador del sistema y al sistema mismo, con lo que se aludía a que el observador podía mantenerse fuera del sistema sin influirle en nada. En terapia familiar, el símil era entendido como que los terapeutas familiares pretendían descubrir el funcionamiento y la realidad de estas familias, para crear las intervenciones que modificaran sus reglas y su interacción, participando como un observador externo, con una visión objetiva y sin que su sola presencia les influyera de alguna manera en su comportamiento.

La primera cibernética constituyó un cambio epistemológico en el que “se da un salto desde el campo de la explicación a partir de la materia y energía, al de la información y organización; a la visión del propósito o finalidad. Al tránsito de la causalidad lineal al enlace circular de componentes” (Pineda, 2004).

Cibernética de segundo orden.

Una de las características de esta nueva cibernética es que se considera al observador como parte del sistema observado, estipulando su propia finalidad dentro de ese sistema. Esto quiere decir que ya no se concibe la idea de que el observador puede permanecer ajeno, objetivo e imparcial al sistema que observa, sino que el mismo hecho de estar

observándolo lo inmiscuye dentro del mismo, pues esta observación modifica al sistema, le da un nuevo camino, lo mueve de distinta manera. La cibernética de la cibernética (o cibernética de segundo orden) es pues, una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en los sistemas observados.

El otro aspecto importante es el que tiene que ver con una especie de meta cibernética, pues se habla de un orden superior de recursividad, de la posibilidad de buscar un cambio que cambie al sistema.

La cibernética de primer orden ha proporcionado nociones sobre homeostasis y adaptación, mientras que la cibernética de segundo orden incluye conceptos de auto referencia, autonomía y los que corresponden a unidades más complejas de la mente (Keeney, 1991).

- **Autorreferencia.** Sitúa al observador dentro de lo observado, señalando que toda descripción de las cosas y del mundo es autorreferencial. Con base en esta idea, se señala que la pretensión del conocimiento "objetivo" es errónea, pues se presume la separación entre el observador y lo observado, algo imposible de que suceda. Esta crítica incluye a los terapeutas ingenuos que suponen una observación objetiva y libre de prejuicios que no hace más que impedirles reconocer que todo su diálogo e hipótesis siempre son autorreferenciales.
- **La autonomía de los sistemas se caracteriza por una organización cerrada y recurrente,** esto es, que es necesario circunscribir a los sistemas para puntuar alguno de sus patrones reiterativos, de sus entradas y salidas de información específicos a ese sistema señalado. Keeney (1991) señala que el orden más alto de recurrencia o de proceso de retroalimentación de un sistema define, genera y mantiene su autonomía y que si éste trasciende los límites de su amplitud de organización, deja de ser un sistema, o por lo menos, dejar de ser percibido como tal. Así pues, la autonomía se refiere al mantenimiento de la totalidad del sistema.

Cabe señalar que la cibernética de segundo orden no exige el abandono de la cibernética de primer orden, tal como lo comenta Keeney (1991), pues mientras que ésta alude a conceptos de retroalimentación simple, la primera habla de un orden superior de recursividad y se ocupa de la homeostasis de la homeostasis, del control del control, de la estabilidad de la estabilidad, del cambio del cambio (o cambio para cambiar) y de la retroalimentación de la retroalimentación. Por ejemplo, una retroalimentación de orden superior (como la intervención de un psicoterapeuta) puede recalibrar un proceso de retroalimentación de orden más bajo (romper el equilibrio disfuncional de escaladas – tranquilidad de una familia).

Enfocándonos a la terapia familiar, con la Segunda Cibernética se pasó del estudio de los sistemas homeostáticos a los sistemas alejados del equilibrio y en constante evolución; los sistemas son desestabilizados por las intervenciones que el terapeuta realiza, pero el sentido y amplitud de estos cambios son determinados por la propia coherencia interna del sistema, es decir, el sistema evoluciona de acuerdo a sus propias reglas y organización (Reséndiz, 2004). De las aportaciones de la segunda cibernética se incorpora la idea de cambios de segundo orden, que tienen que ver con cambios en la estructura familiar,

cambios en las reglas y el desarrollo de nuevos recursos para la resolución de los problemas (Elkaim, 1998, cit. en Reséndiz, 2004).

Con la cibernética de segundo orden, el terapeuta se incluye como parte del sistema observado; así, observador y observado forman parte del mismo sistema y se reconoce la imposibilidad de un conocimiento objetivo por parte del terapeuta; se abandona la idea de descubrir por la de construir y co construir realidades en el sistema terapéutico (este último concepto es más ampliamente desarrollado por el constructivismo y el construccionismo social).

Las aportaciones de la segunda cibernética permitieron explicar la actividad terapéutica como la posibilidad de generar crisis o movimientos desequilibrantes y situaciones provocativas, destinadas a empujar a la familia a generar cambios cualitativos.

Causalidad Circular.

El concepto de causalidad circular es uno de los cambios epistemológicos más importantes para la terapia familiar. Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de “secuencia de conductas”. Innumerables elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja. Esto implica que todos los miembros del sistema se influyen entre sí y que no se puede pensar en una relación lineal (causa – efecto, uno causa algo que produce efecto en el otro) sino en una relación recursiva recurrente (relación circular), en la que lo que se percibe como causa también pudo haber sido efecto de una causa previa.

Maruyama (cit. en Hoffman, 1998), les llama “rizos” causales mutuos a la serie de hechos causados mutuamente en que la influencia de cualquier elemento regresa a sí misma por medio de otros elementos, cosa que aclara bastante al concepto de causalidad circular.

Desviación en el sistema.

Dentro de la segunda cibernética, se ha definido que, como el sistema trata de mantener una homeostasis, cuando se enfrenta a cambios ambientales que arriesgan su estabilidad, el sistema autocorrectivo entra en acción, desarrollando muchas respuestas, algunas de las cuales pueden ser consideradas como “desviadas”, pero estas desviaciones a la larga buscan que el sistema se mantenga tal cual. Al surgir un enfermo dentro de un sistema (comúnmente llamado dentro de la terapia familiar como “paciente identificado” o lo que otros llaman “chivos expiatorios” o “chivos emisarios”), este miembro desviado promueve la solidaridad y pone de relieve las reglas y normas del sistema. Además, funge como mediador en los momentos en que el sistema cae en crisis (cuando surge un conflicto de riesgo en la familia) pues su presencia puede ser vital para contener el conflicto. Daniels va más allá (cit. en Hoffman, 1998), pues señala que la presencia de un “chivo expiatorio” puede servir para señalar que un sistema que ya no era viable siguiera funcionando largo tiempo después de que debió morir.

Así, la manifestación de un síntoma, tal como lo señala Keeney (1991, p.143), representa "ciclos recursivos de retroalimentación de la conducta y experiencias intensificadas, que se organizan dentro de un sistema de interacción total". En otras palabras, el síntoma es la válvula de escape que permite a todo el sistema sobrevivir. En este sentido, la enfermedad está implicada en todos los miembros del sistema existente y no sólo le incumbe al paciente identificado. De tal forma, la epistemología cibernética exige dejar de culpar a las personas identificadas como pacientes o a sus familiares por los problemas que los aquejan, pues considera que los síntomas son metáfora de una "ecología total" (Keeney, 1991).

En la práctica clínica de diversos enfoques de psicoterapia, la búsqueda de la eliminación de la conducta sintomática se verá reflejada en muchas acciones, de ellas la más famosa es la llamada "distribución del síntoma en el sistema" (implica que el terapeuta reconozca el papel que cada miembro juega en el mantenimiento del patrón de secuencias del síntoma y, en muchos casos, busca que todos los miembros reconozcan este papel, lo cual se hace mediante varias técnicas particulares).

Con respecto a la terapia familiar, la cibernética propone a las familias y más adelante al sistema terapéutico compuesto por familia y terapeuta, como sistemas autocorrectivos, guiados por los mecanismos de retroalimentación. Familia y terapeuta, como sistema, presentan la capacidad de realizar ajustes al entorno que implican una constante transformación como sistema.

Teoría de la Comunicación Humana

La Teoría de la Comunicación Humana fue desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) y surge a partir del trabajo previo desarrollado por el proyecto que Gregory Bateson lideró y del cual surge también la famosa teoría del doble vínculo o de la doble atadura, en la que se habla de la existencia de comunicación a distintos niveles en la familia, entendida a partir del contexto en que se presenta.

En la obra mencionada, los autores se refieren a la emergencia del enfoque comunicacional, interaccional o sistémico en las ciencias del comportamiento. Se nota en este escrito la influencia de la cibernética y la teoría de los sistemas, entre otras disciplinas.

De suma importancia para la terapia familiar fue la enunciación de los 5 axiomas de la comunicación humana, pues a partir de ellos se pudo identificar los patrones o secuencias de interacción comunicacional que tenían las familias y en las cuales se podía incidir para fomentar un cambio de segundo orden. Por tal motivo es importante señalar a qué se refiere dichos axiomas:

1.- La imposibilidad de no comunicar.

Primer axioma: "Toda conducta es comunicación" (conducta verbal, tonal, postural, contextual, etc.). Como no hay nada que sea lo contrario a la conducta (actividad o inactividad, palabras o silencio), esto es, como es imposible no comportarse, por ende, también es imposible no comunicarse.

Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor. Toda conducta tiene un valor de mensaje para el otro, es decir, no puede dejar de comunicar; por su parte el otro en la medida en que se comporta, no puede dejar de responder a nuestros mensajes.

2.- Los niveles de contenido y relación de la comunicación.

Segundo axioma: "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una meta comunicación" (Watzlawick et al., 1997, p. 56). El nivel de contenido transmite información y puede referirse a cualquier cosa, independientemente de que sea falsa o verdadera. El nivel de relación transmite qué tipo de mensaje debe entenderse, es decir, el nivel de contenido transmite los datos y el nivel de relación transmite la manera en que deben entenderse (meta comunicación).

Una comunicación no sólo transmite información (aspecto referencial) sino que, al mismo tiempo, impone conductas (aspecto conativo).

Las instrucciones son de un tipo lógico superior al de los datos: el aspecto referencial transmite los datos, el aspecto conativo el cómo debe entenderse esa información.

Las confusiones o contaminaciones entre estos niveles (comunicación y meta comunicación), pueden llevara a paradojas.

3.- La puntuación de la secuencia de los hechos.

Tercer axioma: "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes" (Watzlawick et al., 1997, p. 60). Para el observador, una serie de comunicaciones podría entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, los participantes en la interacción introducen la puntuación de la secuencia de los hechos, que tiene que ver con el recorte que cada uno de los participantes hace de los hechos, de la causalidad y de los efectos, de esta manera, cada uno podría explicar en dónde comienza y en dónde termina un circuito dado de interacción, desde la manera en que cada uno lo percibe.

La falta de acuerdos con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

4.- Comunicación digital y analógica.

Cuarto axioma: "Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones" (Watzlawick et al., 1997, p. 68). Este axioma se refiere a dos tipos de comunicación, uno mediante una semejanza autoexplicativa (comunicación analógica, por ejemplo, los dibujos) y otro mediante palabras (comunicación digital). Todo lo que sea comunicación no verbal es analógica. Predominantemente, el

aspecto relativo a la relación, es de naturaleza analógica, mientras que el aspecto relativo al contenido de un mensaje se transmite de forma digital, esto es, las palabras lisas y llanas que se vierten en los diálogos.

La comunicación digital se establece mediante una palabra, puesto que ésta se utiliza para nombrar algo arbitrariamente, la relación entre el nombre y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida, las palabras son signos arbitrarios.

Las computadoras que utilizan el principio del todo o nada se les llama digitales, mientras que hay aparatos que manejan magnitudes positivas discretas (análogas a los datos), por lo tanto se les llama analógicos (un ejemplo es la máquina de mareas y el termostato)

El hombre debe traducir constantemente mensajes. La traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de la información, mientras que lo opuesto resulta sumamente difícil.

5.- Interacción simétrica y complementaria.

Quinto axioma: "Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia." (Watzlawick et al., 1997, p. 70). En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; en la interacción complementaria cada uno de los participantes complementa la interacción del otro, uno de los participantes ocupa la posición superior o primaria y el otro la inferior o secundaria. Cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece razones para ella, sus definiciones de la relación se encajan.

La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia

También estos autores desarrollaron teorías sobre la paradoja, la cual definen como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes (Watzlawick, et al., p. 173). Explican que un tipo particular de paradoja lleva a posiciones insostenibles ya que plantea una situación donde existe una relación complementaria (de subordinación) en la que se da una instrucción al subordinado que debe obedecer, pero también debe desobedecer para obedecerla y tal persona no puede salir fuera del marco para resolver la paradoja haciendo un comentario sobre ella, es decir, metacomunicándose (Reséndiz, 2004). Los efectos de las instrucciones paradójicas en la interacción humana pueden llevar al doble vínculo que explicó Bateson.

La teoría de la comunicación humana resulta la opción al modelo lineal de la comunicación, en el que se planteaba la comunicación como una serie de elementos encadenados de forma causal y mecánica, con un emisor que transformaba el mensaje en señales, un canal como medio para transportar las señales y un receptor que es el destino a quien va dirigido el mensaje y que construye el mensaje a partir de las señales que recibe. Este modelo, como se señaló anteriormente, es el que mejor se aplica a la investigación de la comunicación en los sistemas familiares, pues adopta y desarrolla dentro de su teoría a la teoría general de los sistemas y a la cibernética.

La teoría de la comunicación humana surgió después de que el equipo que comandaba Gregory Bateson tomara diferentes caminos, y muchos de sus postulados derivaron directamente del trabajo que llevaron a cabo con él. Por eso, es importante hacer mención de Bateson y de su trabajo, que no nada más impactó a los creadores de la teoría de la comunicación humana, sino a todo el movimiento de la terapia familiar.

Bateson y sus investigaciones sobre grupos familiares

Durante el decenio de 1950, Gregory Bateson encabezaba un proyecto muy interesante que trataba de clasificar los tipos de comunicación por niveles (tanto de significado como de tipo lógico y de aprendizaje).

Durante 1942 a 1945 Bateson asiste a unas conferencias en Macy, Nueva York, donde se entera del concepto de retroalimentación de los sistemas, lo cual le permite tender el puente hacia la comunicación que estaba interesado por investigar más adelante (Eguiluz, 2001).

Conforma un grupo, integrado por Jay Haley, John Weakland, William Fry y posteriormente se incluye Don D. Jackson. Este grupo estaba interesado en estudiar también las pautas de transacción en la comunicación esquizofrénica, lo que a la postre derivaría en la teoría de “la doble atadura” o del “doble vínculo”.

Durante esta investigación con pacientes esquizofrénicos, notaron que si este mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba o incluso la misma familia lo movía a mostrar el comportamiento irracional, a lo cual D. Jackson lo definió como “homeostasis familiar” (Hoffman, 1998) y lo entendía como “al sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema” (p. 28). E incluso Haley definía un proceso de servomecanismo en el cual “cuando una persona indica un cambio en relación con otra, la otra actuará sobre la primera de forma tal que disminuya el cambio”. En estas dos concepciones se puede notar la influencia y aplicación a la comunicación esquizofrénica de conceptos derivados de la teoría general de los sistemas y de la cibernética.

A partir de ahí, el grupo de Bateson llegó a identificarse con la idea de la familia entendida como un sistema tendiente a mantener el equilibrio y empezaron a ahondar sus investigaciones en las diferencias de las pautas comunicacionales en estas familias.

La doble atadura.

Tal como lo menciona Hoffman (1998), la doble atadura o doble vínculo, describe un contexto de habituales callejones sin salida que se imponen entre sí las personas que se encuentran dentro de un sistema de relación y que a veces producen las respuestas conocidas como esquizofrénicas. Entendían a la doble atadura como una comunicación en muchos niveles, en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel, de tal manera que tanto obedecer como desobedecer dicha demanda hacía que la persona no se pudiera escapar de violar o desacatarla. El ejemplo clásico que lo aclara es cuando una persona le pide a la otra “domíname”, pues la persona a

la que se le pide tal cosa no podrá salir bien librada de la petición, pues si no hace caso a la petición no estará dominando, pero si hace caso, tampoco estará dominando en realidad pues parte de una exigencia que al obedecerla, se mantiene igualmente sin dominar. Otros tantos ejemplos pueden ser peticiones u órdenes como “quíereme de manera espontánea”, “sé espontáneo”, “hazlo sin que yo te lo pida”, “juega pero sin ensuciarte”, “te ordeno que hagas lo que quieras”, “oye, no vayas a voltear”, etc. La única forma de responder a estas peticiones son: señalando cuán imposible son de realizarse (esto es, metacomunicándose), burlarse de ella o, abandonando el campo de interacción. Pero cuando no es factible ninguna de estas posibilidades, es entonces cuando los comportamientos “desviados” o “irracionales” hacen lugar.

Bateson puntualiza los ingredientes que debe tener una doble atadura y que dan lugar a comportamientos “esquizofrénicos” o desviados (cit. en Hoffman, 1998):

1. Una orden negativa primaria: “No hagas eso”.
2. Una orden negativa secundaria a otro nivel, que entra en conflicto con la primera: “No atiendas a nada de lo que te digo (quizá dada por el tono de voz o por la forma de hablar).
3. Una orden que prohíbe todo comentario (generalmente, claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario explicitar) y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo (a menudo dada por el contexto, como cuando la persona es un niño, un subordinado, un dependiente económico, etc.).
4. Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente los mensajes.
5. Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o ira, una reacción “desviada”.

Tras elaborar estas características de la doble atadura, el equipo de Bateson pudo corroborar su importancia mientras veían y oían cómo interactuaban o se comunicaban los miembros familiares con su “paciente esquizofrénico”.

Otra de las aportaciones de Bateson tiene que ver con lo que él llamó “la pauta que conecta” y la cual se refiere a que los comportamientos de un sistema (llámese familia, por ejemplo), están conectados a través de circuitos recurrentes y que lo importante de ello es explorar estas pautas que permiten entender cómo están conectados los distintos elementos de dicho sistema.

Bateson pasó de explicar los fenómenos desde una causalidad lineal a una causalidad circular. Para él, la causalidad lineal era útil para explicar fenómenos en el mundo de los objetos sin vida, ya que son inanimados y no poseen la capacidad de interactuar. La causalidad circular cumple mejor la función de explicar los fenómenos del mundo de las formas vivas, en las que no sólo son importantes las fuerzas sino también la información y las relaciones que son constantemente modificadas por cadenas recursivas de información.

Propuso el concepto de *cismogénesis* para referirse al “proceso de diferenciación de las normas de comportamiento individual como resultado de la interacción acumulativa entre individuos” (Hoffman, 1998). Este proceso incluía las pautas de interacción simétricas y complementarias.

Como se percibe, mucho del trabajo hecho por Bateson y su equipo fue retomado por los investigadores de la nueva teoría de la comunicación humana y tanto Bateson como estos teóricos influyeron en el surgimiento y desarrollo de muchas escuelas de terapia familiar. Veamos ahora las teorías del posmodernismo, constructivismo y construccionismo social y su impacto dentro de la terapia familiar.

Posmodernismo, constructivismo y construccionismo social

El proyecto posmodernista abandona la fe que se tenía puesta en la modernidad, esto es, en que el progreso tecnológico y humano se daría por la acomodación de conocimiento legítimo. El posmodernismo rechaza la idea de un universo cognoscible y señala la presencia de realidades divergentes (multiversos, en vez de universos), constituidas socialmente y situadas históricamente, en síntesis, reconocía que no existía un solo tipo de conocimiento verdadero sino que existían conocimientos locales.

Explica también que, aunque no podemos aspirar a un conocimiento universalmente válido del “mundo real”, podemos usar los símbolos de nuestro contexto para teorías viables o ficciones útiles que nos permitan negociar nuestro mundo real. Con esto, el uso del lenguaje resulta prioritario para la construcción de realidades, lo que da pie a hablar del constructivismo.

Constructivismo.

Remota la idea del posmodernismo, al cuestionar la visión del mundo objetivista en el que ha creído la mayoría de la gente. Explica que sí existe una realidad concreta a la que la gente se aproxima cada vez más en sus constructos, aunque nunca puede acceder a ella completamente. Para el constructivismo el conocimiento no se recibe pasivamente por medio de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente; la función de la cognición es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto, no para descubrir una realidad ontológica objetiva (Elkaim, 1996, cit. en Reséndiz, 2004).

Esta teoría señala que el lenguaje es una forma de acción y no un sustituto, que los significados que se hacen del mundo y de su vida dependen del contexto en que se usan las palabras y símbolos.

Como se nota, el lenguaje es muy importante dentro del constructivismo. Conciben que la gente vive en el lenguaje, éste le permite tener nombres, saber quienes son, separar, diferenciar, esto es, construir su mundo. Dentro de esta misma construcción, los problemas no son simples circunstancias, sino valoraciones (con palabras y símbolos) de ese mundo que les aqueja.

También esta teoría explica que los problemas se crean y mantienen en el dominio del lenguaje y deben resolverse en dicho dominio. No niegan la verdad (limitadora) de la realidad social pero, a diferencia del objetivista (que cree que poco se puede hacer), no se limita a ésta.

Así, podemos resumir algunas ideas en torno al constructivismo:

- El constructivismo es un modo de pensar y no una descripción del mundo.
- Es un modelo hipotético.
- No se propone describir ninguna realidad absoluta sino sólo fenómenos de nuestra experiencia.
- El constructivismo no niega la realidad pero asegura que el sujeto crea constructos para describirla.
- No nos dice como es el mundo, solo nos sugiere una manera de pensarlo.
- El constructivismo cumple una función: encajar en el mundo tal como lo vemos, y no en el mundo tal como debería ser.

Construccionismo social.

Surge después del constructivismo. Ambas posturas comparten que no consideran que lo que el sujeto conoce refleje una realidad objetiva, sino una realidad subjetiva y, en ese sentido, es una construcción. La diferencia con respecto del constructivismo radica en que el construccionismo social explica que las construcciones de las realidades se dan por el intercambio de información del sujeto con los demás, esto es, se enfatiza que la realidad es co construida, que el mundo del individuo es un mundo social pues la generación de significados se da por la interacción entre los sujetos.

Para el construccionismo social, la realidad se construye socialmente, a través del lenguaje y de las relaciones en los contextos en que nos movemos, tanto del lenguaje externo (al hablar con los demás) como del lenguaje interno (el que tenemos con nosotros mismos). Esta teoría no habla de un solo yo, ni de una sola voz que salga de ese yo, sino que se refiere a una multiplicidad de voces que pueden generar también una multiplicidad de “yoes” en un solo individuo y que, por tanto, permite que las realidades que se construyan también sean diversas. Se remarca la importancia entonces de las conversaciones que tiene el sujeto consigo mismo y con los demás (McNamee y Gergen, 1996).

Según Gergen (1996, cit. en Pineda, 2004) la sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto, y los supuestos para una ciencia construccionista social son:

- Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos de tales descripciones.
- Los términos y formas mediante los cuales comprendemos el mundo y a nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturales.
- La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo, no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- El significado es un derivado del uso social.
- Aprender las formas existentes de discurso, es evaluar patrones de vida cultural.

Dentro de las muchas implicaciones para la psicoterapia, que podemos evidenciar del constructivismo y construccionismo social, están (Neimeyer y Mahoney, 1998):

Las personas:

- Conceptualización de los seres humanos como teóricos incipientes o narradores de su experiencia (los seres humanos son narradores de historias).
- Se percibe a la persona como un científico que formula y revisa hipótesis, por tanto, no hay ideas irracionales sino que todas tienen una naturaleza funcional.
- Buscan terapia cuando están sujetos a una "narrativa dominante" que incapacita, limita o niega su persona.

La psicoterapia:

- Promueve la creación de significados (no corrige). Identifica y reformula las metáforas de la narrativa del cliente.
- La terapia se entiende como una reconstrucción narrativa.
- Se entiende como una reescritura biográfica de las historias vitales que se han vuelto limitadoras o incoherentes y que requieren de una elaboración significativa.
- La aproximación terapéutica es sólo una de las posibles maneras de ver las dificultades de la gente.
- El paciente es experto en su vida y el terapeuta es experto en la conversación.
- Las historias del paciente pueden ser más o menos útiles que las del terapeuta, pero no más o menos verdaderas.

El psicoterapeuta:

- Actúa como director de la conversación para co-construir una nueva historia con la familia que tenga coherencia y que sea relevante para los que luchan alrededor del problema.
- Desarrolla métodos de investigación novedosos y abundante en la psicoterapia que comparten un interés común por la reconstrucción del significado.
- Puede usar diferentes modelos de psicoterapia, en tanto sean coherentes con el constructivismo y el construccionismo social, y al final de cuentas, con la misma persona con quien co-crea esta realidad, pero entendiendo las limitaciones implícitas.
- Elucida y cuestiona sutilmente los acuerdos mantenidos en el lenguaje que solidifican las relaciones familiares.
- Actúa como director de la conversación para co-construir con la familia una nueva historia con coherencia, relevancia y que dé una sensación de posibilidad elaborativa.

Como otra parte de las aportaciones de estos modelos, está la creación de enfoques particulares de terapia familiar, como el modelo narrativo, el enfoque colaborativo y los equipos reflexivos, que se describirán más adelante. Los terapeutas que se han visto influidos por el construccionismo social han replanteado la epistemología y práctica clínica de su trabajo, fomentando la existencia de diálogos en los que todas las realidades sean válidas y no existan jerarquías entre ellas, ya sea que provengan del terapeuta o del cliente, y que permita tener una visión de mayor curiosidad por saber cómo es que la persona ha construido socialmente a su mundo y a su problema y cómo el terapeuta participará en esta co-construcción de realidades alternativas a partir de la curiosidad por conocerle.

Con la revisión del marco teórico previo, se ha podido encuadrar cómo la psicoterapia familiar sistémica adquiere su epistemología, su cuerpo de conocimientos y, por ende, su forma particular de entenderla y practicarla. Ahora veremos más a detalle los diferentes enfoques surgidos a partir de este marco y sus principales características.

1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Modelo estructural, Estratégico, de Terapias Breves, orientado a Soluciones, de Milán, y derivados del Posmodernismo.

Modelo Estructural

Orígenes y desarrollo del modelo.

La Terapia Familiar estructural nace en los 70's y retoma, inicialmente, los conceptos de la primera Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación para explicar lo que ocurre en una familia y para diseñar sus intervenciones (Pérez, 2004). Ha sido desarrollado principalmente por Salvador Minuchin, al trabajar con poblaciones de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Minuchin, 1974).

Minuchin manifestaba que un terapeuta orientado hacia la terapia individual tiende aún a considerar al individuo como el asiento de la patología y a reunir solamente los datos que pueden obtenerse de o acerca del individuo. En cambio, el terapeuta que trabaja con el marco de referencia de la terapia estructural de familia puede acercarse cuando desee estudiar lo intrapsíquico, pero también puede observar un foco más amplio: las interacciones de los individuos en los contextos importantes de su vida.

Desde la perspectiva del modelo estructural, existe un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (familiar, comunitario, institucional, etc.) participan en el mantenimiento del síntoma y de cómo este síntoma influye en el mantenimiento de la estabilidad familiar.

La postura de Minuchin señalaba que si se modificaba la estructura de la familia se posibilitaba el cambio debido a que se favorecían distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos (Desatnik, 2004).

Tal como lo comenta Desatnik (2004) la perspectiva de Minuchin era un tanto positiva pues suponía que si se modificaba la estructura de la familia se posibilitaría el cambio ya que se favorecerían distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos, y en esto, la mera inclusión del terapeuta, como miembro activo del sistema terapéutico, era de gran importancia.

A lo largo de su trabajo, Minuchin ha enfatizado que el trabajo terapéutico no se limita a la familia, sino que incluye escenarios institucionales, comunitarios y psicosociales

con los que interactúa, con lo que denota la importancia de incluir los supra sistemas (ecosistema) en el que cada familia interactúa.

A últimas fechas, Minuchin (2002, cit. en Desatnik, 2004) se consideraba a sí mismo como “un terapeuta estructural estratégico narrativo” (p. 51), con lo que nos da a entender que además de su marco estructural y de su postura de liderazgo en la acción terapéutica, también toma en cuenta las narrativas familiares y la posibilidad de la co creación de narraciones alternativas.

Representantes del modelo.

Como ya se mencionó, su principal representante es Salvador Minuchin, quien inicia su trabajo en los años de 1960-1969 en la Child Guidance Clinic de Filadelfia, en Estados Unidos (Desatnik, 2004). En esta etapa estuvo trabajando de manera conjunta con Jay Haley, quien después se separó para crear su propio modelo de trabajo. Otros representantes de este modelo son Braulio Montalvo, Harry Aponte, Jorge Colapinto, Bernice Rosman y la misma esposa de Minuchin: Pat Minuchin (Desatnik, 2004).

Postulados e ideas rectoras.

La terapia estructural es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. Se considera dentro de este modelo que, cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo.

A la familia se le percibe como un sistema abierto en transformación cuyas características son:

1. Es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros.
2. Como sistema, la familia se autorregula.
3. Como sistema, la familia se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte como lo es la familia extensa, la comunidad, entre otros.
4. También se divide en subsistemas ordenados jerárquicamente: subsistema parental, subsistema fraterno, subsistema conyugal, subsistema individual (también llamados holones).
5. Los subsistemas se crean y perduran porque establecen fronteras claras.
6. El desarrollo normal individual y de la familia incluye cambios y crisis.
7. Los problemas surgen cuando la familia se “atasca” en la homeostasis. Los síntomas cumplen una función homeostática.

Axiomas del modelo estructural (Minuchin, 1974).

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción.

2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto.
4. Existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros.
5. El conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema familiar es sólo la manifestación de un conflicto familiar.
6. La unidad de intervención terapéutica es la familia.
7. La Terapia Familiar se dirige a establecer o restablecer la funcionalidad de la familia mediante cambios en la interacción familiar. Se enfoca en el aquí y ahora.

Para Minuchin, la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales.

Al formarse una pareja o al nacer un hijo, se crean y modifican reglas de comportamientos (rutinas). En este proceso de mutua acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la secuencia de conducta anterior.

Objetivos de las funciones familiares:

1. Uno es interno: la protección psicosocial de sus miembros.
2. El otro es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

En los procesos precoces de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida. El sentido de separación e individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares.

La familia normal no puede distinguirse de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia.

Como su nombre lo indica, el modelo estructural se enfoca de manera importante tanto en la estructura como en las pautas transaccionales de las familias:

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

Pauta transaccional. Son transacciones repetidas que establecen pautas o patrones sobre qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Estas pautas regulan la conducta de los miembros familiares.

Otro concepto clave para Minuchin es el de los límites:

“Los límites se definen por la necesidad de roles para lograr que cada miembro cumpla con sus funciones específicas, quiénes participan y cómo; además regula el contacto con otros” (Minuchin, 1974).

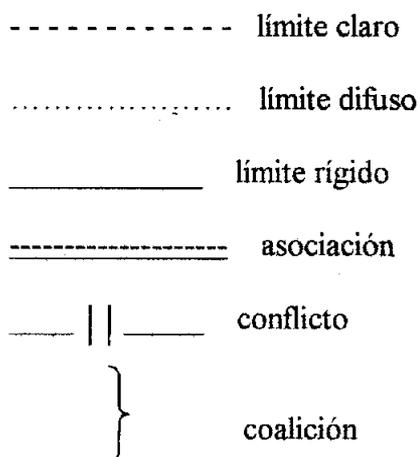
Minuchin habla de tres tipos de límites:

1. Límites claros: Aquellos que se definen con precisión e implican que los miembros funcionen sin interferencia; permiten el adecuado desarrollo de sus funciones, (espectro normal).
2. Límites rígidos: Aquellos que caracterizan a las familias con subsistemas autónomos, independientes; se crea una comunicación difícil, restringiendo los contactos entre los individuos y subsistemas. (desligadas).
3. Límites difusos: aquellos que no marcan con precisión quién y cómo participan en cada momento; implican invasión entre subsistemas, se da una falta de autoridad en el desempeño de los roles familiares (aglutinadas).

Los límites rígidos y difusos indican áreas de posible disfuncionalidad. Se considera que el problema puede aparecer en aquellas familias que se encuentran demasiado enredadas (familias aglutinadas), donde existe escasa o nula diferenciación entre los subsistemas, o en familias desconectadas (familias desligadas) donde cada persona constituye un subsistema independiente. La atención está centrada principalmente en el presente, se concibe a la familia como una unidad de análisis.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen a quiénes participan y de qué manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión, como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas; pero también debe permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura (Minuchin y Fishman, 1984; Minuchin, 1974).

Minuchin también tenía su propia esquematización de los límites y alianzas:



Rodeo.

También conocido como triangulación, la negociación del estrés de los esposos se da a través de un tercer elemento (en muchas ocasiones, un hijo), quien sirve para mantener el subsistema conyugal en una armonía ilusoria. Los esposos refuerzan toda conducta anómala debido a que de ese modo pueden desviar o sumergir sus propios problemas del subsistema conyugal en problemas hacia ese tercer elemento (p.e. problemas de educación del hijo). El desvío de los padres puede asumir la forma de atacar al niño, definiéndolo como fuente de los problemas familiares. En otras familias, los padres pueden definir al niño como malo, enfermo y débil, y luego unirse como pareja para protegerlo.

Cuando la familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas de ese paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema familiar.

Diagnóstico estructural.

El diagnóstico estructural implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en la familia y el síntoma de sus miembros. La estructura de la familia se representa por medio de esquemas o familiogramas.

Aunque se plantea la elaboración de un diagnóstico estructural, esta fase no se diferencia de la etapa de intervención, pues desde el inicio el terapeuta se mantiene interactuando con la familia.

Minuchin considera al familiograma una ayuda para que el terapeuta organice el complejo material que está obteniendo; también sirve como diagnóstico y para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticas. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio y los subsistemas.

El diagnóstico interaccional se modifica constantemente, a medida que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes, ya que se considera que las familias y los individuos se relacionan y cambian de acuerdo a su contexto social.

El terapeuta se encargará de clarificar los límites difusos y abrir los límites excesivamente rígidos. Su evaluación de los sistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia, en función de lo cual orienta sus intervenciones terapéuticas.

"El proceso terapéutico incluye tres pasos fundamentales: 1) El terapeuta se asocia con la familia en una posición de liderazgo, 2) Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente y 3) Crea circunstancias que permitan la transformación de su estructura". En la terapia, tal como se desarrolla, estos pasos son inseparables. La familia será la matriz de la curación y del crecimiento de sus miembros. La responsabilidad de su logro o del fracaso le corresponde al terapeuta (Minuchin, 1974).

El terapeuta, al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites

y pautas transaccionales y elabora hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. Comienza, así, por establecer un mapa familiar.

Un mapa familiar es un esquema organizativo: organiza el material que obtiene y le permite formular hipótesis.

Pasos básicos de intervención.

1. Formar el mapa familiar.
2. Examinar la flexibilidad de los límites internos de la familia.
3. Formular hipótesis de áreas, subsistemas o límites disfuncionales.

Cuestionar la realidad familiar.

Como todos los terapeutas, el terapeuta familiar cuestiona la percepción de realidad de los pacientes. No se trata de una confrontación técnica, sino que se apoya a los miembros de la familia pero también se sugiere que más allá de lo que han percibido hay otra cosa.

La intervención tiene lugar a lo largo de toda la sesión, haciéndose difícil distinguir los momentos de evaluación de los momentos de intervención, ya que el terapeuta se interesa desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio.

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

Técnicas de la terapia estructural.

Minuchin mencionaba las características o acciones que toma dentro de su terapia estructural (1974):

- No permito nunca que un miembro de una familia hable acerca de otros que se encuentran presentes en la sesión.
- A menudo separo a las personas que se sientan juntas.
- Apruebo las descripciones de competencia (miembros competentes).
- Aliento a los miembros oprimidos de una familia para que puedan ser aceptados y cambiar su posición.
- En lugar de decir a alguien que cambie, le digo al otro que tiene una relación complementaria significativa con el primero, que lo ayude a cambiar puesto que aquél no puede hacerlo solo.
- Encaro los conflictos familiares a través de las diferentes interpretaciones de sus miembros, de tal modo que queden esclarecidos a través de los diferentes puntos de vista.

- Me agrada relatar anécdotas acerca de mis propias experiencias y de mi pensamiento e incluir cosas que he leído y oído y que son relevantes con relación a la familia presente.
- Intento asimilar el lenguaje de la familia y sus mitos.

Si el terapeuta no puede asociarse a la familia y establecer un sistema terapéutico, la reestructuración no se producirá y todo intento de alcanzar los objetivos fracasará. Del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, la familia también debe acomodarse para unirse a él.

A continuación se mencionan cada una de las técnicas propuestas por Minuchin y Fishman (1984) para trabajar las tres dimensiones familiares que propone el autor encaminadas a modificar la estructura familiar:

1. *Técnicas que cuestionan el sintoma*

Intentan cuestionar la definición que la familia hace del problema, así como la índole de su respuesta. Las técnicas que buscan esto son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

- Escenificación. Técnica por la cual le terapeuta pide a la familia que "dance" en su presencia, para así poder intervenir en el proceso aumentando la intensidad de la interacción, prolongando su duración, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción, introducir sondeos experimentales, romper alianzas y coaliciones, etc.
- Enfoque. El terapeuta escoge en la sesión, ciertos elementos de la interacción y los enfatizará, para lograr el cuestionamiento del síntoma.
- Intensidad. Se busca cierta intensidad en la emisión de un mensaje para lograr que la familia "oiga", pues luego llegan con una sordera selectiva. Se puede hacer repitiendo un mensaje muchas veces, retomando un tema en particular, repitiendo una secuencia de interacción, cambiando el tiempo o distancia entre los discursos o las personas, etc.

2. *Técnicas que cuestionan la estructura familiar.*

En las familias donde los holones no están diferenciados la tarea del terapeuta es delinear y diferenciar, partiendo de que las interacciones entre los miembros de un holón deber ser más fuertes que de un holón a otro. Las técnicas que se disponen para modificar la estructura familiar son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

- Fronteras. Regulan la permeabilidad de las fronteras de los holones. Pueden apuntar a crear distancia psicológica entre los miembros de la familia y a modificar la duración de la interacción de un holón significativo.
- Desequilibramiento. Se busca cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema cuestionando la distribución del poder en la familia a través de las alianzas momentáneas del terapeuta con algún miembro de la familia, con varios de

manera alternada, ignorando de manera explícita a un miembro familiar o estableciendo coaliciones contra algún miembro de la familia.

- Complementariedad. Se busca que cada miembro de la familia se asuma como una parte del sistema al cual tanto influye como es influido por él, cuestionando el problema, el control lineal (cuestionar que un solo miembro controle al sistema familiar) y el modo de recortar sucesos.

3. *Técnicas que cuestionan la realidad familiar.*

Las personas acuden a terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Entonces, el terapeuta estructural busca que la familia elabore nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas que se usan para ello son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

- Construcciones. El objetivo de esta técnica es introducir a la familia en una concepción diferente del mundo, que “afloje” su esquema preferencial. Para conseguirlo el terapeuta podría recurrir a símbolos universales (como el sentido común), cuestionando las verdades familiares o situándose el terapeuta como experto.
- Paradojas. Se usan para enfrentar la resistencia de la familia a mantenerse tal como está y así evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. En la intervención paradójica se busca que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta y así logre un cambio o bien que las siga a un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder. Esto se hace redefiniendo positivamente al problema, prescribiendo el síntoma o restringiendo las mejoras.
- Lados Fuertes. Esta técnica se enfoca en los aspectos positivos de la familia y los utiliza para modificar la visión que tienen sus miembros acerca de sí mismos, cuestionando la visión familiar acerca del portador del síntoma y de sus alternativas.

Desarrollos actuales.

La propuesta del modelo estructural ha sido frecuentemente revisada, incluso se toma como modelo inicial a revisar en algunos programas de especialización en terapia familiar, dada la estructura tan definida de su modelo.

Minuchin ha ampliado su propuesta de los escenarios terapéuticos a la comprensión y acción en escenarios comunitarios institucionales de salud y legales, entre otros, lo que ha aportado elementos importantes para el trabajo en salud mental (Desatnik, 2004).

Con la evolución de la terapia sistémica y de los modelos de terapia posmoderna, Minuchin también ha continuado discutiendo su modelo a la luz de estos nuevos desarrollos y de su historia personal, tanto que, como se mencionó anteriormente, se consideró a últimas fechas como un terapeuta estructural estratégico narrativo.

Modelo Estratégico

Orígenes y desarrollo del modelo.

Se considera a Jay Haley como el acuñador del término estratégico para referirse a la terapia en la que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta (Galicía, 2004). Haley desarrolló el modelo estratégico, influenciado principalmente por las ideas de Bateson y el trabajo de Milton Erickson. Por otra parte, mantiene características en común compartidas con los modelos estructural y de Terapia Breve del MRI.

Inicialmente, entre 1952 a 1962, Haley trabajó en la investigación de Bateson sobre los problemas de comunicación. Tras terminar ese proyecto, empezó a investigar sobre las estrategias en la psicoterapia, trabajando primeramente con Minuchin y Montalvo y recibiendo ya la influencia de la forma de trabajo de Milton Erickson. En 1974 Haley crea su propio programa en el Instituto de Terapia Familiar de Washington (Reséndiz, 2004).

Haley (1980, cit. en Galicía, 2004) define a la terapia estratégica como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, evaluar el resultado para ver si ha resultado eficaz.

Representantes del modelo.

Se consideran como principales representantes de este modelo tanto a Jay Haley como a Clóe Madanes, quien se integró al equipo de Haley y contribuyó con el desarrollo de conceptos sobre la formación terapéutica y con la co dirección del Instituto de la familia de Washington (Galicía, 2004).

Postulados e ideas rectoras.

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

Como ya se mencionó, en este modelo el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica con el objetivo de ayudar a la familia a superar la crisis por la que solicitó ayuda.

Haley consideraba al síntoma como una conducta adaptativa a la situación social en la que se encuentra (Haley, 1999, cit en Reséndiz, 2004) y afirmaba que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta

razón, argumentaba, se debía evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

La organización y la jerarquía.

Para Haley, la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como quiénes juegan los niveles secundarios. Como es de notar, tanto el poder como la jerarquía eran conceptos claves para él. A Haley no le agradaba mucho la teoría de los sistemas en cuanto a que no veía en ella que existieran jerarquías entre los miembros del sistema, cosa en la cual creía, pues en su trabajo observaba que tanto en la familia como en ciertos animales existía una organización en la que se veían implicadas jerarquías (Galicia, 2004).

Desde esta perspectiva, se considera que la conducta no acertada de un miembro familiar no se debe a él sino al contexto de la situación en la que se encuentra, en la que, frecuentemente se presenta por confusiones en la jerarquía familiar, dando como resultado perturbaciones en la adaptación al ciclo de vida familiar por el cual están atravesando. Es por ello que una de las finalidades del terapeuta estratégico es ayudar a establecer una jerarquía bien definida.

Técnicas o métodos de intervención.

En buena medida el tratamiento está orientado a la planeación y desarrollo de tareas para la familia, que permitan alcanzar los cambios deseados; las tareas permiten intensificar la relación entre la familia y el terapeuta, cuando el terapeuta les dice qué hacer, entra a participar en las acciones de la familia y adquiere importancia. A través de las tareas, el terapeuta permanece ligado a la vida de la familia en el periodo entre sesiones. La familia arroja información sobre sí misma ya sea que la tarea sea o no cumplida (Reséndiz, 2004). Podemos hablar de dos tipos de tareas generales: las tareas directas que buscan decirle a la gente qué deben hacer con el propósito de que las cumplan; y las tareas paradójicas que se prescriben con el propósito de que la familia no la cumpla, es decir, de que la familia cambie por la vía de la rebelión (Haley, 1993).

Las técnicas terapéuticas se conciben como procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema y tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas (Haley, 1993, cit. en Reséndiz, 2004).

Niveles de interacción familiar.

Madanes (1990), con respecto a las estrategias y metáforas en la terapia, señala que existen cuatro niveles de interacción en la familia, cada nivel con su respectiva metáfora de interacción, y presenta para cada una de ellas, cuatro estrategias para usar en cada nivel, empleadas a nivel metafórico:

Nivel 1. Dominar y controlar.

Es el nivel más básico de interacción familiar en el que las personas están interesadas principalmente en dominar al otro y en luchar por el control y el poder sobre su propia vida y la de los otros. Las estrategias terapéuticas que se sugieren para intervenir son: corregir la jerarquía; establecer negociaciones y contratos; cambiar los beneficios del mantenimiento de la lucha y; establecer rituales y ordalías (estrategia desarrollada por Milton Erickson en la que se promueve que sea más difícil para una persona el tener un síntoma que dejar de tenerlo).

Nivel 2.- Ser amado.

En este nivel, las personas son motivadas por el deseo de ser amadas. Los problemas típicos son la depresión, ansiedad, fobias, desórdenes de la alimentación y soledad. La familia se ve envuelta en un cuidado constante hacia aquellas personas que se autoinfligen estos castigos. Las estrategias a usar en esta etapa son: cambiar la manera en que los papás se involucran con sus hijos, prescribiendo el síntoma o algunos elementos del mismo, prescribiendo un acto simbólico (simbolizar el acto autoinflingido, pero sin las consecuencias dañinas) y, prescribiendo el fingimiento del síntoma.

Nivel 3.- Amar y proteger.

En este nivel, el deseo y comprensión desmedidos pueden evocar altas cualidades de compasión, generosidad y amistad. Asimismo, puede provocar intrusividad, posesividad, dominación y violencia, justificada siempre en honor al amor. Las estrategias que se sugieren son: reunir a todos los miembros familiares, orientar a las personas hacia el futuro y hacia los actos de reparación, cambiar a quién es útil para quién y, dotar de poder a los hijos para que ayuden a sus padres.

Nivel 4.- Arrepentirse y perdonar.

La emoción predominante en la familia es la vergüenza por lo que se ha hecho, por lo que no se ha hecho o por lo que no se puede perdonar. Los problemas típicos son el incesto, el abuso sexual o la violencia familiar. Aquí se puede redistribuir la carga de la vergüenza depositada en exceso en la víctima, encontrar miembros protectores para las víctimas, y fomentar el arrepentimiento, la reparación del daño, la compasión y la unidad familiar.

Para finalizar con las técnicas o estrategias señaladas por este modelo, es conveniente señalar los pasos estructurados que sugiere Haley (1993) se lleven a cabo durante la primer sesión:

1.- Etapa social.

Es el primer contacto que se da entre la familia y el terapeuta, quien tiene que saludarlos y hacerlos sentirse cómodos. Se debe dirigir a cada miembro de la familia y preguntarle cómo se llama. Durante esta etapa no se permite que nadie empiece a hablar del problema hasta que no se haya obtenido de todos los miembros alguna respuesta "social". El terapeuta también observará el comportamiento de la familia que le indique el estado de ánimo con el que llegan, las reglas, alianzas y coaliciones.

2.- Etapa de planteamiento del problema.

Aquí el terapeuta dirige la conversación hacia el motivo por el cual la familia ha asistido. Haley enfatiza que hay que tener cuidado de la forma en que se pregunta y a quién

se le hace esta pregunta y da unos consejos sobre cómo escuchar mientras la familia plantea el problema: no hacer interpretaciones o poner en duda lo que la familia dice; no dar consejos; no desviarse del tema; todos deben tener la oportunidad de hablar; si alguien interrumpe, no intervenir de inmediato, mejor observar la interacción y enseguida terciar; no permitir monólogos; no dejar que se interrumpan constantemente; si es un niño el paciente identificado, dejarlo hasta el final y comunicarse en forma de juego; notar a quién achacan el problema y quién lo dice y; mientras hablan, notar la comunicación verbal de los demás. Finalmente, Haley reitera que es importante que no se confunda la etapa social con la del planteamiento del problema.

3.- Etapa de interacción.

Aquí el terapeuta busca que todos los miembros de la familia dialogan entre sí sobre el problema. El terapeuta deja de ser el centro de la conversación para permitir que se dé esta interacción. La familia tiene la oportunidad de dialogar y actuar incluso con respecto al problema que les preocupa; esto es, se escenificará el problema para ver cómo reaccionan los miembros familiares. La intención es que el terapeuta pueda identificar las pautas de comunicación en la familia, describir la organización jerárquica y estructura familiar. Finalmente, Haley sugiere para que se dé una buena interacción: a) reintegrarlos al diálogo familiar si se siguen dirigiendo al terapeuta (incluso hasta se les puede acercar físicamente), b) si dos miembros familiares se enfrascaron en una discusión, introducir a otro miembro familiar (“parece que no logran entenderse, ¿podría ayudarlos?”) y, c) en vez de limitarse a simplemente conversar, se procurará traer al problema al centro de la reunión.

4.- Etapa de fijación de metas.

Aquí se pide que la familia formule de manera clara los cambios que desea lograr, para lo cual se debió haber enunciado un problema concreto y la forma concreta en cómo se darían cuenta de que se está solucionando.

5.- Conclusión de la entrevista.

Aquí se concerta una nueva cita en la cual se puede incluir la realización de una directiva que la familia lleve a cabo entre la primer sesión y la siguiente.

Desarrollos actuales.

La influencia de Haley se ha visto reflejada en otros modelos como el de terapia breve desarrollado por Fisch, Weakland y Segal (1984) con respecto a los planteamientos de la entrevista inicial y a la planificación del caso. La participación y aportaciones de Clóe Madanes al modelo estratégico se puede concebir también como una re-elaboración de las ideas iniciales de Haley, enfatizados, como ya vimos, por una concepción metafórica en distintos niveles de interacción familiar.

Por otro lado, Galicia (2004) comenta que las posiciones constructivistas y todas aquellas que están en contra de las concepciones de poder, jerarquía y directividad, han venido ganando espacio y haciendo caso omiso de la terapia estratégica. Sin embargo,

existen algunas voces que pretenden reconciliar estas dos concepciones (Simons, 1993; cit. en Galicia, 2004) y que permiten que se retome la utilidad del modelo.

La forma de trabajo de este modelo se sigue empleando en situaciones con adolescentes seriamente perturbados, en familias caóticas o en familias con algún miembro delincuente. De la misma manera, la postura de Haley de tomar en cuenta el entramado social y la participación activa que tiene el psicoterapeuta en él, han sido retomadas por las posiciones sociales que rescatan la función social de las terapias impartidas por instituciones sociales y jurídicas, (Baker, 1999, cit. en Galicia, 2004).

Modelo de Terapia Breve (MRI)

Orígenes y desarrollo.

El modelo de terapia breve del Mental Research Institute (MRI), también conocido como orientado a los problemas o escuela de Palo Alto, fue desarrollado por Richard Fisch, John Weakland, Paul Watzlawick y Lynn Segal a finales de la década de los 1960's.

Este modelo nace en el MRI en Palo Alto, California y también se le ha llamado modelo interaccional o comunicacional (Reséndiz, 2004). Fue creado en 1968, después de la muerte de Don Jackson, quien fundó el grupo del MRI en 1959. En su origen, este modelo terapéutico fue planteado para intervenir con familias que ya habían tenido intentos fallidos de terapia, enfocándose a dar un servicio de terapia cuya duración no sobrepasara las diez sesiones (de ahí que se le denomine breve), buscando estrategias eficaces para modificar los factores que mantienen el problema que motiva la consulta.

Este modelo partía de la idea de que no era adecuado concebir a las personas o a las familias como si expresaran defectos en la organización familiar o como si tuvieran un déficit mental, sino que se tenía que concebir que las personas “persisten por inadvertencia en actividades que mantienen vivos los problemas, y a menudo lo hacen con las mejores intenciones” (Fisch, Weakland y Segal, 1984, p. 34). Esto quiere decir que no existían personas o familias enfermas, sino que los patrones de interacción que se daban en la familia intentaban resolver los problemas de la vida cotidiana, pero estos intentos de solución del problema a la vez provocaban el mantenimiento de los mismos, por lo que el terapeuta tenía que intervenir de modo diferente a estos intentos de solución. Es así como desarrollan toda una metodología de intervención que detallan en su famoso libro “La táctica del cambio”.

Representantes del modelo.

Este modelo fue elaborado principalmente por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick, Richard Fisch y Lynn Segal, en el ya mencionado MRI, ubicado en Palo Alto, California.

Postulados e ideas rectoras.

Como primer punto de sus ideas rectoras, Fisch, Weakland y Segal (1984) conciben a su modelo sólo como un sistema de creencias, opiniones que tratan de explicar a la realidad. Reconocen que tanto este como los demás modelos terapéuticos son simplemente "mapas" conceptuales que se usan para tratar de entender los problemas que se le plantean a los terapeutas en su práctica cotidiana. Por tal motivo, enfatizan que, en tanto herramienta, un mapa nunca debe confundirse con la realidad (el mapa no es el territorio), pues siempre será algo provisional y habrá que juzgarlo primordialmente por el resultado que dé. Pese a esto, aclaran, un buen mapa puede ser muy útil para arrojar luz sobre la disposición del terreno y así escoger uno de los caminos posibles para la solución de los problemas.

Con respecto a las familias, este modelo no busca patologías en ellas o en las personas, pues se enfatiza que los problemas no son producto de una situación individual, sino por un fenómeno social (interaccional). No busca criterios de normalidad, del "deber ser", sino que explica que no existen estándares de normalidad o funcionalidad, por lo cual la meta es directamente el cambio en la familia. Además, hace una distinción entre "paciente" (el o los miembros de la familia que presentan algún síntoma) y "cliente" (el o los miembros de la familia que están más preocupados y dispuestos a hacer algo).

Respecto a los problemas de la familia, este modelo explica que las personas y las familias en su constante devenir por la vida se enfrentan ante dificultades particulares, y responden ante éstas con diversos intentos de solución y muchas veces estas dificultades se convierten en problemas cuando se intentan resolver de manera equivocada, y después del fracaso, se aplica más de la misma solución ineficaz, lo que lleva al agravamiento y el consecuente mantenimiento del problema. De esta manera, el síntoma es mantenido por los intentos de solución, mientras que los intentos de solución son mantenidos por el síntoma. Esta aproximación propone que los problemas son creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades que se presentan en la vida (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Tal como se ve, en este modelo se hace una distinción entre dificultades y problemas: las dificultades son un estado de cosas indeseable que puede resolverse mediante algún acto de sentido común o bien, se refiere a una situación de la vida indeseable pero común para la que no existe solución conocida y a la cual se tiene que conllevar, por lo menos por un tiempo; mientras que los problemas son situaciones de crisis, callejones sin salida, al parecer insolubles, creadas y mantenidas al enfocar mal las dificultades y a los cuales ya no se les puede conllevar (Espinosa, 2004).

Watzlawick et al. (1976) mencionan que existen 3 maneras de enfocar mal las dificultades: cuando es preciso actuar pero no se emprende la acción, al emprender una acción cuando no se debería emprender y, cuando la acción es emprendida en un nivel equivocado.

Algunos de los intentos de solución más comunes que perpetúan el problema son: el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo, el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo, el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición (desacuerdos), el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación, y

la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Desde esta visión, la conducta se da en contexto y es ahí donde puede efectuarse un cambio. La terapia se plantea a corto plazo, es decir en un tiempo limitado, trabajando un sólo problema en cada contrato, centrándose en el aquí y ahora.

La labor del terapeuta será cambiar la interacción del sistema, considerando que es necesario asumir las distintas realidades familiares (creencias, mitos y opiniones); buscando que la familia redefina su realidad, partiendo de pequeños cambios que provoquen grandes cambios.

Técnicas o métodos de intervención.

Para empezar con este apartado, cabe reiterar que bajo este modelo se trabaja en una terapia breve de aproximadamente 10 sesiones, establecidas de manera semanal, basadas en estrategias para evitar que sigan vigentes los elementos mantenedores del problema. La terapia del MRI trabaja con todo el sistema familiar o con partes del mismo, recogiendo información en términos de conductas concretas sobre el síntoma y las soluciones que el paciente o cliente y su familia han puesto en marcha para resolverlo (soluciones intentadas).

En su libro "La táctica del cambio", Fisch, Weakland y Segal (1984) establecen los pasos secuenciados que se tienen que llevar a cabo dentro de su modelo, desde la primer sesión, los cuales son:

1. Establecer el problema del cliente. Se busca la definición clara de la dolencia que ha traído al cliente a consulta. Cuando la dolencia es vaga, el terapeuta debe aclararla antes de seguir avanzando.
2. Establecer la(s) solución (es) intentada (s) por el cliente. El problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, así que debemos observar las pretendidas soluciones (en especial las que se están llevando a cabo en el momento presente).
3. Decidir qué se debe evitar. Se evita el impulso principal de los esfuerzos realizados por el cliente y por otras personas para hacer frente al problema, esto es, no dar más de lo mismo que da la familia y que ha fracasado en que el problema desaparezca. Conocer aquello que se debe evitar sirve para suministrar una orientación básica para la formulación del impulso estratégico más apropiado en cada caso.
4. Formular un enfoque estratégico. Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose en 180° de dicha dirección (no es suficiente desplazarse a una posición supuestamente neutral). No hay posturas neutrales de utilidad pues éstas en realidad son una continuidad del impulso básico del cliente.

5. Formular tácticas concretas. Aquí se debe pensar en términos concretos qué se ha de recomendar o sugerir al cliente. Para ello hay que tener en cuenta: a) Cuál de las acciones será más eficaz para impedir la anterior solución intentada (cual se aparta más de su anterior actitud); b) Cuál acción llevaría el cliente a cabo con mayor facilidad (observar la oportunidad); c) Qué persona desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema y; d) Cuáles son las acciones centrales más implicadas en la conservación del problema.
6. Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender la tarea”. Después que el terapeuta ha formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de introducir a éste a aceptarla. Para ello, es importante tomar en cuenta la postura del paciente, ya que expresa su marco de referencia. Se utiliza el marco de referencia propio del cliente, pero se enmarca y redefine, formulando la sugerencia en otros términos (desde la postura del paciente).
7. Formular objetivos y evaluar el resultado. El objetivo general es la solución de la dolencia del cliente. Por ello, es importante considerar sobre qué base se elige el objetivo y qué tipo de datos se manejan para determinar el éxito, fracaso o avance en su logro. Entonces, al poder establecer con el cliente un objetivo claro, alcanzable, observable, podemos, tras las intervenciones y el reporte del cliente, evaluar el resultado, ya sea porque hubo una variación cualitativa de que el problema ha cambiado, que se cumplió el objetivo trazado o incluso cuando el cliente manifiesta que no ha habido cambios en su dolencia pero ya no considera al problema como un problema.

El modelo plantea dos tipos de intervenciones (medios de interrumpir las soluciones previamente ensayadas) para llevar a cabo el plan terapéutico anteriormente señalado: las intervenciones principales y las intervenciones generales.

- a) Intervenciones principales. Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Se busca que con la intervención, se interrumpan 5 tipos de soluciones intentadas comunes en las familias: 1) el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo, 2) el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo, 3) el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición (desacuerdos), 4) el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación y, 5) la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.
- b) Intervenciones generales. Se utilizan cuando el terapeuta quiere preparar el terreno para una intervención específica posterior. Tales intervenciones son: no apresurarse (“los pasos lentos son los más seguros”), indicar los peligros de una mejoría, hacer un cambio en la dirección de la terapia, y dar sugerencias de cómo empeorar el problema cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias.

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

Desarrollos actuales.

El MRI continúa en funciones, trabajando la forma ortodoxa del modelo (Espinosa, 2004): definir el problema, establecer la meta mínima a alcanzar y elaborar intervenciones. Otro autor, Jesús Tovar (Espinosa, 2004), ha propuesto un enfoque de integración de modelos, incluido el del MRI, e incorpora en su trabajo tanto las ideas y los procedimientos del modelo enfocado a soluciones como las surgidas de otros enfoques de corte narrativo.

Modelo de Soluciones

Origen y desarrollo.

El modelo de soluciones o también conocido como Terapia Breve Centrada en Soluciones es una nueva forma de plantearse y enfocar la terapia en donde la idea central gira alrededor de las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. Muchos investigadores influyeron para llegar a esta propuesta, tanto en el centro de Terapia Breve del MRI, de Palo Alto California como en el Brief Family Center en Milwaukee (Reséndiz, 2004). Cabe resaltar también las contribuciones obtenidas de la forma de trabajo del psiquiatra Milton Erickson.

Uno de los impulsores principales de la Terapia Breve Centrada en Soluciones es Steve de Shazer, quien junto con Insoo Kim Berg, ha desarrollado su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. Autores como O' Hanlon y Weiner-Davis posteriormente se integraron a este trabajo y han contribuido a la difusión de la nueva orientación centrada en las soluciones (Martínez, 2004).

Este modelo se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas, por lo que supone una visión innovadora respecto de los planteamientos psicoterapéuticos existentes antes de su aparición (Espinosa, 2004).

Representantes del modelo.

El grupo de Milwaukee, Wisconsin, en Estados Unidos, estaba encabezado por Steve De Shazer, y en él trabajaban también Marvin Weiner, Insoo Kim Berg, Elam Nunnally, Eve Lipchik y poco después se integran Wally Gingerich y Michele Weiner-Davis (Espinosa, 2004). También es importante mencionar dentro del modelo de soluciones a William Hudson O'Hanlon, Brian Cade y a Scott D. Miller.

Postulados e ideas rectoras.

Como ya se mencionó, este modelo parte de la idea guía de que los clientes no tienen problemas sino quejas y que cuentan con recursos y fuerzas para resolverlos, por lo cual, lo fundamental es centrarse en los recursos y no en el problema, ya que no es necesario saber mucho sobre éste, ni entender su función, para poder resolverla. En este sentido, el terapeuta trabaja identificando y ampliando el cambio, asumiendo que a veces las personas

se enfrascan en círculos viciosos que los mantienen viendo el problema y les impiden visualizar y usar los recursos que tienen (Pérez, 2004).

También se resalta el papel del lenguaje, ya que ofrece la posibilidad de reificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad, además de introducir cuestionamientos acerca de certezas inútiles para el cliente. Para esto, se usan preguntas que generen información acerca de los lados fuertes, de las capacidades y de los recursos con los que cuenta. Se recomienda que se use el propio lenguaje del cliente para propiciar un acercamiento empático y para que se sienta comprendido.

Dentro de este modelo también resulta importante establecer objetivos alcanzables y lo suficientemente concretos para poder identificar el logro, siendo el cliente quien determina los objetivos.

El concepto psicoanalítico de *resistencia* no es útil, sólo se trata de distintos modos de cooperación y el terapeuta deberá ser lo suficientemente hábil para identificarlos y dar una respuesta paralela al estilo que el cliente maneja (Pérez, 2004).

Las sesiones terapéuticas guiadas por el enfoque de soluciones son conversaciones centradas en lo que ha ido bien o en lo que puede mejorar, más que aplicación de técnicas para modificar el problema. Desde la primera sesión se exploran y amplían los cambios que hubo a partir de la entrevista telefónica. Durante el proceso terapéutico se buscará alterar la forma de ver y la manera de actuar del cliente ante su problema intentando cambiarlos así como evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden ser aplicadas a esa situación (Pérez, 2004).

Este modelo postula que el cambio en los pacientes podría presentarse en pocas sesiones, no más de diez, aunque es variable. Los terapeutas que manejan este enfoque creen en la capacidad de sus clientes, así como en la necesidad que tienen de superar sus problemas. El cambio se llevará a cabo a través de pequeñas modificaciones en la excepción de la conducta rígida de los clientes, rompiendo los círculos viciosos en que se encuentran (Martínez, 2004). El terapeuta buscará las posibilidades y no las limitaciones de sus pacientes.

Dentro de este modelo, existen muchas maneras de enfocar una situación, pero ninguna es más correcta que otra, pues no se concibe que exista una única o última concepción de la realidad. Por tal motivo, tampoco se acepta la existencia de un modelo de familia normal sino que se acepta cualquier tipo de estructura.

A las personas o familias que acuden a terapia, se les considera como clientes, y se trabaja con aquellos que están motivados para acudir y realizar cambios o con cualquiera que se sienta preocupado por el problema. Se puede empezar el trabajo con una persona y el proceso puede hacer que posteriormente se incluyan otros miembros o la familia completa, o bien lo contrario, que se empiece con la familia completa y luego descomponerla en grupos más pequeños -subsistemas- (Espinosa, 2004).

Resumiendo, los postulados principales se remontan a que: los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas; el cambio es constante, por lo cual la mejoría es inevitable; el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio; habitualmente no

es necesario saber mucho sobre la queja o conocer su causa o función para resolverla; sólo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema que puede producir un cambio en otra parte del sistema, como una bola de nieve; son los clientes quienes definen los objetivos; el cambio o la resolución de la queja pueden ser rápidos (no se requieren de años para lograr un cambio profundo); no hay una única forma “correcta” de ver las cosas, pues diferentes puntos de vista pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos y; hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Técnicas o métodos de intervención.

Este enfoque se centra en favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual, durante la entrevista, emplean el menor tiempo posible para conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean (Pérez, 2004). El énfasis se centra en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los consultantes, esto es, cuáles son las excepciones al problema. De esta manera, se altera el sistema de creencias que impide percibir cambios en la situación sintomática. El terapeuta, al orientar al cliente a las excepciones o soluciones eficaces que ya ha venido elaborando él mismo, esto es, enfocándolo en los recursos con los que ya cuenta, le permite reconocer y poner en práctica esas diferencias que suelen pasar inadvertidas para el sujeto. De esta manera, se pueden definir de manera concreta los objetivos que se buscan dentro de la terapia y los indicadores que notarán en el momento en que los hayan alcanzado. Se fomenta la solución del problema mediante un cambio mínimo en la queja, cambio mínimo que actuará como bola de nieve, generalizándose y ampliándose en sus logros. El terapeuta debe ser cuidadoso con el lenguaje para colocar el problema en el pasado y, cualquiera que sea este, hay que normalizarlo y despatologizarlo.

Las técnicas de intervención para lograr lo anterior son: redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, tareas paradójicas, rituales, intervenciones sobre la secuencia sintomática, intervenciones sobre el patrón del contexto, elogios y tareas de fórmula (Reséndiz, 2004). De manera particular, han enfatizado en el tipo de pregunta que se hace para lograr la identificación de las excepciones. Dentro de este tipo de preguntas están la pregunta del milagro, las preguntas por excepciones y las preguntas de escala.

Preguntas del milagro, de las excepciones y de escala.

Tanto De Shazer (1999, cit. en Martínez, 2004) como sus colegas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990) dan a sus clientes las mismas indicaciones llamadas “fórmulas para la tarea” o también conocida como “la tarea de la primer sesión”. Encontraron que una tarea o prescripción invariante tenía efectos notables en el cliente, independientemente de la naturaleza de la queja presentada. También encontraron que el cambio de perspectiva parece crear una mejor y positiva imagen que se refleja en una conducta más exitosa para enfrentar el mundo exterior. Como resultado de esta “fórmula para la tarea” De Shazer y su equipo llegaron a la conclusión de que el proceso para iniciar el cambio se podrá dar sin

conocer el origen del problema de la familia ni la personalidad de cada uno de ellos (Martínez, 2004). La instrucción general de la tarea de la primer sesión es:

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo (describirmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (elijase, una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo” (de Shazer, 1985, cit. en O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990; p. 34).

La pregunta básica del milagro se plantea de la forma siguiente “supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y tu problema se resolviera ¿cómo te darías cuenta?, ¿Qué sería diferente?” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990; p. 35). Este tipo de pregunta tiene el propósito de activar el proceso para resolver los problemas en las personas dándoles una visión más clara de sus objetivos y permitiéndole reflexionar sobre un futuro posible sin el problema, un futuro que puede suceder, un futuro que tal vez ya esté en marcha. Además, esta pregunta le da al terapeuta directrices e información concreta para ayudar al cliente a encaminarse directamente hacia ese futuro deseado.

La pregunta de la excepción lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, centrándolos en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrían. Con esta ampliación de las excepciones, puede que los clientes descubran soluciones que habían olvidado o pasado por alto, o también dan claves para que el terapeuta construya soluciones futuras (O’ Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Ejemplos de este tipo de preguntas son: ¿qué es diferente en los momentos en que se llevan bien?, ¿Qué es lo que él o ella hacen o hicieron diferente?

Pese a que en este modelo se insiste en la búsqueda de excepciones, O’Hanlon y Weiner-Davis (1990) señalan que puede ocurrirle al cliente que, pese al esfuerzo del terapeuta, sea incapaz de describir soluciones eficaces, ni contestar las preguntas a futuro en donde no exista el problema; en tal caso sugieren adoptar el enfoque del MRI orientado a hacer preguntas sobre el problema (definir el problema, qué sucede, quién está presente, cuál es el patrón de interacción, etc.) y también a adoptar una actitud pesimista si la optimista no ha resultado. El terapeuta retomará la orientación centrada en las soluciones eficaces en cuanto el sujeto le brinde el menor indicio de excepciones.

La terapia termina cuando se cumplen las metas establecidas o el cliente decide dejar de asistir. En ambos casos se pregunta por las estrategias utilizadas con éxito para solucionar el problema y como puede seguir aplicándolas en el futuro (Cade y O’Hanlon, 1995).

Lo importante es devolver a la persona una imagen de competencia, basada en estrategias o recursos para hacer cosas satisfactorias y saber resolver los problemas que se presentan en su transcurrir vital. Saber que es competente en determinadas áreas, aunque no estén directamente enlazadas con el problema, también puede favorecer una expectativa generalizada de control interno para resolver con éxito las dificultades con las que ha de enfrentarse (Ochoa, 1995, cit en Reséndiz, 2004).

Un esquema de trabajo en soluciones.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) elaboran un esquema de trabajo particular para el modelo de soluciones que se lleva a cabo desde la primer sesión y que consta de nueve pasos:

1. Unión.

Es la etapa social, el rapport. El objetivo es mostrar interés genuino por la familia y ayudarles a que se sientan cómodos. La cantidad de tiempo dedicada a esta fase depende de la rapidez con la que los clientes parezcan "soltarse".

2. Breve descripción del problema.

Se empieza con una pregunta sencilla: "¿Qué te trae por aquí?". Se busca obtener una breve descripción del problema.

3. Excepciones al problema.

Se elaboran preguntas sobre las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fortalezas y recursos de las personas.

Se puede obtener esta información a través de preguntas tales como:

- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que ____ (p.e. se llevan bien)? Si no perciben diferencias, preguntar ¿Cuándo es menos grave, frecuente, intenso o de menor duración?
- ¿Cómo conseguiste que sucediera?
- ¿De qué manera el que ____ (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?
- ¿Quién más advirtió que ____ (p.e. bajaste 5 Kg.)?, ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?
- ¿Cómo conseguiste que dejara de ____ (p.e. tener berrinches)?, ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea?
- ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace ____ (una semana, un mes, etc.)?
- ¿Qué haces para divertirte?, ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?
- ¿Haz tenido alguna vez esta dificultad?, ¿Cómo la resolviste entonces?, ¿Qué tendrías que hacer para que eso volviera a suceder?

4. Normalizar y despatologizar.

Aquí se intenta considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo patológico. Esto los alivia, pues se les hace ver que tal vez las cosas no son tan malas como parecen. Se puede hacer de las siguientes maneras:

- Cambiando de tema, a manera de restarle importancia.
- Mencionar el problema como algo habitual en situaciones de estrés (p.e. eyacular precozmente es normal ante chicas atractivas).
- Mencionar que el terapeuta vivió algo similar.
- Terminar las frases del paciente con algo esperable ("No me lo digas, cuanto más tratas de no pensar en ello, piensas más").
- Distinguir entre el problema formulado y una explicación normalizada del mismo (¿cómo distingues entre la depresión y los cambios de humor de los adolescentes?).

- Elogios normalizadores (tomando en cuenta los cambios que estás viviendo, me sorprende que lo estés llevando tan bien).

5. Definición de objetivos.

Aquí se busca que el cliente elabore objetivos concretos y alcanzables: la primer señal de que se está dando el cambio. Que sean evidenciables de manera conductual, observable, en lo que las personas hacen o dicen.

6. Pausa (trabajo en equipo).

Se hace la pausa para recabar los mensajes del equipo terapéutico o para reflexionar consigo mismo sobre los posibles mensajes que se le pueden dar al cliente; se hace un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, se elabora una prescripción o tarea.

7. Elogios.

Se regresa a la sesión y se dan cuatro o cinco elogios o connotaciones positivas, se observan las reacciones familiares, reduciendo la interacción al mínimo. Sólo se anima a los clientes a contestar si lo que quieren decir amplía los aspectos positivos que se están comentando.

8. Intervención.

Se da la prescripción o tarea que intenta modificar el patrón de la queja o del contexto en que ésta se da. Lo anterior se puede lograr de múltiples maneras:

- Intervención sobre el patrón de la queja.
 - o Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.
 - o Cambiar el horario de ejecución de la queja.
 - o Cambiar la duración de la queja.
 - o Cambiar el lugar en que se produce la queja.
 - o Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja.
 - o Cambiar la secuencia de elementos /eventos en el patrón de la queja.
 - o Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.
 - o Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.
- Intervención sobre el patrón del contexto.

Modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. Pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente. P.e. a una chica bulímica que no se arregla cuando vomita, pedirle que cuando quiera vomitar, primero se arregle.

9. Concertar otra entrevista.

En caso de ser necesario, se estipulan citas subsecuentes para lograr los objetivos propuestos.

Desarrollos actuales.

El modelo de soluciones enriqueció el campo dentro del trabajo terapéutico con sus ideas sobre la relación entre terapeuta, cliente y equipo terapéutico, reconociendo en esto la expertez de los clientes, a partir de los cuales se han derivado otros trabajos que incorporan sus métodos. Por ejemplo, Matthew Selekman, aplica de manera específica el modelo a adolescentes con problemas, además de integrar conceptos derivados de la narrativa y del enfoque colaborativo (Espinosa, 2004).

Por otro lado, William Hudson O'Hanlon (Bill O'Hanlon), ha movido su forma de trabajo de la terapia ericksoniana, a la orientada a soluciones, para finalmente desarrollar una "terapia de posibilidades". O'Hanlon, dentro de este modelo, rescata la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente, incluyendo lo espiritual, y cuyas funciones serían: a) validar a la persona y a sus experiencias, b) cambiar el hacer del problema y c) cambiar el ver del problema (Espinosa, 2004). O'Hanlon habla de una realidad co creada por terapeuta y cliente, y de que en la terapia surgen conversaciones centradas en la cooperación, en la búsqueda de cambios y diferencias, de aptitudes y capacidades, de objetivos y resultados, en las posibilidades y en la responsabilidad personal, lo cual lo denota como un terapeuta constructorista social interactivo (Espinosa, 2004).

Modelo de Milán

Origen y desarrollo.

La psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, Mara Selvini Palazzoli, fundó en 1967 el Instituto de la Familia en Milán, Italia, y formó un equipo integrado por: Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Julianna Prata. El equipo trabajó primero siguiendo el enfoque del Modelo de Terapia Breve del MRI. En 1972 invita como consultor a Watzlawick para asesorar al equipo sobre cómo trabajar con la familia como sistema. Más adelante, el equipo decide revisar directamente los trabajos de Gregory Bateson, de lo cual emerge un modelo conceptual y metodológicamente consistente con la epistemología circular (Reséndiz, 2004). La circularidad fue la guía de las intervenciones y la neutralidad la postura terapéutica básica (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

La metodología terapéutica que llevaban a cabo incluía una ficha con información sobre la familia que se llenaba vía telefónica cuando se concertaba la sesión; además, introdujeron como parte del trabajo terapéutico, una habitación con un espejo unidireccional, atrás del cual un equipo observaba y escuchaba la sesión. Dos terapeutas (de diferente sexo) conducían la sesión y los restantes dos observaban. Propusieron un método para llevar a cabo la sesión que en adelante se extendería de manera más o menos generalizada a las otras escuelas de terapia familiar: a) La presesión, b) la sesión, c) la intersesión, d) la intervención y, e) la postsesión (Selvini et. al., 1986).

En 1980 el equipo se dividió: Selvini y Prata empezaron a trabajar con la prescripción invariable, una intervención que se adapta a todo tipo de familias con miembros esquizofrénicos; mientras que Boscolo y Cecchin se centran en la necesidad de crear hipótesis que sean específicas a cada familia y que deben estar en constante cambio, conforme el sistema familiar va cambiando. Más adelante, Prata se separó de Selvini quien, con otro equipo, continuó trabajando con la idea de crear una teoría general del "juego

psicótico” en el que ha incluido a familias de personas con anorexia (Ochoa de Alda, 1995; cit en Pérez, 2004).

Representantes del modelo.

Como ya se mencionó previamente, los fundadores y principales representantes del modelo de Milán, cuyo nombre se da por la ciudad donde realizaron su trabajo y fundaron su instituto, son Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulianna Prata.

Cabe incluir dentro de este modelo a autores que posteriormente influyeron de manera importante en este modelo, tal como Lynn Hoffman (en su periodo de 1981 a 1985), Karl Tomm, Peggy Papp, Peggy Penn y Joel Bergman.

Postulados e ideas rectoras.

Inicialmente, el equipo de Milán manejaba tres premisas con relación a los sistemas familiares con los que trabajaban (Rodríguez, 2004):

- La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se auto corrige a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación entre sus miembros.
- Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicacional.
- Las familias que manifiestan conductas etiquetadas como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta a ellas mantienen esas reglas.

Después de haber recibido la influencia de la escuela del MRI, deciden leer directamente a Bateson e Influidos por sus ideas, modifican su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes, en donde el foco de interés ya no está únicamente en el nivel de acción (patrones conductuales), sino también en el nivel del significado o creencias (Reséndiz, 2004).

Los objetivos de la evaluación de las familias que llegaban a terapia eran determinar el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia dentro de los cuales aparece el sintoma y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional.

Hipótesis, neutralidad y circularidad.

La entrevista del equipo de Milán se rige por 3 principios (Selvini et al., 1986; Rodríguez, 2004)

- Hipótesis. Son explicaciones tentativas sobre el funcionamiento familiar que el equipo terapéutico elabora con el propósito de seleccionar y ordenar dentro de un marco de referencia la recogida de información durante la sesión. Las preguntas que

se hacen en la sesión deben ser guiadas por una hipótesis. Esta suposición se conforma tanto con la comunicación verbal como con la no verbal.

- Neutralidad. Es la actitud de respecto, aceptación, curiosidad e incluso admiración que muestra el terapeuta hacia todos los miembros de la familia, a sus creencias, valores y opiniones. Es una maniobra técnica que le permite alcanzar el mismo grado de proximidad y distancia con todos, e impide ser arrastrado hacia el juego familiar (Reséndiz, 2004). Con esta neutralidad, el terapeuta no juzga ni critica. De ninguna manera esto tiene que ver con frialdad o falta de involucramiento del terapeuta, sino más bien, como señala Cecchin (1989, cit. en Rodríguez, 2004), con un estado de curiosidad permanente por conocer al sistema familiar tal cual es.
- Circularidad. Es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio en la familia. Con el cuestionamiento circular se confirma o rechaza la hipótesis planteada. La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo según pautas particulares. Las preguntas circulares definen y aclaran las ideas confusas y conductas cuestionables de la familia, además de reintroducirle información en forma de nuevas preguntas. De esta forma, el sistema familia-equipo terapéutico crean conjuntamente, por medio del lenguaje, sentidos múltiples que dan lugar a considerar un mayor número de alternativas en vez de reducir las (Selvini et al., 1986, cit. en Reséndiz, 2004).

Aunque muchas de sus concepciones han cambiado, los integrantes del equipo de Milán se han caracterizado por su trabajo con familias con miembros esquizofrénicos y han planteado que el problema es la manera en que los miembros de la familia “juegan”, ya que todos los miembros participan en “juegos familiares” no reconocidos por ellos pero que en su uso, buscan el control recíproco (Pérez, 2004). El equipo de Milán notó que las familias con transacciones esquizofrénicas que veían, evitaban definir la relación y la rechazaban cuando ésta se llegaba a dar; además, mantenían una simetría exacerbada y encubierta que nunca llegaba a terminar, utilizando paradojas comunicacionales al saltar de una clase lógica a un miembro de la clase, como si se trataran de la misma cosa. Estas familias eran homeostáticas pues buscaban mantenerse tal cual, y los cambios tenían la función de mantener dicha homeostasis. Es por ello que, al llegar a terapia, trataban de meter al equipo terapéutico en la paradoja de “cámbienme sin que me cambien”. Es entonces como el equipo de Milán utilizaba contraparadojas con el objetivo de evitar caer en esta paradoja sin salida y así, fomentar la introducción de información que moviera a la familia a un cambio para cambiar. La tarea del terapeuta es hacer manifiestos estos juegos, interrumpirlos y reemplazarlos por otros más funcionales para todos los miembros de la familia. Para conseguir esto, en todo momento se elaboraban hipótesis donde se conectaba al síntoma con el sistema y eran la guía para el proceso continuo de evaluación y aplicación de técnicas (Pérez, 2004).

Para conseguir información del sistema familiar, el equipo de Milán emplea distintos tipos de preguntas, basadas siempre en la noción de circularidad: preguntas triádicas, sobre alianzas, para clasificar, explicativas y preguntas hipotéticas que están dirigidas a comprender diferencias tanto en la percepción de los vínculos, como en pasado, presente y futuro de las relaciones.

De las aportaciones de la obra *Pragmática de la Comunicación Humana* de Watzlawick, Beavin y Jackson y de la visita al MRI, de Palo Alto, el grupo de Milán adoptó el concepto de que la familia es un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis, donde el uso de la contraparadoja fue el instrumento más representativo de este grupo (Selvini et. al. 1988, cit. en Martínez, 2004).

Etapas de la sesión de trabajo.

Como ya se mencionó, el equipo de Milán tenía una forma de trabajo particular y que tuvo gran impacto en la forma de trabajo de la terapia familiar en general. Cada sesión de trabajo se dividía en cinco pasos, que son los siguientes (Tomm, 1984):

- **Presesión.** El equipo revisa la información obtenida de la familia antes de que se presente. Esta información se pudo haber obtenido de la llamada telefónica para concertar la cita, de su ficha o solicitud, del esbozo de conocimientos que el equipo tiene sobre familias con un tipo de problema en particular, etc. En la discusión de la presección de sesiones subsecuentes se revisan los eventos de la última sesión y cualquier contacto provisional. Finalmente, se desarrollan las hipótesis que guiarán el trabajo de la sesión.
- **Sesión.** También llamada entrevista principal, se dirige casi exclusivamente a hacer preguntas, que van de lo general a lo específico. El terapeuta se mueve rápidamente de persona a persona con sus preguntas. La interacción espontánea entre los miembros familiares se observa cuidadosamente pero no se fomenta. Aquí el terapeuta trata de no ofrecer opiniones y cuando interviene, lo hace a manera de preguntas. De ser necesario, el equipo terapéutico puede interrumpir la sesión para realizar alguna pregunta que le llame la atención.
- **Intersesión.** También conocida como discusión de la sesión. Él o los terapeutas salían de la sesión para reunirse con su equipo terapéutico y discutir para decidir cómo terminarían la sesión. Se rechazaba, confirmaba o elaboraba una nueva hipótesis sistémica y se creaba a partir de ella una intervención.
- **Intervención o conclusión de la sesión.** En esta parte los terapeutas regresaban con la familia para dar el mensaje final, que podía ser un breve comentario o una prescripción. El mensaje breve dado era cuidadosamente escogido y redactado para que tuviera mayor impacto. Tras dar el mensaje se evitaba cualquier tipo de comentario o interacción para que no se disipara el efecto del mensaje o prescripción.
- **Postsesión.** Los terapeutas y el equipo discuten sobre las reacciones inmediatas de la familia a la intervención y a las respuestas de unos y otros. Se debate la retroalimentación verbal y no verbal de la familia al mensaje para modificar o aceptar la hipótesis inicial y reflexionar sobre los posibles efectos de la intervención. De este debate se elabora un acta de la sesión, que contenía un resumen de lo ocurrido.

Para llevar a cabo de manera adecuada estas etapas de trabajo, es de suma importancia dedicarle el tiempo suficiente a cada familia, pues tan sólo la discusión de la postsesión podría abarcar hasta tres o cuatro horas (G. Cecchin, comunicación personal, 31 de Octubre, 2003), por lo cual, resulta evidente que se requiere de un tiempo mucho mayor a una hora para planear y llevar a cabo de manera satisfactoria las sesiones de trabajo.

Técnicas o métodos de intervención.

Inicialmente, el equipo de Milán trabajaba con familias en un encuadre de 10 sesiones espaciadas entre sí por periodos de cerca de un mes. La decisión de elegir el número reducido de 10 sesiones estaba inspirada en la convicción de que el éxito con estas familias se debía lograr rápidamente. Al comienzo se usaba la práctica de la sesión semanal y fue casualmente gracias a que algunas familias tenían que realizar largos viajes, que se efectuaron entrevistas más distanciadas y así se descubrió que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces dado que tenían más tiempo para que la información que se introducía en la sesión ejerciera mayor impacto o influencia. Se definió entonces este trabajo como terapia breve larga, ya que eran pocas sesiones distanciadas por periodos relativamente largos (Selvini et al., 1994, cit. en Reséndiz, 2004).

En cuanto a las intervenciones, las dividían en dos tipos principales: las intervenciones de encuadre y los rituales (Tomm, 1984):

- **Encuadre.** En el encuadre se daban afirmaciones o explicaciones resumidas que diferían de las creencias predominantes de la familia, en donde aquellas conductas que han sido definidas como problemáticas por la familia eran redefinidas como neutrales o positivas por el terapeuta (connotación positiva).
- **Rituales.** Aquí el terapeuta esbozaba una labor específica que el equipo había planeado para que la familia llevara a cabo. La labor era cuidadosamente descrita con detalles de quién hará qué, dónde, cuándo y en qué secuencia. El ritual no estaba hecho para volverse parte del patrón usual de actividad diaria de la familia, ni siquiera necesitaba llevarse a cabo al pie de la letra para tener un efecto terapéutico, pues el fracaso de la familia para cumplirlo se tomaba sólo como información sobre el sistema y no era usada como una base para confrontar a la familia sobre su desobediencia. En general, los rituales tienen el propósito de introducir mayor claridad donde parece haber demasiada confusión.

De técnicas particulares de intervención, Reséndiz (2004) menciona a las connotaciones positivas (se buscaban intenciones positivas en la familia), metáforas, prescripciones paradójicas y prescripciones ritualizadas (en donde se prescribe una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal) y que, para uno de los últimos periodos de trabajo del equipo de Milán, la entrevista circular fungió como principal método de intervención, en donde lo importante era el tipo de preguntas que se realizaban, pues éstas tenían el potencial de generar nueva información que modificara las creencias familiares y, por ende, las interacciones familiares.

Cabe señalar que el equipo de Milán también se interesó en la introducción de una prescripción invariante en la primer sesión (Selvini et al., 1986), y la cual Selvini y Prata

siguieron investigando, tras su separación de Boscolo y Cecchin (Tomm, 1984). Esta prescripción invariante se refería a una misma tarea que se les dejaba a la mayoría de las familias que veían y que a la siguiente sesión, al revisarla, permitía obtener información sobre la disponibilidad y motivación de la familia con respecto a un eventual tratamiento, delimitar un campo de observación- objetivo, estructurar la sesión subsiguiente y constituir un contexto terapéutico.

Desarrollos actuales.

El equipo de Milán y el modelo que han desarrollado ha sido uno de los que más ha cambiado y evolucionado dentro del marco de la terapia familiar. En este sentido es necesario arrojar luz sobre las diferentes etapas por las que ha transcurrido y las diferentes metodologías que han empleado en cada una de ellas. Tomm (1984) divide la evolución del grupo de Milán en cuatro etapas:

1. Intervenciones psicoanalíticas. Inicia en 1967, cuando Selvini y Boscolo se reúnen en Milán para trabajar con parejas y familias. Su marco teórico de tratamiento era predominantemente psicoanalítico.
2. Desarrollo de modelo propio. Basados en los escritos e influencia del grupo de MRI, en especial de Watzlawick, desarrollan un modelo propio en donde conciben a los sistemas familiares como sistemas homeostáticos y en constante transformación. Aquí resaltan sus tratamientos basados en la paradoja y contraparadoja, las connotaciones positivas y los rituales.
3. Sistemas evolutivos. Aquí leen directamente a Bateson, lo cual cambia su forma de concebir a las familias, ya no percibiéndolas como sistemas que se estancan en una homeostasis, sino como sistemas en constante evolución. Se mantienen las intervenciones con reencuadres o rituales pero empieza a darse el giro a que lo más importante es el cuestionamiento circular que se le hace a la familia y que permitirá introducir los cambios en las creencias o conductas. Se hace toda un análisis de los tipos de preguntas que se pueden hacer: preguntas de definición del problema, preguntas acerca de la secuencia de interacción, preguntas de comparación / clasificación y preguntas de intervención (Nelson, Fleuridas y Rosenthal, 1986).
4. Separación del equipo. Aquí el equipo se divide. Selvini y Prata enfatizan su trabajo en la investigación y enfatizan sus estudios con la prescripción invariante. Se asocian con nuevos colaboradores: Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y el hijo de Mara, Mateo. En su trabajo, Selvini buscaba conocer en la evaluación, el juego familiar, siendo este desadaptativo en los sistemas que presentan una patología, ya que los roles y funciones no responden al ciclo evolutivo que enfrentan. Las diversas técnicas de intervención que elaboraron se dirigían a alterar el juego; a cambiar las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas.

Por su lado, Boscolo y Cecchin se dedicaron principalmente a elaborar nuevos métodos de entrenamiento a terapeutas. Han incorporado la perspectiva del tiempo subjetivo y la diversidad de cada individuo, además de considerar la riqueza de tomar de cada modelo lo que es útil y que facilita la flexibilidad del terapeuta y lo enriquece

(Rodríguez, 2004). Goldenberg y Goldenberg (2000) le han llamado al trabajo de Boscolo y Cecchin como Post Milán, pues han pasado de las técnicas de entrevista estratégica al desarrollo de una intervención terapéutica colaborativa.

En 1999 Palazzoli murió y su hijo Mateo ha continuado con su trabajo. Por su parte, Boscolo y Cecchin, quien muere en 2004, continuaron enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adaptaran a cada familia, cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Se interesaron en el proceso de preguntar y en el constructivismo, luego en el construccionismo social, centrándose en la cibernética de segundo orden y la construcción de realidades (Boscolo, 1987, cit. en Reséndiz, 2004).

Boscolo y Cecchin decidieron cultivar la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, que además contribuye a falsear o confirmar la hipótesis que elaboran para cada familia. El terapeuta se volvió un perturbador del sistema a través de las preguntas generadoras de nueva información más que un estratega que cambiaba las estructuras y las interacciones; entonces las preguntas se volvieron poderosas y las familias podían cambiar algunas cosas por ellas mismas (Reséndiz, 2004).

Boscolo y Cecchin han cambiado sus concepciones acerca de la neutralidad y las hipótesis, pues consideran que en vez de neutralidad, la curiosidad es un término que mejor se adapta a lo que buscan en las familias, bajo este nuevo marco construccionista social, además, de que, al ser irreverentes con las propias ideas del terapeuta (Cecchin, Lane y Ray, 2002), buscan que en la sesión ya no haya sólo una hipótesis, una sola idea rectora del camino del cuestionamiento, sino que se elaboren una multiplicidad de hipótesis, y que estas puedan ser contrastadas con la realidad que trae el cliente. Insisten en que hay que estar pendientes de los prejuicios del terapeuta; se ha incrementado su interés por las metáforas narrativas y conversacionales en su trabajo (Boscolo y Bertrando, 2000, cit. en Reséndiz, 2004; Cecchin, 1996; Cecchin, comunicación personal, 31 de Octubre 2003) y, finalmente, la duración y espaciamiento de la terapia la han cambiado, pues es la familia y la persona quien dicta su propio tiempo, con lo que no estipulan un tiempo total de tratamiento, sino que proponen que los cambios se dan desde la primer sesión sin estar vinculados a ningún programa o pasos establecidos con antelación, por lo cual cada sesión se concibe como la primera (Boscolo y Cecchin, 1996, cit. en Rodríguez, 2004).

Modelo Narrativo

Origen y desarrollo.

Michael White en Adelaide, Australia y David Epston en Auckland, Nueva Zelanda han sido quienes han desarrollado el enfoque narrativo, que ha tenido una gran influencia dentro del mundo de la terapia familiar. Inicialmente, Michael White estaba interesado en darle un enfoque a su trabajo terapéutico desde la cibernética, apoyándose también en las ideas de Gregory Bateson y de la terapia familiar. Al entrar en contacto con Epston, ambos se dieron cuenta que tenían un estilo similar de trabajo, en el cual otras metáforas o ideas respecto a la terapia tenían mayor peso y que dichas ideas estaban relacionadas con el construccionismo social, el posmodernismo y la metáfora de poder y conocimiento propuestas por Michael Foucault (White y Epston, 1993).

En este enfoque, se atribuye que los problemas se perciben o crean por el significado que los miembros atribuyen a los hechos y este significado es lo que determina el comportamiento de los miembros familiares. Es por ello que se enfatiza en conocer cómo es que las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen, inadvertidamente, a la supervivencia del problema (White y Epston, 1993). Para lograr tal conocimiento, White y Epston han propuesto el método conocido como "la externalización del problema", método que funciona como un mecanismo para ayudar a los miembros familiares a apartar las descripciones de la vida familiar y de sus relaciones saturadas por el problema de aquellas descripciones de la vida familiar y de sus relaciones en las que el problema no los satura.

La Terapia Narrativa es una aproximación a la psicoterapia y el trabajo comunitario, que se centra en las personas como expertas en sus propias vidas y que pueden ver sus problemas separados de ellas. La Terapia Narrativa asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, creencias, valores, capacidades y recursos que los pueden ayudar a reducir la influencia de los problemas en su vida personal. La palabra "narrativa" hace referencia al énfasis que se pone en las historias de las vidas de las personas y las diferencias que se pueden lograr a través de formas particulares de relatar y volver a crear dichas historias. La Terapia Narrativa incluye formas de comprender las historias de las vidas y la forma de recrearlas en un trabajo colaborativo entre el terapeuta o trabajador comunitario y el consultante o cliente. Es una forma de trabajo que se interesa en la historia, el contexto circundante que está afectando la vida de las personas y la ética o política de la terapia.

Representantes del modelo.

Como se mencionó con antelación, los principales representantes de este modelo son Michael White y David Epston. Cabe mencionar como representante también a Cheryl White, esposa del primero, a Gene Combs y Jill Freedman.

Postulados e ideas rectoras.

Con la influencia de Michael Foucault, Michael White cambió su idea rectora de la metáfora cibernética y de las ideas de Bateson a la metáfora del texto (metáfora narrativa) y construyó un modelo destinado a librar a la gente de la opresión de sus problemas. Desde esta perspectiva, para conocer más a fondo la situación familiar, se explora el efecto que el problema tiene en la familia, tanto en los miembros individuales como en las relaciones que tienen entre sí. Por otro lado, también se explora los momentos en que el problema no domina la vida familiar (como en el enfoque centrado en soluciones), e investigando el efecto que la gente tiene en la vida del problema, esto es, identificando en qué momentos y en qué relaciones el problema no se presenta.

En este enfoque no importa tanto saber las causas o etiología de los problemas, sino la forma en cómo evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo. Su creencia es que la gente con problemas frecuentemente desarrolla la descripción saturada del problema en sus vidas. Los eventos negativos en sus vidas y los aspectos negativos de su

personalidad están en un primer plano, creando un sentimiento de impotencia y consecuentemente volviéndose una víctima fácil del problema. Debido a que los miembros de la familia tratan y fracasan solucionando sus problemas entonces la historia de fracasos viene a dominar a la familia.

La terapia ayuda a la gente a localizar, generar y traer historias alternativas que ofrecen un distinto sentido a los pacientes sobre ellos mismos y una distinta relación con los problemas. Busca que una nueva y mejor historia pueda emerger. La nueva historia ilumina a la persona o a la familia al mediar entre pasado, presente y futuro a través del curso de sus vidas y sus problemas. La gente esta a cargo de los problemas y no al revés.

La analogía del texto.

Dentro de este enfoque, se concibe que “si bien una manifestación del comportamiento se produce en el tiempo, de modo tal que cuando se le presta atención ya no se está dando, el significado que se adscribe a ese comportamiento se prolonga en el tiempo” (White y Epston, 1993, p. 27). Esto significa que los seres humanos hacemos descripciones de las personas de manera similar a cuando leemos un texto y le damos un significado particular a esa lectura y que con cada nueva lectura se rehace una nueva interpretación. Los investigadores que adoptaron la analogía del texto manifestaban que para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debía ser relatada y así determinar el significado que se le atribuiría a dicha experiencia y que, el precio a pagar por ello, era que la narración jamás poseerá la riqueza de la experiencia vivida, por lo que surgirán “relatos dominantes” que interpretarán una sola visión, una sola lectura temporal de ese texto o momento de la vida de las personas.

Dado que cada relato es limitado, los relatos están llenos de lagunas que las personas deben llenar y rellenar para que sea posible representarlos. Estas lagunas ponen en marcha la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión, las personas rescriben sus vidas (White y Epston, 1993).

Desde la narrativa, se adopta el supuesto general de que las personas experimentan problemas para los que a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones dentro de las que relatan su experiencia no representan de manera suficiente su experiencia y que, desde esas circunstancias, también existirán aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan estas narraciones dominantes. Un resultado aceptable para quien acude a terapia sería entonces la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con finales abiertos.

Poder y conocimiento.

Foucault es quien detalla la influencia mutua que tienen el poder y el conocimiento, llegando a la conclusión de que son inseparables, pues un dominio de conocimiento es un dominio de poder y un dominio de poder es un dominio de conocimiento. Explica que en las sociedades existen ideas construidas (esto es, una sola narración de un texto en

particular, de un tema en particular) a las que se les asigna un status de verdad única y que estas verdades son “normalizadoras” en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas y a que participen en actividades que apoyen la proliferación de conocimientos “globales” y “unitarios” así como también a las técnicas de poder para mantener dichos conocimientos.

De esta manera, todos estamos presos en una red de poder /conocimiento que nos imposibilita actuar fuera de este dominio, pues esta red de poder mantiene subyugados a los demás conocimientos, tachándolos de conocimientos no científicos, ilógicos, contrarios a la verdad normalizadora. Pese a ello, estos conocimientos sobreviven en los márgenes de la sociedad y en su momento, pueden tener una oportunidad de salir a la luz para competir con ese conocimiento dominante y, tal vez, también erigirse en conocimiento dominante.

Dentro de la terapia narrativa se busca que las personas identifiquen los conocimientos unitarios y los discursos de “verdad” que las están sometiendo, para luego liberarse de ellos al fomentar la resurrección de los conocimientos subyugados, de las historias alternativas, de los acontecimientos extraordinarios en donde la persona se relate sin la presencia de sus problemas o en donde hayan podido dominarlos y que no habían podido verlo debido a la opresión y dominio de estas verdades dominantes.

Técnicas o métodos de intervención.

Pérez (2004) esquematiza de manera práctica las estrategias generales que se usan dentro del proceso terapéutico de la narrativa:

- a) Externalización del problema. Aquí se busca que las personas conciban al problema como algo externo a los individuos, como una entidad ajena a ellos y que los oprime, ataca, asalta. Esto les permite establecer distancia respecto del problema y de ese modo significarlo como algo ajeno que se puede controlar, alejar, dominar. La externalización separa los relatos donde el problema impera, de otros donde ya no está. Esta técnica sirve para encontrar acontecimientos extraordinarios y, eventualmente historias extraordinarias que son las historias no saturadas del problema. Para lograr la externalización del problema, se elaboran preguntas que indagan sobre la influencia relativa que tiene el problema (preguntas de influencia relativa) y se hace en dos momentos:
 - Describir la influencia del problema. Aquí se elaboran preguntas que ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar preguntas en el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. De esta manera, se obtiene un cuadro en donde se observa de qué manera y en dónde ha influido el problema sobre la vida de las personas y sobre las relaciones que tienen entre sí dichas personas.
 - Describir la influencia de las personas. Estas preguntas invitan a las personas a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones sobre la vida del problema. Este cuestionamiento ayuda a las personas a identificar sus competencias y recursos ante la adversidad, poniendo de manifiesto que han existido momentos en su vida o en la interacción con sus

familiares o seres queridos en los cuales el problema no se ha presentado o, mucho mejor, lo han dominado. Este segundo tipo de cuestionamiento fomenta que se ponga de manifiesto los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas.

Cuando algún miembro de la familia culpa a otro o a sí mismo por ser la causa del problema, White se convierte en un “exorcista”, que lanza la maldad del problema fuera de los cuerpos y de la mente de los miembros de la familia y los ayuda a expulsarlo de sus vidas (Martínez, 2004).

Cabe mencionar que el lenguaje es de suma importancia para lograr la externalización del problema, pues se debe tener cuidado de que en el cuestionamiento se fomente la externalización, por lo que tenemos que luchar contra la forma misma en que se nos hace concebir al mundo; esto es, a continuamente estar separando al problema de las personas. Por ejemplo, no se debe preguntar cuándo estás más molesto sino cuándo la molestia te domina, no se debe preguntar cuándo te haces más seguido pipí en la cama, sino cuándo la pipí te domina más. Con esto se ve cómo se intenta a cada momento separar al problema de la persona.

- b) **Búsqueda de acontecimientos extraordinarios:** Al separar al problema de la persona es posible comenzar a explorar aspectos que han sido ignorados previamente y en esos aspectos se pueden encontrar acontecimientos donde el cliente venció al problema o, simplemente, el problema no ha estado. Existen tres tipos de acontecimientos extraordinarios:
- **Pasados.** Ya sea históricos o entre sesiones. Aquí se les pide a las personas que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Se les pide que recuerden estos sucesos de su pasado o bien, de entre una sesión y otra de terapia.
 - **Actuales.** Son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, y porque éste les invita a que los hagan más perceptibles.
 - **Futuros.** Pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas.
- c) **Uso de documentos:** En la terapia narrativa se usan distintos tipos de documentos (cartas, reconocimientos, recetas) que proporcionan al cliente una nueva historia sobre sí mismo y su problema convirtiendo una vivencia en una narración que abra la puerta a otras (Pérez, 2004). No hay restricción alguna sobre el momento, lugar o forma de hacer llegar los documentos. El terapeuta decidirá si le entrega al cliente una carta elaborada en ese momento, si de una sesión a otra le entrega el reconocimiento o si se lo envía por correo. Los documentos mantienen la visión externalizadora del problema y se usan para validar los esfuerzos del cliente por luchar contra el problema que le ataca, validando los logros.

Desarrollos actuales.

White ha aplicado sus técnicas a casos tan complicados como la anorexia nerviosa, la esquizofrenia en niños, adolescentes incontrolables, y con familias que presentan todo tipo de problemas. En cada uno de estos casos ha desarrollado innovaciones en sus técnicas con pacientes esquizofrénicos y la corriente psicoeducacional de Anderson, Reiss y Hogart. (Sánchez, 2000, cit. en Martínez, 2004). Asimismo, ha introducido en su trabajo las ideas del enfoque colaborativo y de los equipos reflexivos.

También es importante señalar los trabajos que, desde la terapia narrativa, se están realizando para el tratamiento con los niños a través del juego.

Freeman, Epston y Lobovitz (2001) han hecho un trabajo aplicado a niños, elaborando una aproximación a los conflictos familiares a través del juego. En su trabajo, Freeman et al. enfatizan la importancia de la comunicación lúdica para que los niños asuman la responsabilidad de los problemas y sean ingeniosos para solucionarlos. Mencionan que los niños muestran interés por estrategias alegres que impliquen juegos, imaginación, fantasía, misterio, magia, simbolismo, metáfora y contar historias, que a la postre, son fundamentales para la motivación del niño y para su capacidad en la resolución de problemas.

Con este tipo de trabajo, Freeman et al. buscan conocer al niño al margen del problema, descubriendo sus habilidades y elaborando un sinfín de divertidas estrategias que ponen al niño y a su familia en acción para que todos luchen unidos para dominar al problema y lo erradiquen de sus vidas y sus relaciones.

La acción de la familia en conjunto con ejercicios concretos contra el problema, la creación de álbumes fotográficos de momentos en el que el niño ataca al problema, la entrega de diplomas y certificados que avalan la expertez del niño y de la familia sobre los problemas, la posibilidad de que el niño se vuelva experto en dominar un tipo de problema y que pueda ayudar a otros niños que enfrentan el mismo problema, el empleo de mascotas o muñecos de peluche como coterapeutas, la externalización del problema a través del dibujo y otros recursos más, son los medios utilizados para fomentar esta comunicación lúdica necesaria para el trabajo con niños en la terapia.

Enfoque Colaborativo

Origen y desarrollo.

A finales de la década de 1980 y a principios de los años noventa, surgió una corriente de terapeutas que exponían una serie de dudas y reflexiones sobre la teoría y práctica clínica que, dentro de la psicoterapia familiar y sistémica, se estaba llevando a cabo en ese momento. Entonces se empezó a hablar del “giro interpretativo” (Beltrán, 2004), caracterizado por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia, y en particular, por los enfoques colaborativo y de equipos reflexivos.

Harlene Anderson y Harold Goolishian iniciaron el desarrollo del enfoque colaborativo. Esta postura retoma la metáfora de la narrativa, del poder del lenguaje y de las historias con que la gente se sostiene a sí mismo (Reséndiz, 2004). Este grupo empezó a trabajar formalmente desde 1977, con la fundación del Galveston Family Institute (Beltrán, 2004). Inicialmente, su trabajo estaba influenciado por el trabajo sobre comunicación humana del grupo de Palo Alto (MRI o terapia breve), sin embargo, su acercamiento tanto a la obra de Humberto Maturana sobre la biología del lenguaje como al construccionismo social y a la hermenéutica, propiciaron que se cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico cibernético. Es así como de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, lo empezaron a considerar como un evento generativo, como la esencia del diálogo, y por ende, del proceso terapéutico. En este sentido, manifestaban que “nuestras vidas son simplemente expresiones de nuestra narrativa y lenguaje contruidos socialmente, y la agencia es la transformación de nuestro lenguaje y narrativas en acciones” (Anderson, 2003, cit. en Beltrán, 2004).

Tras la muerte de Goolishian en 1991, Anderson continuó el trabajo de esta propuesta psicoterapeuta, que más que considerarse una escuela, se concibe como una filosofía de la terapia.

Representantes del modelo.

Harold Goolishian y Harlene Anderson iniciaron el desarrollo de este enfoque y más adelante, personas como Lynn Hoffman, se incorporaron en el desarrollo de esta modalidad de trabajo. A la postre, el Houston Galveston Institute, en Estados Unidos, es considerado como el mayor promotor del enfoque colaborativo, y en el cual trabajan tanto Anderson como Hoffman.

Postulados e ideas rectoras.

Es necesario que, para poder entender al enfoque colaborativo, se hable primero de las premisas epistemológicas que subyacen a este modo particular de psicoterapia.

El Construccionismo Social, de acuerdo con Gergen (1996, cit. en Martínez, 2004), postula que las ideas, conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. De esta manera, el lenguaje, la conversación y una actitud colaborativa del terapeuta, y no una actitud de poder y saber, es lo esencial para la psicoterapia.

Algunos autores (Anderson, 1997; Hoffman, 1990, 1997; Keeney, 1991, cit. en Martínez, 2004) asienten que la Cibernética de Segundo Orden, basada en los trabajos de Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela, propició las condiciones para este giro al plantear la premisa de los “sistemas observantes”, en la cual “se incluía al observador como participante en la construcción de la realidad que describía y con ello se resaltaba el papel de la cultura y el lenguaje en el proceso de observación o de los sistemas observantes” (Martínez, p. 75).

Mc Namee y Gergen (1996) mencionan que las aportaciones sobre el concepto del lenguaje como construcción social, narrativa y conversación, nos llevan a las nuevas corrientes llamadas posmodernas, donde cada diálogo es una con-construcción entre el terapeuta y sus clientes. Ambos participan y se transforman construyendo nuevos significado. De esta forma, las ideas de jerarquía y poder son eliminadas del marco epistemológico de la terapia.

Otros principios que siguen en el enfoque colaborativo son (Andersen, 2003; Anderson, 1997, cit. en Reséndiz, 2004):

Conocimiento (p.e., realidades, creencias, verdades):

- El desarrollo y transformación del conocimiento es un proceso comunal / comunitario; por tanto, la construcción de la realidad es una acción social más que un proceso mental e independiente del individuo.
- Conocimiento y conocedor son independientes.
- Lo que sabemos, o creemos saber, está lingüísticamente construido.
- La realidad y los significados que atribuimos a nosotros mismos, a los otros, a las experiencias y eventos de nuestras vidas son un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversación y en acción a través del lenguaje con otros y con ellos mismos.
- El conocimiento es fluido (no es estático).

Lenguaje

- El lenguaje obtiene su significado a través de su uso.
- El lenguaje es el principal vehículo a través del cual construimos y damos sentido a nuestro mundo.
- El lenguaje es fluido (no es estático).
- Lo que es creado (p.e., conocimiento, creencias, verdades), tiene múltiples autores dentro de la comunidad de personas y relaciones (en y a través del lenguaje); por tanto, lo que se crea es sólo una de múltiples perspectivas y posibilidades.
- La realidad (p.e. los significados que atribuimos a los eventos, las experiencias y las personas en nuestras vidas) está socialmente construida y es infinita en su variedad y expresión.
- El lenguaje y el conocimiento son relacionales y generativos; dan orden y significado a nuestras vidas y a nuestro mundo.

El discurso de las personas es sólo una muestra del significado total, o de múltiples significados, que atribuyen las personas a un evento. Detrás de lo dicho hay una gama inmensa de cosas no dichas respecto a eso que sí se dijo y en aquella están las posibilidades del cambio (Pérez, 2004).

El enfoque colaborativo en psicoterapia.

Goolishian y Anderson (1988, cit. en Pérez, 2004) proponen un modelo de terapia que parte de cinco premisas que permiten entender y trabajar con sistemas humanos:

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

La labor en psicoterapia consiste en resignificar las historias que están alrededor/en/entre/con el problema y encontrar nuevas historias donde el problema significa algo diferente.

Una conversación se entenderá como terapéutica cuando una persona y un terapeuta realizan un acuerdo para hablar sobre algunas cosas en particular y sus preguntas se dirigen a explorar lo no dicho y, por supuesto, el terapeuta tiene un entrenamiento particular que le permite hacer las preguntas y/o conversar con el objetivo específico de desorganizar el problema que la persona viene a plantear. De esta manera, el término de conversaciones terapéuticas suple al de terapia, pues explica mejor la propuesta teórico práctica de este enfoque. Además, queda en desuso lo “familiar”, pues no necesariamente el problema se circunscribe al escenario familiar, sino que puede alcanzar o estar en otros estratos, tales como la escuela, amigos, etc. En este sentido, para el enfoque colaborativo, el hablar de una “terapia familiar” ya no tiene tanto sentido y por ello han optado por darle el nombre a su trabajo de “conversaciones terapéuticas”. De la misma manera, el hablar de terapeutas y pacientes o clientes queda fuera de contexto de su epistemología de trabajo, por lo cual utilizan más bien los nombre de consultor y consultante.

Anderson (2003) además habla de implicaciones básicas para los que sigan el enfoque colaborativo, en cuanto al trabajo y consultas que realicen, basados en los siguientes conceptos:

- Unicidad. Respeto y aprecio porque cada persona es única y sus “problemas” y “soluciones” son particulares a sus circunstancias de vida, relaciones y contextos.
- Intervención. Evitar la tentación de dar diagnósticos, metas y estrategias para alcanzar dichas metas. Considerar la unicidad de cada persona, la multiplicidad de posibilidades de cada persona, de cada contexto, y de cada situación.
- Identidad y etiquetas. Cada persona tiene múltiples identidades. Las etiquetas tienen el riesgo de crear y amoldar identidades limitantes. Los clientes son mucho más que sólo sus problemas. La persona completa y su contexto de relaciones deben ser el foco del tratamiento y no sólo el problema en sí.
- Coherencia. Invita, escucha y muestra humildad por la historia de cada persona. Mantén coherencia en este sentido.

- La historia del cliente es el centro del escenario. Ser genuinamente curioso y hacer preguntas que salgan de la misma conversación y que guíen a otras preguntas, no a respuestas. Hacer preguntas que ayuden al cliente a decir, clarificar y expandir su narrativa en primera persona.
- Los clientes son los autores de su propia historia. Crear y guardar espacio para que cada persona desarrolle sus propias visiones y rescriba sus propias historias. Juntos (consultor y consultante) crean conocimiento que es único y específico al consultante y a sus circunstancias.
- Mantenerse en sincronía. Caminar al lado del consultante; mantenerse a su propio ritmo y tiempo, no al del consultor.
- Familiar. Explorar lo conocido de una forma en que se permita la creación de caminos en donde no había.
- Público. Hacer visibles los prejuicios y las ideas invisibles del consultor; mantenerlas abiertas al cuestionamiento y al cambio.
- Tratar de entender. No supongas, asumas o llenes muy rápido los espacios vacíos de conocimiento.
- Creer y confiar. Tratar de hacer sentido, desde la perspectiva del consultante, de lo que parece sin sentido o ilógico desde la perspectiva del terapeuta.
- Auto identidad. Fomentar el desarrollo de identidades que liberen y permitan la existencia de múltiples identidades simultáneas e incluso contradictorias.
- Comunidad. Balancear el sentido de independencia con el de interdependencia.

Técnicas o métodos de intervención.

La mayoría de los terapeutas de este enfoque colaborativo desean dotar de poder a las familias, y cambiar la terapia a una búsqueda de nuevas opciones y entendimiento, dejando los terapeutas su lugar de expertos (o como lo han llamado, mantener una postura horizontal, esto es, en igualdad de jerarquías, de posiciones de validez en los discursos, tanto del terapeuta /consultor como del cliente/consultante). “Debido a que disminuyen el uso de técnicas, su aproximación es difícil de describir, es más una actitud o filosofía que un método particular. Debido a esto los líderes del movimiento escriben más sobre su punto de vista, que de lo que hacen en terapia” (Nichols y Schwartz, 1995, cit. en Reséndiz, 2004).

Parte de la participación de estos teóricos es la convicción de que los clientes frecuentemente no son escuchados por que los terapeutas hacen terapia a ellos y no con ellos. El que no tomen una posición de conocimiento facilita una conversación con los clientes en donde las experiencias y los conocimientos anteriores del terapeuta no son la guía. En este proceso el terapeuta y el cliente experto son encargados de resolver el problema.

Los terapeutas colaborativos no sólo reflejan, sino que también ofrecen ideas y opciones, pensamientos siempre tentativos. Las preguntas son primordiales ya que son la herramienta del conocimiento del terapeuta. Desarrollan responsabilidad y una escucha activa, atendiendo las necesidades del cliente, y tratan de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser (Reséndiz, 2004).

Cada pregunta viene de una honesta y continua postura terapéutica de no entendimiento, de no saber. Las preguntas no son generadas por una técnica o un machote de preguntas. Esta posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente.

No están interesados en las conversaciones patologizadoras, sino por reconstruir nuevos significados que emerjan de las conversaciones colaborativas. Invitan a la gente a darse permiso para ser de nuevos humanos con significados de compasión, honestidad y humildad.

Desde esta visión, sólo ofrecen formas generales de participar dentro de las conversaciones terapéuticas.

Anderson (2003), reconoce que un terapeuta con enfoque colaborativo asume una postura y actitud que refleja su marco filosófico, una forma de ser en las relaciones y en las conversaciones con la gente, incluyendo una forma de pensar, de conversar, de actuar y de responder. Estos terapeutas trabajan con el siguiente marco:

- La perspectiva del terapeuta / consultor sobre cada sesión es que es un intento único, que incluye lo que presenta el cliente y el resultado de esa sesión. Cada sesión se toma como la única que se podría dar entre cliente y terapeuta.
- Un terapeuta / consultor toma la responsabilidad de crear espacios conversacionales dialógicos y de procesos que inviten a la colaboración mutua en la definición del problema y su di-solución.
- Un terapeuta / consultor permite al cliente estar en el centro de la historia, a guiarlo y moldear su discurso, tanto como el cliente quiera, sin que sea guiado por lo que el terapeuta/ consultor crea que es importante.
- Un terapeuta / consultor camina con el cliente "lado a lado", manteniendo coherencia con su paso, manteniendo el paso del ritmo y pausa del cliente sobre lo que es el problema y lo que podrían ser las soluciones.
- Un terapeuta / consultor mantiene ideas múltiples y contradictorias al mismo tiempo.
- Un terapeuta / consultor escoge un lenguaje cooperador (que abre posibilidades) más que un lenguaje que cierre posibilidades.
- Un terapeuta / consultor aprende, entiende y conversa en el lenguaje del cliente, ofreciendo preguntas, opiniones, especulaciones o sugerencias, de manera tal que exprese una postura abierta y muestre que valora lo que el cliente juzgue como importante.
- Un terapeuta / consultor hace preguntas (preguntas conversacionales), las respuestas que logran nuevas preguntas en el consultor invitan a que las ideas se conviertan en palabras y a abrir nuevas formas de hablar acerca de lo familiar y a crear otras posibilidades.
- Un terapeuta / consultor escucha respetuosa, atenta, activamente y con sensibilidad.
- Un terapeuta / consultor no asume y no trata de entender prematuramente.
- Un terapeuta / consultor mantiene un diálogo (conversación dialogística) consigo mismo.
- Un terapeuta / consultor mantiene una postura reflexiva consigo mismo, con los clientes y con los colegas.

Finalmente, Anderson (1997) resume seis rasgos entrelazados de esta postura de no-saber, que caracterizan a los terapeutas que participan en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, y que pueden servir como guías para la creación de esas conversaciones y relaciones:

1. Confiar y creer. Los terapeutas no son impulsados por la búsqueda de la verdad, sino por la necesidad de entender. Por tanto, hay que confiar y creer en la historia que relata el cliente, pues cada relato nunca es históricamente exacto, varía de momento a momento, de contexto a contexto y de circunstancia a circunstancia.
2. Hacer preguntas conversacionales. Son preguntas que surgen desde dentro de la conversación local y ayudan a que el cliente clarifique y amplifique una historia y que abra nuevas avenidas para explorar lo que no se sabe y lo que se sabe. Cuando no se hace esto, cuando las preguntas se basan en un saber previo, en la búsqueda de ciertas respuestas o en la verificación de los supuestos del terapeuta, ese terapeuta pierde contacto con las experiencias del cliente y con las propias.
3. Escuchar y responder. Escuchar es atender a, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida. Es una actitud que invita al cliente a decir cómo son las cosas para ellos. Para ello, el terapeuta consultor tiene que prestar atención, mostrando que valora el conocimiento del cliente sobre su dolor, su miseria o su dilema e incluye dar muestras de que se quiere aprender más sobre lo que el cliente acaba de decir, o puede no haber dicho todavía.
4. Mantener coherencia. El terapeuta debe crear y resguardar el espacio de una narrativa en primera persona del cliente. Así, la coherencia le da espacio al cliente para que se movilece y no tenga que consumir energía en promover, proteger o convencer a un terapeuta de su punto de vista y a que éste no domine y dé forma a la historia contada.
5. Mantener la sincronía. Avanzar al paso del cliente, acompañarlo en su narrativa en vez de moverlo a donde el terapeuta desea. Esto permite que el terapeuta no salte rápidamente a conclusiones equivocadas.
6. Honrar la historia del cliente. Tomar en serio y validar la historia del cliente. Permitir que las personas puedan dar voz a su propia posición hacia quienes los rodean, y sea tomada en serio. Esto nos ayuda a no desestimarla o subyugarla a historias dadas por otros profesionales o por el terapeuta mismo.

Desarrollos actuales.

Este enfoque es en sí mismo un desarrollo actual, por lo cual, el trabajo total en sí mismo es de vanguardia. El enfoque colaborativo se ha extendido a otros países, como el nuestro, y se considera ya como un recurso más en los procesos de formación de terapeutas, de supervisión y de asesoría. Anderson (cit. en Beltrán, 2004) ubica su teoría y práctica dentro de las ideas posmodernas y en su interés en el aprendizaje, la investigación y la consultoría a organizaciones; además de incorporar a sus prácticas el uso del arte y la literatura y de estar en contacto cercano con las ideas de los equipos reflexivos y de la narrativa.

Equipo Reflexivo

Origen y desarrollo.

Tom Andersen es un psiquiatra noruego, que anteriormente a desarrollar la modalidad de trabajo de equipo reflexivo, utilizó junto con su equipo el método de Milán, pero no logró los resultados que esperaba en su práctica como terapeuta, lo que lo llevó a generar esta modalidad de trabajo (Andersen, 1994; Beltrán, 2004; Reséndiz, 2004).

Los antecedentes del surgimiento del Equipo Reflexivo se encuentran en la escuela de Milán, en las aportaciones de Gregory Bateson y en las ideas de Humberto Maturana sobre la relación paciente-terapeuta, donde éste último indica que es el paciente quien forma su realidad, realizando un cuadro de lo que conocen de ésta y de su actitud ante el mundo (Martínez, 2004).

Andersen (1987, p. 417, cit. en Martínez, 2004) describe en su artículo *The Reflecting Team*, cómo surgieron los equipos de reflexión.

“Me encontraba supervisando una terapia con dos colegas en la cámara de Gesell; el terapeuta estaba sumergido en el pesimismo de la familia y había salido a que le diéramos supervisión en tres ocasiones; se le sugirió una posición más optimista ante el problema de la familia, pero caía nuevamente en el pesimismo. Ambos cuartos estaban acondicionados con luces y micrófonos, así que pregunté si la familia quería escuchar nuestros comentarios sobre ellos, a lo cual respondieron afirmativamente; procedimos entonces a apagar las luces del salón de terapia y prendimos las de la cámara de Gesell. Así, la familia y el terapeuta nos vieron y escucharon nuestros comentarios a través de los micrófonos, recibiendo una retroalimentación más positiva de sus problemas. Posteriormente comentamos nuestra innovación, la que fue aceptada muy bien por la familia, por el terapeuta y por todos nuestros colegas de la clínica. Así es como se iniciaron los grupos de reflexión”.

Andersen también tomó algunas pautas para los grupos de reflexión de los trabajos realizados en el Instituto Ackerman de Nueva York y del Instituto de la Familia de Galveston, Texas, en especial los referidos al cuidado, respeto e integridad que tienen para con las familias (Martínez, 2004). De acuerdo con Andersen (Beltrán, 2004), el trabajo con equipo reflexivo (como él empezó a denominarlo en 1985) surgió aproximadamente en 1984. En 1987 publica su artículo “El equipo reflexivo: diálogo en metadiálogo en el trabajo clínico”, y con esto puso en contacto al mundo de la terapia de familia con una concepción muy diferente acerca de la participación de los miembros del equipo en la terapia.

Lynn Hoffman (Andersen, 1994) explica que el equipo reflexivo no es una nueva escuela de terapia, pues pertenece a un nivel de abstracción más general, a un nivel de valores y posición terapéuticos que ofrece una forma de desmedicalizar una profesión que, en sus diversas manifestaciones, se ha visto obligada a tratar cada vez más con evaluaciones concebidas de manera objetiva. Los rótulos basados sobre estas evaluaciones

(dignificadas con el término de “diagnóstico”) son a menudo estigmatizantes, cuando no peyorativos. Tom Andersen también ha señalado que el equipo reflexivo no es un método sino una forma de pensar que inevitablemente lleva a su tipo de práctica, es decir, es sólo una manera de poner ideas sistémicas en acción.

Representantes del modelo.

Tom Andersen, profesor de Psiquiatría social en la Universidad de Tromsø, Noruega, es el fundador de los equipos reflexivos; inicialmente trabajaba utilizando un espejo unidireccional: de un lado el equipo de observación junto con el supervisor y, del otro lado, el terapeuta en formación. Enfatizaba sobre todo, el aprendizaje de desarrollar hipótesis sistémicas (Hoffman, 1990, cit. en Martínez, 2004). Con el tiempo, poco a poco fue cambiando tanto su teoría como práctica clínica hacia lo que actualmente guía su trabajo de equipos reflexivos.

Postulados e ideas rectoras.

Andersen (1994) reconoce a los siguiente autores como influyentes en su forma de trabajo: Bateson y su concepto de diferencia y de diferencia que hace una diferencia le hizo reconocer que siempre hay más para ver que lo que uno ve, que dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación o diferentes mapas del mismo territorio, con lo cual se valida que no hay una sola distinción o descripción de la realidad que sea totalmente completa, pues las diferencias disponibles son tantas que uno no tiene la posibilidad de prestarle atención a todas. Esta idea también tiene relación con la de los multiversos, que indica que cualquier descripción o explicación depende del observador y que cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión, por lo que no existe un universo sino multiversos donde cohabitan estas múltiples descripciones, y la función del terapeuta para el trabajo clínico es buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y promover la ulterior búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado.

También trabajó con la fisioterapeuta Bülow- Hansen, de quien retomó la idea de que si la gente se ve expuesta a lo usual, lo inusual podría inducir un cambio. Si se enfrentan con algo nuevo que es demasiado inusual, se cierran a eso nuevo, por lo cual era necesario brindarles a las personas algo inusual, pero no demasiado. Esta idea encajó muy bien con las de Maturana y Varela respecto a que si una situación perturba a la persona y ésta no puede reaccionar por la falta de una conducta adecuada en su repertorio, responde aislándose de la perturbación o desintegrándose si permite que tal perturbación externa ingrese en la organización que representa. El que una persona se encierre como respuesta a una perturbación puede verse como una respuesta a lo que se experimenta como demasiado inusual. Andersen (1996, cit. en Pérez, 2004) dice que si las personas están expuestas a lo usual, tienden a permanecer igual y que para lograr un cambio se requiere algo inusual, pero no demasiado. Las nuevas narraciones tienen que ser familiares para la persona, tener significado en su contexto. De otra manera no tiene sentido para ella. Con estas ideas comienza a trabajar con equipos reflexivos donde personas “no expertas” discuten lo que el cliente plantea, frente a él.

Andersen explica que cuando una persona se encuentra con otra, tiene gran interés en conservar su integridad durante toda la reunión y que lo que una persona diga y haga determina que la otra se abra a una conversación o se cierre. Cuando uno observa, el otro observa que es observado, por lo que ambos están en una posición de observación.

En 1988, Andersen escuchó a Goolishian en una conferencia y ello le dio una comprensión más clara del habla como proceso de constitución del ser, que en conjunción con las ideas construccionistas de Gergen y Shotter, le permitieron modificar la orientación de sus ideas hacia argumentos basados en una comprensión relacional del significado (Beltrán, 2004). Además, explica que, al igual que Anderson y Goolishian, duda en llamarse a sí mismo psicoterapeuta, y tiene una visión posmoderna del yo, en la que éste se considera básicamente constituido a través del lenguaje y las conversaciones.

Andersen expresa que no tenemos lenguaje, sino que estamos dentro del lenguaje, el cual tiene las posibilidades como las limitaciones con respecto a qué podemos comprender y a cómo podemos comprenderlo, lo que nos provee de un conocimiento general (prejuicios) que limitan, y a la vez, hacen posible nuestra comprensión. De esta forma, para que se produzca un cambio (o una novedad), las conversaciones durante la terapia tienen que ser diferentes de lo habitual, pero no demasiado para que no resulten ajenas a la narración del cliente. De esta manera, sugiere que se aliente a asistir a la terapia sólo a quienes estén en condiciones de escuchar y verse entre sí sin interrumpirse, y permitir que quienes no están listos se incorporen más adelante.

Técnicas o métodos de intervención.

Los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente, de tal manera que el cliente siempre pueda oírlo.

Así como en el enfoque colaborativo, los representantes del trabajo en equipos reflexivos señalan que no hay formatos o esquemas preestablecidos para desarrollar la terapia. Pese a esto, se pueden reconocer algunos lineamientos generales de trabajo que se exponen a continuación:

El tiempo que se le asigna a la primera sesión suele ser de mínimo hora y media (Beltrán, 2004). De existir sesiones subsecuentes, suelen durar una hora y el tiempo entre ellas varía así como también varía el total de sesiones que se les dan, aunque se ha visto que habitualmente se dan entre 6 y 12 sesiones.

Estructura de las sesiones y participantes. El uso o no de una sala de observación varía. Cuando se emplea, se pregunta a los clientes si desean que el equipo esté en la sala con ellos o en la adyacente al espejo unidireccional. Posteriormente, el terapeuta desarrolla con el cliente una conversación, partiendo desde una postura de “no saber”, entendida como la convicción de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, no trabaja basándose en ideas preconcebidas, en que jamás puede comprender completamente a otra persona y por ello siempre necesita saber más sobre lo que se ha dicho y no se ha dicho. Para ello, el preguntar o proponer se hace desde una actitud tentativa (“yo me imagino X,

pero no sé qué opinen ustedes”), permitiendo que se amplíen las posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta.

Constantemente se hacen preguntas acerca ¿quien puede hablar con quien sobre que temas, aquí y ahora?, ¿Cuáles son los temas que los que están presentes quieren tocar?, ¿Alguien debería hablar y los otros escuchar?, etc. En general, las preguntas durante la conversación buscan la posibilidad de establecer nuevas aperturas; buscan preguntas poco usuales sobre descripciones de comparación, de relación y de diferencia; preguntas sobre explicaciones posibles; sobre distintas conversaciones; etc (Reséndiz, 2004).

Tras la conversación que se dio entre terapeuta y cliente, y previa autorización del cliente, el equipo terapéutico entra a escena para dar a conocer sus puntos de vista.

Se han usado dos formas principales de intervención del equipo reflexivo (Licea, Paquetin y Selicoff, 2002, cit. en Pérez, 2004). En la primera, los miembros del equipo conversan entre sí sobre aquellos aspectos que les “hizo sentido” del relato del cliente. La segunda modalidad implica “hacer como si...”, esto es, el equipo toma los papeles de los clientes y discuten como si fueran ellos. En ambas, el equipo se cuida de no juzgar, no interpretar, no hacer contacto con el cliente y, sobre todo, no connotar negativamente. Además de estas dos modalidades, existen muchas otras variantes más, en las que se busca que se hagan reflexiones sobre las reflexiones de las conversaciones, lo que permite una multiplicidad de conversaciones y meta conversaciones.

Otras reglas que siguen los integrantes de los equipos reflexivos, al momento de dar su participación son (Beltrán, 2004):

1. Se les dice a los clientes que pueden escuchar o no la conversación del equipo, según lo deseen.
2. Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes, no en algo tomado de otro contexto.
3. Los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones negativas que puedan ser entendidas por el oyente de esta forma.
4. Cuando tanto los clientes como el equipo reflexivo se encuentran en la misma sala, al momento de dar su participación, se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí y que no miren a los que escuchan. Esto permite que los clientes tengan mayor libertad de “no escuchar”, esto es, de no sentirse impelidos a interactuar con el equipo.

Ya que el equipo reflexivo participó, se le reitera a los clientes que tomen lo que ellos quieran de lo que escucharon y se les pregunta si desean comentar algo en ese momento o si quisieran llevárselo a casa para reflexionarlo un poco más. En caso de que quieran hablarlo en ese momento, se les pide que digan lo que escucharon y la reacción que provoca en ellos.

Las diversas experiencias con equipo reflexivo que han sido reportadas, lo ubican como una forma de trabajo que permite al cliente escuchar diversas historias, poco usuales, que le permiten construir nuevos significados y dirigirse al cambio que desea. Este proceso produce apoyo y un ambiente de honestidad en el que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia debido a la interacción directa con ellos.

Desarrollos actuales.

Tal como lo menciona Beltrán (2004), tanto los equipos reflexivos, como el enfoque colaborativo, proponen una postura que valida lo singular, rico y complejo del conocimiento y de la experiencia del otro, con lo que, por medio del lenguaje, se construye el mundo, identidades y valores que las personas dan a sus vidas.

En la actualidad, el trabajo con equipos reflexivos va desarrollándose de la mano con las aportaciones que obtiene también del enfoque colaborativo, del posmodernismo y el construccionismo social, y se ha extendido su uso a otros países como uno de los recursos más novedosos en la formación de terapeutas, en el trabajo de supervisión y en la asesoría en instituciones. Asimismo, coincide con Harlene Anderson en su interés por recuperar la experiencia de los clientes y hacerlos co-investigadores de los procesos de terapia en que participaron.

Integración de Modelos

No cabe duda de que lo que se conoce como “Terapia Familiar” incluye una gran diversidad de formas de concebir a la terapia, que en lo particular denotan enormes diferencias en cuanto a la epistemología, teoría y práctica clínica, pero que en lo general, tienen puntos en común que permiten integrarlos en un grupo de conocimientos que dan una alternativa de trabajo aparte de las escuelas más antiguas o tradicionales de la psicoterapia, llámese Psicoanálisis, terapia conductual, terapia cognitiva y cognitivo-conductual, terapia Gestalt, centrada en el cliente, psicodrama, etc. A continuación haré una revisión sobre esas características generales que le dan esa integración a todos los modelos anteriormente descritos y que se han integrado bajo el nombre de “terapia familiar”, “enfoque sistémico”, etc.

Con un rápido vistazo, identifico dos características principales y comunes a estos dos modelos, o que tal vez sean las que más resaltan al momento de la práctica clínica: la importancia que se le da a la interacción o discurso en la creación de problemas o realidades de las personas y, segundo, la posibilidad de que en la terapia intervengan diferentes actores tanto por parte de los clientes como por parte de los terapeutas. Explico más a detalle estos dos puntos.

La importancia de las interacciones – construcciones sociales.

Desde el inicio, los modelos de terapia familiar han reconocido que los problemas que tiene una persona o entidad (llámese familia, pareja, comunidad, etc.) se ven en gran medida (o totalmente) creados por las interacciones que tienen los miembros involucrados en el problema (no entraré en la discusión de si el problema crea al sistema o si el sistema crea al problema, pues resulta secundario a lo que quiero llegar) y, aunque los modelos narrativos y posmodernos se han centrado más en el posmodernismo y construccionismo social, continúan dándole importancia prevaeciente a la co-creación de realidades que, como se logra observar, se da por la interacción, por la capacidad de discurrir con otros, a

través del lenguaje. Por tanto, las interacciones o el lenguaje con el que interactuamos y co-creamos nuestra realidad sigue siendo pilar para el trabajo de lo conocido como terapia familiar. De esta manera, los terapeutas familiares o sistémicos tienen la libertad de invitar a la terapia no sólo a un individuo, sino a muchos más miembros que estén involucrados o interesados en la terapia, y que no sólo se circunscribe a la familia del cliente, aunque también puede trabajar sólo con una persona, pues el enfoque de su trabajo es el que da la dirección.

Intervención de múltiples voces – actores en la terapia.

El espejo unidireccional es una de las herramientas que más han ayudado al desarrollo de lo que se conoce como terapia familiar, pues ha permitido que en todos sus modelos se haya puesto en práctica la observación de las interacciones y de la co-construcción de realidades, tanto de los clientes como de los terapeutas, y de la relación que entre unos y otros se da en el espacio terapéutico, a través de los EQUIPOS TERAPÉUTICOS. El espejo unidireccional permitió que se pusieran en práctica las premisas teóricas que se desarrollaban en la terapia familiar y que han dado paso a novedosas formas de trabajo, en las que incluso sin este espejo unidireccional se puede trabajar con equipos terapéuticos. De esta manera, queda claro que un terapeuta que se define como familiar o sistémico (o estructural, estratégico, narrativo, etc.) dentro de su práctica clínica tiene como importantísimas herramientas de trabajo tanto a los espejos unidireccionales como al equipo terapéutico.

De esta manera, un terapeuta familiar o sistémico podrá ser distinguido por:

1. Trabajar con una o varias personas en la terapia. También hay oportunidad o libertad de que se inviten a otras personas a la terapia, si resulta relevante su participación.
2. El uso de espejo unidireccional, en las instituciones o espacios con los que se cuenta.
3. La participación de un equipo terapéutico, que permitirá diferentes modalidades de trabajo y co-participación dentro del proceso terapéutico.

A mi parecer, reitero que éstas son las principales características que, a groso modo, distinguen a un terapeuta familiar. Sin embargo, hay otras características que asemejan y diferencian a los diferentes enfoques de la terapia familiar, y que quisiera exponer a continuación, por medio de varias tablas.

MODELO	Principales Autores	Naturaleza del problema	Naturaleza del cambio
Estructural	Minuchin	Existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros (estructura familiar).	El cambio ocurrirá cuando se altere el arreglo jerárquico de la familia. El terapeuta interviene con tareas que interrumpen el actual patrón de interacción familiar.
Estratégico	Haley y Madanes	El síntoma es una metáfora de la interacción actual en el sistema, representa una lucha interna, una disfunción en la organización en la que los arreglos jerárquicos son confusos.	El cambio ocurrirá cuando se altere el arreglo jerárquico de la familia. El terapeuta interviene con tareas que interrumpen el actual patrón de interacción familiar
Milán*	Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin	Ocurre cuando el sistema no se puede adaptar a un nuevo contexto. El paciente identificado mantiene en balance al sistema.	El cambio en la familia surge cuando encuentran una forma distinta dentro de su epistemología, por lo que la tarea del terapeuta es introducir nueva información que contraste con su actual epistemología
MRI	Fisch, Watzlawick, Weakland, Segal	Emergen cuando se hacen incorrectos intentos de solución para cambiar una dificultad real o imaginaria.	El cambio ocurrirá al alterar los actuales intentos de solución dados por la misma familia.
Soluciones	De Shazer, O'Hanlon, Cade	Emergen cuando se hacen incorrectos intentos de solución para cambiar una dificultad real o imaginaria.	El cambio se da al centrarse en los recursos y no en el problema; se identifica y amplía el cambio, identificando los recursos y modificando un poco las soluciones previas.
Narrativa	White y Epston	La gente con problemas frecuentemente desarrolla la descripción saturada del problema en sus vidas. Los eventos negativos en sus vidas y los aspectos negativos de su personalidad están en un primer plano, creando un sentimiento de impotencia y consecuentemente volviéndose una víctima fácil del problema.	El cambio ocurrirá cuando la persona localiza, genera y trae historias alternativas que ofrecen un distinto sentido sobre sí mismo y sobre su relación con el problema.
Colaborativo	Anderson, Goolishian y Hoffman	El problema es un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversación	El cambio ocurrirá al resignificar las historias que están alrededor/en/entre/con el problema y encontrar nuevas

		y en acción a través del lenguaje con otros y con ellos mismos.	historias donde el problema signifique algo diferente.
Equipo Reflexivo	Tom Andersen	Nos creamos a través del lenguaje, el cual tiene las posibilidades como las limitaciones con respecto a qué podemos comprender y a cómo podemos comprenderlo, lo que nos provee de un conocimiento general (prejuicios) que limitan, y a la vez, hacen posible nuestra comprensión.	El cambio ocurrirá al resignificar las historias que están alrededor/en/entre/con el problema y encontrar nuevas historias donde el problema significa algo diferente.

Tabla 3. Tabla en la que se contrastan las características de los diferentes modelos de la "terapia familiar".

* Las características descritas en el Modelo de Milán son derivadas principalmente del trabajo inicial de este enfoque, descrito principalmente en su libro "Paradoja y Contraparadoja".

MODELO	Elaboración de diagnóstico patológico	Nivel al que se dirige la intervención
Estructural	No, se establece una descripción del problema con base en los problemas en la estructura familiar.	Interacciones
Estratégico	No, se establece una descripción del problema con base en las confusiones de la jerarquía y poder en la familia.	Interacciones
Milán*	No, se establece una descripción del problema con base en la función que tiene el síntoma del paciente identificado para el mantenimiento del sistema familiar.	Construcción de significados /información
MRI	No, se hace una descripción del problema de manera clara, breve y observable, además de identificar las soluciones intentadas.	Interacciones
Soluciones	No, se hace una descripción del problema de manera clara, breve y observable, además de identificar los recursos y soluciones previas.	Interacciones
Narrativa	No, se obtiene cuando las personas hacen una descripción de la influencia relativa del problema sobre sus vidas y relaciones y de la influencia relativa de las personas sobre la vida y relaciones del problema.	Construcción de significados /información
Colaborativo	No, se evita dar diagnósticos, metas y estrategias para alcanzar dichas metas. Más bien se crea y guarda espacio para que cada persona desarrolle sus	Construcción de significados /información

	propias visiones y reescriba sus propias historias. Juntos (cliente y terapeuta) crean conocimiento que es único y específico al cliente y a sus circunstancias.	
Equipo Reflexivo	No, se evita dar diagnósticos, metas y estrategias para alcanzar dichas metas. Más bien se crea y guarda espacio para que cada persona desarrolle sus propias visiones y reescriba sus propias historias. Juntos (cliente y terapeuta) crean conocimiento que es único y específico al cliente y a sus circunstancias.	Construcción de significados /información

Tabla 3 (continuación). Tabla en la que se contrastan las características de los diferentes modelos de la "terapia familiar".

* Las características descritas en el Modelo de Milán son derivadas principalmente del trabajo inicial de este enfoque, descrito principalmente en su libro "Paradoja y Contraparadoja".

MODELO	Reconocimiento y uso de jerarquías	Directividad vs no Directividad	Se prescriben tareas	Denominación del proceso terapéutico
Estructural	Sí	Directivo	Sí	Terapia familiar
Estratégico	Sí	Directivo	Sí	Terapia familiar
Milán*	Sí	Directivo	Sí	Terapia familiar
MRI	No	Directivo	Sí	Terapia familiar
Soluciones	No	Directivo	Sí	Terapia familiar
Narrativa	No	Directivo	Sí	Terapia familiar
Colaborativo	No	Poco Directivo	No	Conversaciones terapéuticas
Equipo Reflexivo	No	Poco Directivo	No	Conversaciones terapéuticas

Tabla 3 (continuación). Tabla en la que se contrastan las características de los diferentes modelos de la "terapia familiar".

* Las características descritas en el Modelo de Milán son derivadas principalmente del trabajo inicial de este enfoque, descrito principalmente en su libro "Paradoja y Contraparadoja".

MODELO	Miembros con quien se trabaja	Intervalo entre sesiones
Estructural	Con todos los miembros familiares	Semanales o quincenales
Estratégico	De preferencia con toda la familia	Semanales o quincenales
Milán*	Con todos los miembros familiares	Largos (un mes o más)
MRI	De preferencia sólo con las personas involucradas directamente en la conducta sintomática	Semanales o quincenales
Soluciones	De preferencia sólo con las personas involucradas directamente e interesadas en modificar la conducta sintomática	Semanales o quincenales
Narrativa	De preferencia sólo con los miembros	Semanales o quincenales

	interesados en modificar la conducta sintomática	
Colaborativo	Abierto a que ingresen las personas interesadas en modificar la conducta sintomática	Variable y establecido por el consultante
Equipo Reflexivo	Abierto a que ingresen las personas interesadas en modificar la conducta sintomática	Variable y establecido por el consultante

Tabla 3 (continuación). Tabla en la que se contrastan las características de los diferentes modelos de la "terapia familiar".

* Las características descritas en el Modelo de Milán son derivadas principalmente del trabajo inicial de este enfoque, descrito principalmente en su libro "Paradoja y Contraparadoja".

MODELO	Uso de equipo terapéutico	Uso de cámara unidireccional	Uso de ideas de la Teoría de la Comunicación Humana	Uso de ideas del posmodernismo
Estructural	Sí	Sí	No	No
Estratégico	Sí	Sí	Sí	No
Milán*	Sí	Sí	Sí	No
MRI	Sí	Sí	Sí	No
Soluciones	Sí	Sí	Sí	Sí
Narrativa	Sí	Sí	No	Sí
Colaborativo	Sí	Sí	No	Sí
Equipo Reflexivo	Sí	Sí	No	Sí

Tabla 3 (continuación). Tabla en la que se contrastan las características de los diferentes modelos de la "terapia familiar".

* Las características descritas en el Modelo de Milán son derivadas principalmente del trabajo inicial de este enfoque, descrito principalmente en su libro "Paradoja y Contraparadoja".

MODELO	Uso de ideas del constructivismo	Uso de ideas del construccionismo social	1ª cibernética	2ª cibernética
Estructural	No	No	Sí	No
Estratégico	No	No	Sí	No
Milán*	No	No	Sí	No
MRI	Sí	No	Sí	No
Soluciones	Sí	No	No	Sí
Narrativa	No	Sí	No	Sí
Colaborativo	No	Sí	No	Sí
Equipo Reflexivo	No	Sí	No	Sí

Tabla 3 (continuación). Tabla en la que se contrastan las características de los diferentes modelos de la "terapia familiar".

* Las características descritas en el Modelo de Milán son derivadas principalmente del trabajo inicial de este enfoque, descrito principalmente en su libro "Paradoja y Contraparadoja".

Terapia familiar, Terapia sistémica, Terapias posmodernas: hacia una integración.

Pareciera que los modelos derivados del posmodernismo o que le dan más importancia al posmodernismo, constructivismo y construccionismo social se alejan tanto de los modelos tradicionales de terapia familiar o de terapia sistémica, que se vuelven una forma totalmente distinta de "terapia familiar", sin embargo, por lo que se ha visto a lo largo de esta unidad, podemos denotar que todos estos modelos comparten un cuerpo de conocimientos y que más bien se han aportado grandes ideas para el desarrollo y evolución de este tipo de terapia, tanto que muchos de los autores de las escuelas iniciales han movido su forma de trabajo actual y se conciben como terapeutas narrativos o posmodernos o que validan e integran a sus ideas centrales una orientación a la co-creación de significados y relatos en la terapia.

Por otro lado, el término "Terapia Familiar", que comúnmente se le da a todo este cuerpo de conocimientos ha traído confusión sobre las problemáticas y la población en particular que se atiende. Pareciera que con este término se excluye todo lo que no sea trabajar con familias, motivo por el cual constantemente en nuestro trabajo se tiene que aclarar que también se puede trabajar con un solo individuo o con otro grupo de personas que no sea necesariamente la familia dado que lo importante es el enfoque que le damos a nuestro trabajo. De la misma manera, existe confusión al usar el término de terapia familiar al pensarse que dentro de este enfoque también se incluirían los trabajos sobre familias que se han hecho desde otras escuelas y epistemologías psicológicas o, lo que es peor, pensar que la terapia familiar sólo implica a la terapia sistémica o terapia posmoderna. Sabemos que las demás escuelas de psicoterapia también han desarrollado su propia forma de trabajo respecto de las situaciones familiares, llámese Terapia Racional Emotiva (p.e. Huber, 1991), Psicoanálisis (p.e. Berenstein, 1981), Terapia Humanista (p.e. Nares, 1991) o Terapia Cognitiva y Conductual (p.e. Caballo, 1998) y dichos enfoques o epistemologías no engloban a los enfoques de psicoterapia explicados en este apartado. A pesar de lo anterior, los clínicos que han desarrollado los modelos de terapia "familiar sistémica" insistieron en asignarle este término a sus trabajos (como los libros de técnicas de terapia familiar, de Salvador Minuchin; o la Guía de terapia familiar sistémica, de White).

El término terapia sistémica es otro concepto que se ha usado para explicar que la forma de trabajo puede estar destinada a diferentes entidades o sistemas, que el lente de observación pueden ir de lo intraindividual hasta lo ecosistémico, sin embargo, con este término se le da el eje rector a la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1986), y en algunos enfoques, como la narrativa, colaborativo y equipos reflexivos el eje rector ya no es ésta sino las narraciones o co construcciones de significados, razón por la cual, han optado por otro término que le dé identidad a su forma de trabajo.

Las terapias posmodernas, al denominarse de esta manera, han dejado de lado el término de terapia familiar o terapia sistémica. Es más, han optado por denominar a su trabajo como "conversaciones terapéuticas", dado que, en congruencia con sus fundamentos, ni hacen terapia (dado que no hay postura de expertez del terapeuta- mejor llamado para ellos, consultor-) ni el problema se circunscribe sólo al escenario familiar. Sin embargo, estos autores reconocen su origen y las aportaciones que los primeros enfoques de "terapia familiar sistémica" han hecho a sus propios modelos y lo que es más, los demás

enfoques también han adoptado varios conceptos derivados de las terapias narrativas y posmodernas. De esta manera, se ve una línea de evolución que parte de los primeros modelos (estructural y estratégico) y que se va desarrollando o tomando caminos diversos hasta verse reconocidos también en estas terapias posmodernas y es por ello que, hasta en la formación psicoterapéutica (incluyendo la de la residencia en Terapia Familiar del Facultad de Psicología) se conciben a todos estos enfoques como una gran cuerpo de conocimientos comunes.

Por lo anteriormente señalado, se concluye que los términos “terapia familiar”, “terapia sistémica”, “terapia familiar sistémica” y “terapias posmodernas” no satisfacen por completo la identificación de todo este cuerpo de conocimientos y que, por ende, es necesario la generación de debates en todos los foros posibles de lo que hasta ahora es más comúnmente conocido como terapia familiar, sobre el término que mejor englobe e identifique a todos los enfoques revisados en este capítulo, reiterando que no se busca la supremacía de una voz, sino la generación de una identidad sin ambigüedades y que se muestre como una alternativa dentro de la multivocalidad de escuelas de la psicología clínica.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

Tal como lo mencionan Desatnik y Moctezuma (2001), el objetivo general de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica es

“capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud... con su visión integrativa, [que le] permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados”.

En este sentido, se habla de que los estudiantes de la maestría, al terminar nuestra formación, obtuvimos una serie de competencias profesionales que nos permiten ejercer una labor profesional de calidad. Dichas competencias profesionales se circunscriben en el logro de cuatro habilidades generales: 1) habilidades clínico terapéuticas, 2) habilidades de investigación, 3) habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento y 4) habilidades de compromiso y ética social. A continuación se desglosan las actividades y las habilidades específicas que se adquirieron en mi paso por la maestría.

1. Habilidades clínico terapéuticas

De las actividades que se llevaron con la práctica psicoterapéutica a lo largo de los dos años de la residencia, se lograron adquirir, fortalecer y mejorar diferentes habilidades clínicas, de detección, evaluación sistémica y tratamiento, las cuales menciono a continuación:

- Analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional.
- Aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios (modelo estructural, estratégico, breve enfocado a problemas o soluciones, narrativa, de Milán y posmodernos).
- Capacidad de observación del proceso terapéutico.
- Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
- Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.
- Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- Elaborar reportes de tratamiento.
- Entrevistar, generar una relación de colaboración
- Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio.
- Evaluar el tipo de problema y opciones de solución.

- Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.
- Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones.
- Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario.
- Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
- Técnicas de enganche y de alianza terapéutica.
- Tratamiento en general.

1.1 Integración de expedientes del trabajo clínico y análisis teórico metodológico.

Uno de los propósitos de la Programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se abocó al desarrollo de nuestras capacidades y habilidades como terapeutas en el trabajo clínico en la sede correspondiente. De esta manera, se pusieron en práctica los principios teóricos, las técnicas e intervenciones basadas en los diferentes modelos revisados, dependiendo de la demanda del servicio, objetivos del centro y de los modelos de intervención seleccionados. Este trabajo clínico estuvo en todo momento supervisado, ya sea en vivo o en forma narrada, por diferentes supervisores y contando en todo momento con la ayuda del equipo terapéutico tras el espejo unidireccional, quienes brindaban una gran ayuda para la adecuada intervención del terapeuta.

Como terapeuta de esta residencia, tuve a mi cargo el trabajo principal con 8 familias, ya sea como terapeuta o coterapeuta. A continuación muestro un resumen a manera de tabla del tipo de trabajo que se hizo con dichas familias:

Familia	No. de Integrantes	Etapas del Ciclo Vital	Problemática	No. de sesiones	Motivo de cierre	Modelo de Supervisión	Supervisor	Terapeuta(s)
Vindas	2	Familia con hijo pequeño	Infidelidad	5	Alta	Estructural	Carolina Díaz	Marino Aparicio y Claudia Navarro
Norberto y Naty	2	Familia con hijos pequeños	Desconfianza / Violencia en la pareja	12	Baja	Breve	Piedad Aladro, Ma. Blanca Moctezuma	Marino Aparicio y Erika Trujillo
Ocaso Sánchez	5	Familia con hijos adolescentes	Violencia masculina	16	Alta	Milán	Raymundo Macías Piedad Aladro	Marino Aparicio y Alma Téllez
Pablo González	1	Adulto (Familia con hijos adultos)	Comunicación con la pareja respecto de la educación de los hijos	1	Baja	Soluciones	Nora Rentería	Marino Aparicio
Salinas Aguilar	2	Familia con hijos adolescentes	Infidelidad, violencia	1	Baja	Milán	Carolina Díaz	Marino Aparicio
Luz	1	Adolescente	Timidez, Ansiedad	1	Baja	Milán	Carolina Díaz	Marino Aparicio

Roaro Siena	2	Familia con hijos pequeños	Incumplimiento de acuerdos en la pareja	8	Baja	Soluciones Narrativa	Nora Rentería	Marino Aparicio
Vargas Rojas	2	Familia con hijos adultos	Duelo, Suicidio	6	Alta	Milán	Carolina Díaz	Marino Aparicio

Tabla 4. Tabla en la que se muestra el total de casos que atendí como terapeuta / coterapeuta durante la residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología.

Además de estas familias, participé como parte del equipo terapéutico con las familias que atendían directamente los compañeros de mi generación y de mi residencia. Presento a continuación una síntesis en forma de tabla de los casos que vi de esta manera:

No.	No. integrantes	Problemática	No. de sesiones	Baja, Alta	Modelo de supervisión	Supervisor	Terapeuta
1	1	Proceso de separación	10	Alta	Integrativo	Raymundo Macías	Dr. Macías y Erika Trujillo
2	5	Problemas en la relación de pareja.	8	Baja	Estructural	Carolina Díaz-Walls	Erika Trujillo
3	1	Duelo por la muerte del esposo	10	Alta	Soluciones	Nora Rentería	Erika Trujillo
4	1	Problemas de establecimiento de límites y relación con las hijas	16	Alta	Milán	Carolina Díaz-Walls	Erika Trujillo
5	1	Ansiedad y problemas de pareja.	29	Alta	MRI y Posmoderno	Piedad Aladro y Nora Rentería	Alma Téllez y Blanca E. López
6	3	Hijo adolescente con problemas de conducta	6	Baja	Estructural	Alicia Espinosa de los Monteros	Alicia Espinosa y
7	1	Problemas de establecimiento de límites y relación con la hija	11	Baja	Estructural	Carolina Díaz - Walls	Blanca E. López
8	1	Problemas en el establecimiento de límites con sus hijos	17	Alta	Integrativo	Raymundo Macías	Blanca E. López
9	2	Depresión y sexualidad	1	Baja	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Blanca E. López
10	2	Comunicación	4	Baja	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Blanca E. López
11	2	Conflictos conyugales	7	Baja	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Blanca E. López
12	1	Problemas en el establecimiento de límites	23	Alta	MRI	Patricia Moreno	Blanca E. López
13	1	Desarrollo de habilidades sociales	5	Baja	Estructural	Raymundo Macías	Dr. Macías e Ivette Delgado
14	1	Infidelidad	11	Alta	MRI y Soluciones	Piedad Aladro Maryblanca Moctezuma	Ivette Delgado
15	1	Separación	1	Baja	MRI	Patricia Moreno	Ivette Delgado
16	1	Problemas de comunicación con hijo adolescente	2	Baja	Integrativo	Raymundo Macías	Ivette Delgado

17	1	Manejo de estado de ánimo por diagnóstico de fibrosis quística	3	Alta	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Ivette Delgado
18	1	Problemas de comunicación con su hija	9	Alta	MRI y Soluciones	Patricia Moreno	Ivette Delgado
19	2	Problemas de comunicación entre madre e hija	1	Baja	Estructural	Carolina Díaz - Walls	Yazmín Quintero
20	2	Separación.	12	Alta	MRI y Soluciones	Piedad Aladro y Nora Rentaría	Yazmín Quintero e Ivette Delgado
21	4	Bajo rendimiento escolar de los hijos.	17	Alta	Milán	Carolina Díaz - Walls	Yazmín Quintero y Joaquín Torres
22	2	Problemas de conducta con los hijos adolescentes	8	Alta	Integrativo y MRI	Raymundo Macias y Patricia Moreno	Yazmín Quintero
23	2	Problemas de aprendizaje con uno de los nietos.	15	Alta	Estructural y MRI	Alicia Espinosa y Maryblanca Moctezuma	Yazmín Quintero y Joaquín Torres
24	1	Violencia familiar	20	Alta	Integrativo	Raymundo Macias	Yazmín Quintero
25	5	Establecimiento de límites familiares.	20	Alta	Milán	Carolina Díaz - Walls	Alma Téllez
26	3	Infidelidad	10	Alta	MRI	Patricia Moreno	Alma Téllez
27	2	Comunicación en la pareja	5	Baja	MRI	Maryblanca Moctezuma	Alma Téllez
28	2	Infidelidad	20	Alta	MRI	Maryblanca Moctezuma	Claudia Navarro
29	4	Comunicación en la familia.	8	Baja	Narrativa	Nora Rentería	Claudia Navarro
30	2	Adaptación a la vida en pareja y llegada de 1er hijo	3	Baja	MRI	Patricia Moreno	Claudia Navarro
31	2	Comunicación en la pareja	5	Baja	Milán	Carolina Díaz - Walls	Claudia Navarro
32	3	Violencia familiar	20	Baja	MRI	Piedad Aladro y Raymundo Macías	Joaquín Torres y Claudia Navarro
33	4	Problemas de aprendizaje con uno de los nietos.	15	Alta	Estructural y Terapia Breve MRI	Alicia Espinosa y Maryblanca Moctezuma	Joaquín Torres y Yazmín Quintero
34	4	Cambio de conducta y bajo rendimiento escolar de los hijos	17	Alta	Milán	Carolina Díaz - Walls	Yazmín Quintero y Joaquín Torres
35	1	Problemas de conducta de uno de los hijos.	13	Alta	Integrativo	Raymundo Macias	Joaquín Torres
36	3	Violencia	20	Baja	Terapia Breve e Integrativo	Piedad Aladro Y Raymundo Macias	Joaquín Torres y Claudia Navarro
37	1	Baja autoestima	15	Alta	Soluciones y narrativa	Nora Rentería	Joaquín Torres
38	4	Conflicto padre-hija	2	Baja	Integrativo	Raymundo Macías	Joaquín Torres

Tabla 5. Tabla en la que se muestra el concentrado de familias atendidas por la tercera generación de la Residencia en Terapia Familiar (sin tomar en cuenta a las familias vistas por Marino Aparicio Burón).

De la anterior tabla se puede obtener que, como parte del equipo terapéutico y a lo largo de los dos años de la residencia, participé con 38 familias o clientes /consultantes, a las cuales, en conjunto, se les brindaron un total de 419 sesiones.

Este dato, aunado al de las familias que atendí directamente como terapeuta/coterapeuta, dan como resultado que durante mi estancia en la residencia participé tanto en 46 familias como en 469 sesiones.

Ahora realizaré un breve análisis de tres de los procesos terapéuticos en los que participé como terapeuta (Los nombres son ficticios para guardar la confidencialidad).

1) Consultante: Estrella Ruiz Vázquez

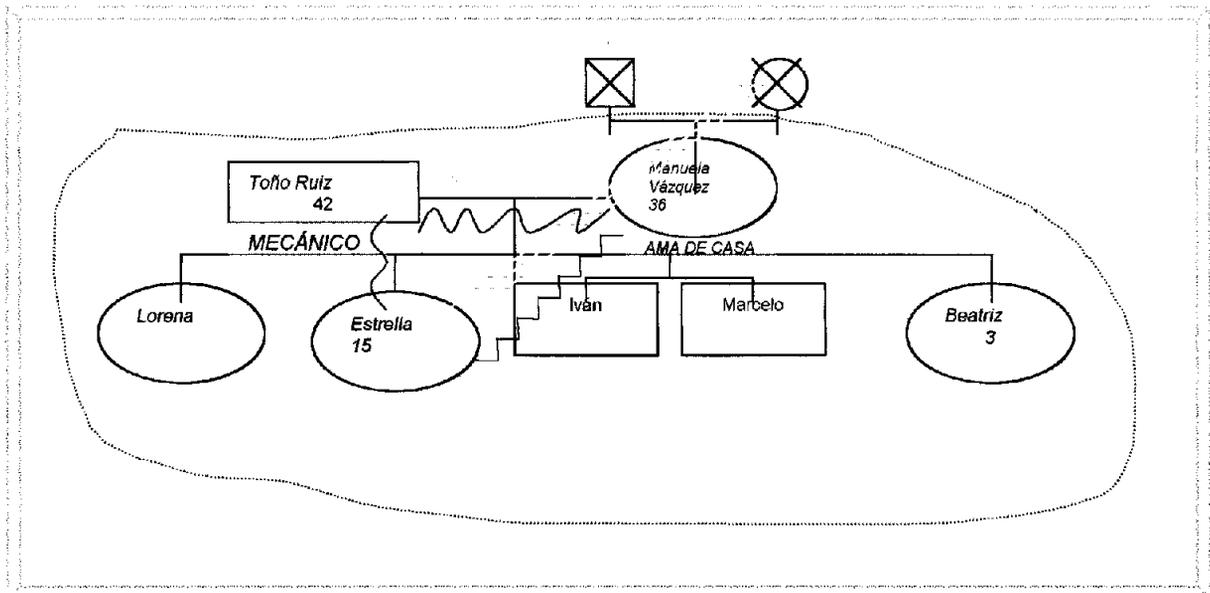
Fecha: 23 de marzo de 2004

Número de sesiones: 1

Supervisora: Carolina Díaz-Walls Robledo

Equipo terapéutico: Ivette Delgado, Blanca López, Claudia Navarro, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Joaquín Torres y Erika Trujillo.

Familiograma:



Motivo de Consulta: La madre de Estrella refiere que la observa nerviosa por problemas familiares, y en particular, por problemas entre los padres. La madre de Estrella tenía su propio espacio terapéutico en la clínica de la Facultad y mencionó que su hija estaba también interesada en acudir a un propio proceso de terapia para hablar sobre lo que le preocupaba. Se le llamó a Estrella por teléfono para establecer una cita y la madre tomó la llamada confirmando el acuerdo de Estrella para asistir.

Resumen del proceso terapéutico.

Sesión 1. Personas que asisten a la sesión: Estrella.

Estrella se muestra muy apenada, cubriéndose con un tapabocas por una infección en la piel que dice tener. Llegó con su tía y se le pregunta si quiere entrar con ella pero decide entrar sola. Dada la pena que muestra Estrella, se dedicó gran parte de la sesión a establecer un rapport. Como parte de esos esfuerzos, el equipo terapéutico decide que también ingrese un miembro del equipo (Alma Téllez) a quien Estrella ya conocía del proceso que llevaba su mamá en esta misma sede clínica. El terapeuta normaliza su pena al comentarle sobre los nervios que comúnmente se tienen cuando se conoce a alguien y que incluso él mismo está nervioso porque quiere que ella esté a gusto en la sesión. La terapeuta también interviene normalizando su pena.

Dado que continuaba mostrándose muy avergonzada pese a los intentos de los terapeutas, el terapeuta le pregunta si ella en realidad deseaba el espacio, a lo que responde que no, que sus papás y demás familiares estaban preocupados por ella debido a que se mostraba muy reservada a raíz de la muerte de su abuela (se encerraba en su cuarto y convivía poco con su familia), pero para ella esto no era un problema sino una reacción porque vio a su familia muy hipócrita el día del sepelio de dicha abuela, esto es, que cree que no les dolió realmente su muerte. Agrega que además su mamá le avisó que tenía cita con el psicólogo en la mañana del mismo día de la cita y tan sólo diez minutos antes de que ella se fuera a la escuela, por lo que no pudo argumentar su desacuerdo.

Los terapeutas la escucharon y validaron su molestia por haber asistido a la sesión sin su consentimiento y se le dijo que no tenía mucho caso tomar una terapia así pues no son las circunstancias ideales y que las personas que asisten deben hacerlo por convicción propia y no por la fuerza. Se le agradece su honestidad y se le pregunta si de cualquier forma habría algo de lo que quisiera hablar, a lo que responde que no. Tras la pausa con el equipo, se le reitera a Estrella que ésta no es la manera en que se inicia una terapia, cosa que appena a los terapeutas, pues se le debió avisar con tiempo y ella debió ser quien solicitara el servicio pues así se partía de una posición de mayor compromiso y respeto a su persona. Se le pidió que pensara si querría aprovechar este espacio y que llamara en una semana para hacer saber su decisión, aclarándole que los terapeutas la respetarían. Dicha llamada no se produjo.

Comentarios sobre el caso:

Trabajar con Estrella en esta única sesión fue una experiencia que me dejó muchas reflexiones; me hizo ver la importancia de no dar por sentado que todas las personas que asisten a consulta van porque realmente están interesadas en ello. La madre de Estrella, que como ya se dijo, llevaba su propio proceso con otra terapeuta de la residencia, era muy convincente al señalar que su hija estaba muy interesada en asistir a terapia e incluso durante la llamada telefónica a su domicilio lo volvió a aseverar. Parecía que no había dudas en ese sentido: Estrella quería tomar terapia. Como en esta supervisión se estaba trabajando bajo el modelo de Milán, durante la preparación del trabajo en equipo, se formularon hipótesis bajo este enfoque pero durante la sesión se tuvo que hacer un mayor esfuerzo para promover un rapport, un clima de confianza con Estrella, y al observar que su timidez persistía, me surgió la idea de que tal vez no estaba aquí por propio convencimiento, así que la pregunta directa de si había venido por su propio interés fue la que nos hizo ver que esto era así. De esta manera se pudo definir que no había algún motivo de consulta o demanda terapéutica pero se le dejó abierta la posibilidad de que ella decidiera más adelante si quería ocupar el espacio para trabajar algo en concreto. Así, en

conjunto, decidimos que por el momento no se continuaría con el proceso. Finalmente, este evento le sirvió a la terapeuta que trabajaba con la mamá de Estrella para reconocer la comunicación indirecta y encubierta que se daba entre los miembros familiares. El trabajo de una sesión con Estrella validó su postura para no asistir sin su consentimiento a terapia y no se abrió un proceso no solicitado.

2) Familia: Cruz Vargas

Periodo de trabajo: 24 de febrero a 25 de abril de 2004

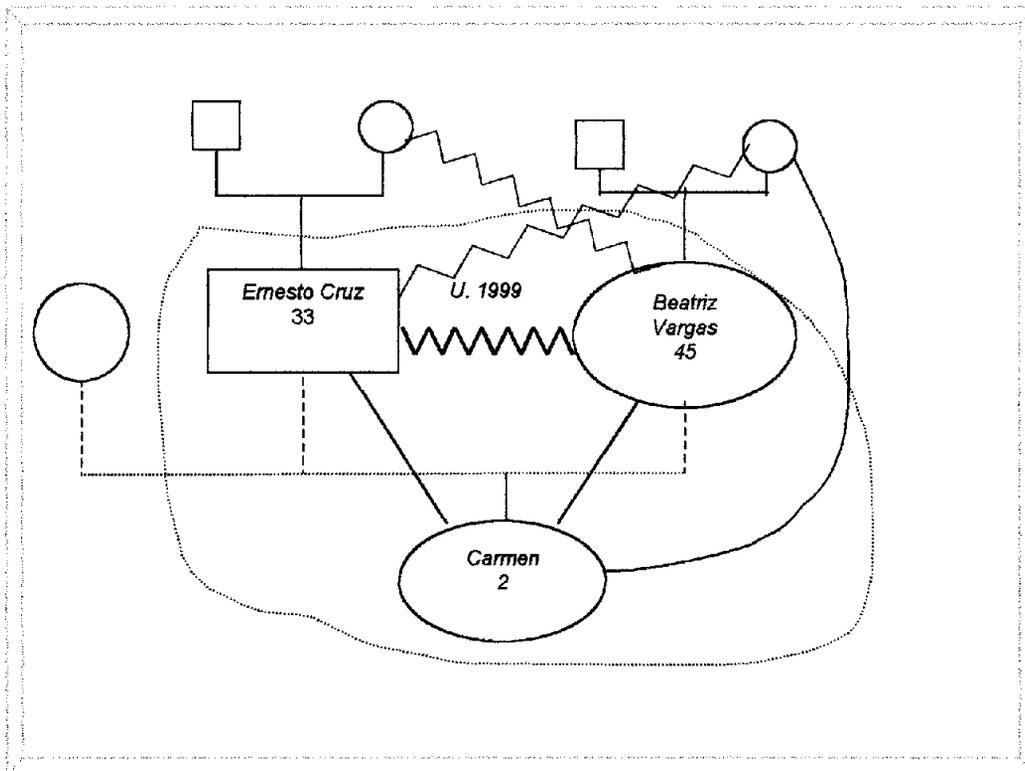
Número de sesiones: 5

Supervisor: Piedad Aladro

Terapeutas: Marino Aparicio y Claudia Navarro.

Equipo terapéutico: Ivette Delgado, Blanca López, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Joaquín Torres y Erika Trujillo.

Familiograma:



Motivo de Consulta: Infidelidad de Ernesto, que trae consecuencias familiares y laborales.

Resumen del proceso terapéutico.

Sesión 1.

Personas que asisten a la sesión: Ernesto y Beatriz.

Ernesto explica que tanto él como Beatriz trabajan en el mismo lugar y que en su trabajo conoció a una compañera con la que entabló una amistad que con el tiempo y sin

darse cuenta, llegó a más. Ernesto quiere que Beatriz entienda que él no lo hizo con el afán de lastimarla ni que lo había planeado. También quiere que ella vuelva a ser alegre con él como antes, pues ahora difícilmente la ve feliz.

Beatriz comenta que la caracteriza el ser muy rencorosa y no perdonar fácilmente. Comenta que ya tenían problemas como pareja y que le dolió mucho que Ernesto le dijera que estaba enamorado de otra persona. Se imagina que por eso Ernesto ya le había pedido que se separaran. A partir de la infidelidad, Beatriz le ha perdido la confianza y eso hace que no pueda mostrarse contenta con él, sobre todo porque Ernesto se ha negado a dejarle de hablar a la otra mujer argumentando que "Beatriz no tiene derecho de prohibirle a quien hablarle".

En este momento se observa un continuo reproche de uno sobre el otro por las situaciones de la relación que no les han gustado y también, la justificación de Ernesto del porqué no se sentía a gusto con la relación y que provocó que otra persona pudiera llegar e involucrarse con él sin darse cuenta.

Tras escuchar cuál es el problema, desde cuándo se presenta y qué es lo que le molesta a ambos, se les pide que digan qué desean que se trabaje en la terapia. Ernesto quiere que ella deje de tener resentimientos, que entienda que él no es el único culpable y que no lo hizo con saña. Beatriz quiere dejar de tener resentimientos hacia Ernesto y que pueda volver a disfrutar de estar bien con él. También quiere estar segura de que la otra relación ya terminó.

Se les dice que es necesario que se trabaje con la relación, con el fin de restablecer la confianza, para después ver si desean trabajar por una buena integración o una buena separación. Los terapeutas hacen una pausa para consultar con el equipo. Con el equipo de trabajo se ve que es necesario seguir explorando sobre la relación para poder ver de qué manera se les puede ayudar.

En esta sesión los principales objetivos fueron el establecimiento del rapport, que cada miembro de la pareja pudiera definir el problema, sus efectos en la relación de pareja y, a partir de allí, definir un objetivo concreto a alcanzar.

Sesión 2.

Personas que asisten a la sesión: Ernesto y Beatriz.

Beatriz comenta que no ha visto muchos cambios, que ha podido sobrellevar el asunto de la infidelidad en su casa, pero que al terminar el día de trabajo, se siente muy molesta y provoca a Ernesto con comentarios sarcásticos sobre su otra relación. Ernesto comenta que también ha notado pocos cambios. Los terapeutas comentan que esto es natural dado que apenas se estaba en la etapa de exploración.

Se exploran los lados fuertes de la pareja, revisando lo que cada uno vio en el otro que les atrajo. A Ernesto le gustaba que Beatriz platicara con él, su inocencia (pues ella no entendía cuando sus compañeros de trabajo hablaban en doble sentido). Beatriz, por su parte, comenta que Ernesto le gustó físicamente desde el inicio, pero inicialmente pensó que estaba muy chico (le lleva 12 años). Sin embargo, se empezaron a tratar y le agradó que él fuera tímido y serio, pues le daba confianza para platicarle cosas personales; también le gustó que la buscara. Ernesto comenta que después de un año de noviazgo ya habían

pensado vivir juntos y también tener un hijo (con resultados infructuosos). Finalmente Beatriz se embarazó y tuvieron a Carmen.

Ernesto reitera su deseo de que Beatriz deje de tener resentimientos y que se lleven bien, ya sea juntos o separados. Beatriz comenta que quiere trabajar sobre ella misma pues hay cosas que no le agradan y que incluso afectan la relación con su hija y también quiere que las cosas vayan mejor con Ernesto.

Los terapeutas les comentan que el equipo entiende todo el proceso que tuvieron que pasar para llegar a ser la pareja que son, que se les preguntó desde el inicio de su relación para darse cuenta de cómo es que llegaron hasta este momento en que ambos buscan no tener resentimientos. Se les comenta que en terapia se trabajará para ver si quieren una buena integración o una buena separación y que independientemente de ello, posteriormente se tendrá que trabajar sobre su relación como pareja parental, pues siempre serán los padres de Carmen y tendrán que llegar a acuerdos para beneficio de ella.

En esta sesión los principales objetivos fueron la normalización de que no hubo cambios dado que se estaba todavía en la etapa de exploración, la revisión de los lados fuertes de la pareja a través de la historia de la formación de la relación y qué de estos recursos se podrían emplear, además de enfatizar que si terminan como pareja tendrán que mantener el vínculo parental con respecto a su hija.

Sesión 3.

Personas que asisten a la sesión: Ernesto y Beatriz.

Beatriz comentó que la terapia le ayuda a sentirse bien, pues ha podido hablar sobre la historia de cómo se conocieron. El terapeuta les indicó que le gustaría saber cómo se estaban llevando en estos momentos, invitándoles a describir un día común. Ernesto explicó que él se levanta, desayuna y ayuda en las labores de la casa mientras que Beatriz se va a correr y cuando ella regresa, platican. Comenta que casi todo el día están juntos y que entre semana esta es la dinámica que llevan. Por otra parte, comenta que no en todas las ocasiones puede platicar con Beatriz: "A veces se pone así, como ahorita (triste), a lo mejor se acuerda de algo, y al preguntarle que tiene, ella dice que nada, como que no me tiene confianza, pero de repente no sé por qué se pone así". Explica que últimamente han adoptado la costumbre de preguntarse ¿Cómo estás?, pero en ocasiones ambos se quedan con ganas de decir algo. Ernesto explica que cuando esto sucede, él trata de identificar la forma que tiene Beatriz de reaccionar.

Se les pregunta: ¿qué tendría que pasar para que cada uno de ellos se sintiera bien? Beatriz responde que él tendría que poner más de su parte. En este momento se intenta una escenificación, pidiéndole a Beatriz que aprovechara que tiene a Ernesto enfrente y le dijera directamente y mirándolo, lo que necesita para sentirse bien y de manera concreta. Sin embargo, Beatriz explica que en este momento no lo puede ni mirar a los ojos y se muestra incapaz de realizar la escenificación. Se nota que ambos tienen dificultades para expresarse de manera directa lo que cada uno necesita, por lo que se les deja de tarea que haga una lista sobre lo que cada uno necesita que el otro haga para sentirse mejor.

En esta sesión los principales objetivos fueron la revisión del patrón de interacciones cotidianas de la pareja, algunas soluciones intentadas por la pareja (preguntarse: ¿Cómo estás?, o que Ernesto tratara de identificar la forma que tiene Beatriz de reaccionar cuando

la ve molesta, aunque no se exploró a fondo la efectividad de las mismas); y la exploración de un futuro hipotético sin la presencia del problema, en el cual hizo falta concretar más las conductas o hechos con los cuales ellos se darían cuenta de que el problema ya no existe.

Sesión 4.

Personas que asisten a la sesión: Ernesto y Beatriz.

Se presentan ambos muy sonrientes y Beatriz más arreglada que en las sesiones anteriores; la terapeuta le comenta que se ve muy bien y Beatriz sonríe. No realizaron la tarea que se les había solicitado la sesión anterior.

Durante la sesión, Beatriz se puede dirigir a Ernesto (lo cual antes no hacía ni cuando se lo indicaban los terapeutas como ejercicio). Hablan de una leve mejoría, que se han llevado mejor durante esta última semana, por lo cual consideran que ya no es necesario venir a la terapia. Los terapeutas les mencionan que se trata de una mejoría muy temprana y que existe el riesgo de que sea una mejoría aparente.

Después de la pausa con el equipo, se regresa con la pareja y se realiza un coro griego: se les comenta que el equipo está en desacuerdo con los terapeutas, quienes consideran que la mejoría es sólo aparente, y que la opinión del equipo es que sí hay un cambio verdadero y que eso implica que se debe dar por terminado el proceso terapéutico, pero de cualquier modo se les cita para hacer un cierre.

En esta sesión los principales objetivos fueron el reconocimiento de los cambios de la pareja (cuando se le reconoce a Beatriz que se ve diferente, que se puede dirigir de manera directa a Ernesto); dada la leve mejoría que de manera imprevista se dio en la pareja, se usó el coro griego para poner en duda la fortaleza de la misma, sin embargo, se dio un error en su aplicación: el equipo terapéutico tenía que ser quien expresara su duda sobre la mejoría y los terapeutas debieron ser quienes validaran los cambios. Finalmente, dada la leve mejoría, se prepara a la pareja para un cierre.

Sesión 5.

Personas que asisten a la sesión: Ernesto y Beatriz.

Ernesto comenta que la relación entre ellos es un poco mejor dentro de la casa y que ha disminuido su malestar. Al explorar sobre la situación en el trabajo, se observa que Beatriz aún desconfía sobre si la otra relación de Ernesto con la compañera de trabajo ha terminado.

Los terapeutas indagan cómo se encuentran en el área laboral, a lo que responden que más o menos, en el área familiar responden que bien y en el área sexual Beatriz responde que bien.

Los terapeutas validan los cambios que notan en ambos (muestran más alegría, su postura es menos rígida) y les preguntan si desean continuar con la terapia. Beatriz menciona que le gustaría una terapia individual para trabajar con cuestiones personales y Ernesto también comenta que quiere un espacio individual porque siente que juntos se entorpecen para avanzar y que estarían mejor cada uno por su lado.

Sobre lo que les sirvió de la terapia, Beatriz comenta que le ha ayudado a sentirse mejor y que se ha sentido muy a gusto trabajando con los terapeutas.

Se les dejó la puerta abierta para que retomaran el tratamiento más adelante, lo cual no sucedió.

En esta sesión los principales objetivos fueron revisar el mantenimiento de la mejoría, cómo está la relación en sus diferentes áreas (laboral, familiar, sexual), los beneficios que obtuvieron de la terapia, el cierre y la despedida.

Comentarios sobre el caso:

En este caso se pudieron aplicar algunas de las estrategias del modelo estructural y del modelo de terapia breve. Del modelo estructural se buscó una escenificación, la revisión de los lados fuertes de la pareja y el uso del equipo terapéutico como coro griego. Del modelo de terapia breve se intentó la identificación concreta del problema, la revisión de las soluciones intentadas y el establecimiento de un objetivo concreto. Se trabajó con esta pareja al inicio del segundo semestre de la maestría, y fue el primer caso en el que intervine directamente, por lo que también se dejó ver mi novatez en el manejo del caso. En este sentido, considero que hizo falta mayor control sobre la secuencia de las preguntas y de las áreas que se exploraban, mayor control sobre la definición concreta del objetivo a alcanzar y el seguimiento del mismo, así como la elaboración de estrategias directamente abocadas a la consecución de dicho objetivo y la aportación de la terapia para la mejoría relativa de la pareja, pues bien a bien, no se ve la incidencia directa que haya tenido nuestro trabajo en ello. Pese a lo anterior, creo que fue de un gran aporte para mi formación el reconocer lo que hice bien, pero sobre todo, lo que hizo falta para ofrecer un servicio más completo a la pareja.

3) Familia: Lety e Iris

Periodo de trabajo: 19 de Noviembre a 10 de diciembre de 2003

Número de sesiones: 5

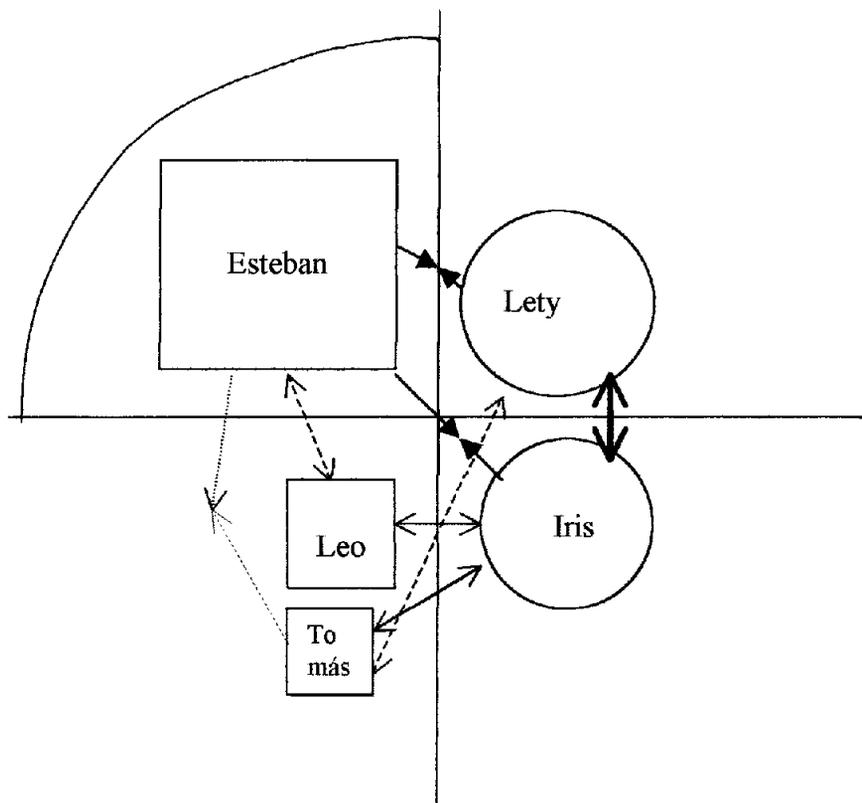
Supervisor: Raymundo Macías

Terapeuta: Marino Aparicio.

Equipo terapéutico: Ivette Delgado, Blanca López, Claudia Navarro, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Joaquín Torres y Erika Trujillo.

Esquema de evaluación familiar:

Dado que este caso se supervisó con el Dr. Raymundo Macías, se utilizó en vez de familiograma, el Esquema de Evaluación Familiar Dinámico Sistémico, propuesto por dicho supervisor, el cual se muestra a continuación:



Este esquema representa la forma en cómo se organiza el sistema familiar según varias características: el tamaño de las figuras indica la autoridad que cada miembro tiene en su familia. La distancia respecto del centro del círculo indica la importancia que cada miembro tiene para la familia. El tipo de interacción entre los miembros se señala con líneas que pueden ser punteadas (indica relación difusa), continuas (relación constante) e incluso pueden ser líneas gruesas (indica contacto fuerte). Las puntas de las flechas indican si la relación es de conflicto (puntas chocan entre sí a la mitad de la línea) o de unión (puntas señalando a cada miembro de la interacción). El círculo está dividido por dos ejes que dividen al sistema en subsistemas paterno filial y de género. De haber en el sistema una tercer generación, se traza una línea horizontal para dividir este subsistema. Finalmente, el círculo en el que se encierra el sistema indica la rigidez o flexibilidad con respecto a su medio: si tiene una línea continua significa que es un sistema flexible, si es punteada significa que es difuso y si es doble o triple significa que es rígido. De la misma manera, cada segmento de los subsistemas pueden tener diferentes permeabilidades con respecto a su ambiente.

El esquema de evaluación familiar de esta familia se obtuvo a lo largo de las sesiones y por la información que proporcionaron sus asistentes. Dicho esquema nos hace ver que el papá (Esteban) es quien tiene más autoridad en la familia, y que Lety e Iris tiene casi la misma autoridad para con el sistema. Sin embargo, Lety es más importante para este sistema familiar (dado que se encuentra un poco más al centro del círculo que los demás miembros). Los hijos hombres son quienes tienen menos autoridad e incluso Tomás es más periférico en importancia para la familia. También se observa una relación estrecha entre Lety e Iris y relación de conflicto de cada una con respecto a Esteban. Iris mantiene una relación de unión con cada uno de sus hermanos. Faltó explorar la relación de Lety con

cada uno de sus hijos varones, pero parece que es difusa. También cabe señalar que Esteban se muestra rígido en cuanto a su relación con miembros externos a su sistema familiar.

Motivo de consulta: Problemas escolares de Iris. En la sesión se observa que la señora Lety está preocupada debido a que Iris ha obtenido malas calificaciones.

Resumen del proceso terapéutico.

Sesión 1.

Iris reprobó el año pasado dos materias (Matemáticas y Lógica) de 12 que llevaba, por lo que sacó un promedio de 6.9. En este año ha reprobado 5. En promedio tiene entre 6 y 7 de calificación. La materia en que mejor salió fue inglés (9). Quieren, tanto Lety como Iris, que Iris obtenga mejores calificaciones y que pase todas sus materias.

Lety explica que los hermanos de Iris le ayudan a estudiar y que ven que sí sabe pero que no entienden qué le pasa que reprueba. Iris comenta que se pone muy nerviosa, le sudan las manos y se regresa a revisar si contestó bien las preguntas. Explica que se preocupa de que tiene que sacar 10 para pasar la materia y que sus papás no se peleen. Lo peor que pudiera pasar sería que su papá la regañara o que la sacara de la escuela. Se siente culpable de que sus padres se peleen (llora). La mamá llora también y le comenta que no es ella la culpable de que peleen pues sabe que ellos pelean también por otras cosas.

Lety explica que como su esposo le pegaba a sus hijos, ella prefirió hacerse responsable de ellos, y esto hace que él la culpe cuando a Iris le va mal en la escuela. Ella siente que no debe ser tan estricto y por eso ella misma le deja hacer más cosas a Iris. Es por esto que discuten entre ellos: uno por ser muy "estricto" y la otra por ser "alcahueta". Entonces es cuando Iris se siente culpable de que sus papás peleen por su culpa.

Iris explica que su familia no sabía el porqué de sentirse tan nerviosa en los exámenes. Se le pregunta a Iris de qué manera le ayudan los demás y ella siente que le sirve: que sus hermanos repasen con ella, que su mamá le diga que sí puede cuando está desesperada con la tarea, que su mamá no la presione con quehaceres cuando tiene tarea, que no le exijan un 9 ó 10, y que sus amigas estudien con ella.

El cambio mínimo que notaría es que empezara a sacar entre 6 ó 7 en las materias reprobadas. ¿Qué le serviría de la terapia?. Quisiera no estresarse.

El terapeuta les pide que para la próxima sesión asistan las dos y que si más adelante quisieran que viniera el papá o incluso los hermanos, lo pueden hacer. A Iris se le deja de tarea que de aquí a la próxima sesión observe qué le gustaría que siguiera sucediendo y qué no le gustaría que siguiera sucediendo (tarea de la primer sesión, del modelo de soluciones), pues se exploró un poco ya en la sesión de la ayuda que le sirve y de la que no le sirve pero que es necesario que sea muy observadora en esta semana y lo traiga por escrito para la próxima sesión.

Sesión: 2

Se revisa la tarea de la ayuda que le da su red social y que le sirve y que no le sirve. Los amigos le dicen que es guapa, inteligente pero que tiene problemas de autoestima porque ella no se siente guapa. Lety comenta más adelante que empezó a sentirse así a raíz de que terminó con un novio.

Se habla de lo que hace el papá para ayudarla y que no le sirve y explican que habían acordado entre Lety e Iris que ésta no le pediría ya nada a su papá. Esto se dio porque en una ocasión su papá se molestó porque la buscaron en su casa en dos ocasiones y él le gritó y le dijo que no podían ir a buscarla y menos ahora que había reprobado pues era una inútil. No se pudo cumplir este acuerdo porque el dinero que le daba Lety no era suficiente e Iris le tenía que pedir a su papá.

Sobre lo que sí le sirve a Iris para salir bien en sus materias, explica que además de los resúmenes, hace cuadros sinópticos y definiciones de los temas. También está asistiendo a un curso los miércoles en las tardes para pasar Matemáticas I. De Lógica se había inscrito a una materia en la noche pero la dejó porque salía hasta las 10 p.m. y no le gusta salir tan tarde de la escuela; espera pasar la materia en extraordinario.

Lety se siente abrumada porque su esposo le dejó toda la carga del cuidado de su hija. Luego le echa en cara que los hijos no obedezcan pues no levantan las cosas tiradas, lo que le molesta mucho a Lety. Esteban le dice que si él fuera quien pusiera orden, la casa estaría muy limpia. Los hijos sí hacen quehacer pero sólo cuando se los pide Lety pero le gustaría que lo hicieran sin que se los pidiera. Si le funcionó dejar que ellos lavaran su ropa pero le cuesta trabajo no levantar la ropa y lavarla cuando la ve tirada. También se ve que es la intermediaria entre su esposo y sus hijos pues a través de ella se hacen las peticiones que quiere Esteban de sus hijos, pero no funciona mucho porque no le obedecen. Se le pide que reflexione de qué manera puede dejar de ser la intermediaria y así fomentar que se acerque más la familia, pues es lo que ella quisiera.

Lety se siente entre Esteban e Iris pues cuando salen, su esposo quiere que vayan directo a lo que van a comprar e Iris quiere ver con más calma. Al final se hace tal como quiere Esteban. Se le pide a Iris si está dispuesta a hacer un sacrificio y se le deja como reflexión si está dispuesta a salir una vez al estilo Esteban y otra a su estilo, quedando esto como salir ella y su mamá solas, pues es una forma en como le puede ayudar a su mamá a no pelearse tanto con su papá. También se le pide que le haga una entrevista a Tomás de sus estrategias para salir adelante sin tantos problemas. A la mamá se le pidió como reflexión que al salir al estilo Esteban, se aliara a su esposo, pues Iris aceptaría salir de esta manera y necesita de su ayuda para que se cumpla esto.

También se le piden sus calificaciones a Iris de la prepa y se deja abierto de que vengan las dos o sólo Iris.

Sesión: 3

Asisten nuevamente las dos. Lety comenta que discutió con su esposo. Menciona que anteriormente ya habían tenido problemas porque ella se iba a bailar con su hermana y amigas y él no iba porque no le gusta bailar. En estos días volvió a ir y al regresar fue cuando empezó la discusión con Esteban, pues le disgustaba que saliera con su hermana, quien tiene parejas informales y esporádicas y teme que ella sea igual. Decidieron que ya no podían seguir así y que alguien tenía que irse de la casa. Mientras decidían quién, Lety dormiría en el cuarto de Iris. Ya más tranquilos él le dijo que se dieran otra oportunidad para llevarse mejor y que dentro de los cambios que pedía él estaba poder intervenir en la educación de Iris. El próximo fin de semana se va Esteban de viaje y al regresar van a platicar sobre lo que Lety decidió.

Lety comenta que ha decidido continuar con su esposo y que acepta que intervenga en la educación de Iris pues a ella ya no la obedece (narra Iris llegó de una fiesta con aliento alcohólico y en otra más tarde de lo que habían acordado y que no llega de la escuela a la hora que han acordado -6 de la tarde-). Iris llora y comenta que ya le había dicho que iba a echarle más ganas y que está segura que al intervenir su papá le van a restringir permisos pues al final se hace sólo lo que dice él, que la va a presionar más y que va a tener menos amigos.

El terapeuta le dice a Lety que el acuerdo que va a tener con su esposo es un muy buen intento para pelear menos como pareja y que Iris se atribuya menos que los problemas entre ellos son por su causa. La felicita por ayudarle de esta manera a su hija para que no se preocupe por los problemas entre sus papás en los que ella estuviese involucrada. Le pregunta a Iris cuánto en porcentaje (similar a preguntas de escala, del modelo de soluciones) se peleaban sus papás por cuestiones que tenían que ver con ella antes de que entrara en la prepa y ahora que está en la prepa. Responde:

Según Iris	Por cuestiones relacionadas con ella	Por cuestiones no relacionadas con ella
Discusiones entre los papás antes de la prepa	10 %	90 %
Discusiones entre los papás antes de la prepa	90 %	10 %

Se le pregunta a Iris qué prefiere, si preocuparse porque sus padres pelean entre sí o preocuparse porque su papá la va a presionar más. Contesta que si su mamá ya tomó la decisión, que ni modo. Se le insiste al decirle que ambas situaciones son difíciles para ella, pero que anteriormente comentaba que estaba preocupada porque sus papás peleaban por ella y ahora va a ser distinto, entonces qué preferiría, que se preocupe porque se sigan peleando por ella o porque su papá la va a presionar más. Responde que prefiere lo segundo. Agrega que le molesta saber que al final su papá va a ser quien tome las decisiones y Lety le pide que confíe en que ella como mamá no va a permitir que se haga sólo la voluntad de él. El terapeuta le pregunta si se llega a dar el caso de que Iris quiera ir a un lugar y ella esté de acuerdo pero Esteban no, cómo lo negociarían. Responde que si entiende que su esposo tiene la razón no la dejarían ir pero que si no la tiene lo trataría de convencer de que la deje.

El terapeuta le dice a Iris que entiende que ella desconfíe de que no se vaya a hacer sólo lo que diga su papá pero que es necesario darle a Lety el beneficio de la duda, pues nada es igual en las familias; antes su papá era quien decidía, luego su mamá cumplió esta función, pero ambos no pudieron solos, y ahora intentan funcionar como equipo y parece ser que lo harán bien dado que son complementarios: uno tiende a la rigidez y otro a la excesiva flexibilidad.

Se le deja de tarea a Iris que vea cómo se comportan sus papás en estas vacaciones y traiga en la siguiente sesión sus impresiones de si se hizo sólo lo que su papá dijo o si Lety intervino también en ello.

El terapeuta les comenta que como ya han establecido una estrategia los papás, sugiere ver en las próximas sesiones ya en concreto la problemática de Iris (pensamientos obsesivos durante los exámenes y que le impiden desempeñarse adecuadamente al responder), a menos que los papás quisieran continuar asistiendo. Lety comenta que Esteban ha aceptado asistir a la terapia (a pesar de que no está tan de acuerdo pues cree que deben salir adelante ellos solos) como una manera de ayudar y demostrar que intenta cambiar. El terapeuta le manda felicitar pues es un buen intento por hacer cosas distintas. Iris comenta que todavía no quiere que venga su papá y que si ya se van a enfocar a lo de los exámenes, que prefiere venir sola. El terapeuta les deja abierta la posibilidad de asistir a todos los miembros familiares cuando así lo deseen y que incluso se les puede dar a los papás alguna sesión para ellos solos (con el fin de revisar cómo llevan a cabo las negociaciones con respecto a los permisos para Iris) o bien se les podría dividir una sesión para ver primero a unos y luego a otros.

Sesión: 4

Llegan Lety e Iris. El terapeuta les sugiere si se divide la sesión en dos partes: la primera con las dos para ver la situación familiar con respecto a los permisos y la segunda para trabajar en concreto sobre la parte académica de Iris. Ambas están de acuerdo.

Primera parte de la sesión.

Comentan que estuvieron muy bien en vacaciones, que no tuvieron discusiones y que en cuatro ocasiones Iris les pidió salir con sus amigos y le dieron permiso en tres de ellas. Se le pregunta a Iris sobre sus temores de que fuera sólo su papá el que tomara decisiones y que iba a tener menos permisos, dice que no fue como esperaba pues sí la dejaron salir y que el papá no es el único que decide.

Sobre los permisos, Lety comenta que a Esteban le gustaría que Iris le pidiera los permisos a él, cosa que no sucede. La interacción para pedir permisos se da así: Iris le pide permiso a Lety, Lety le dice que si su papá lo autoriza, para ella no hay problema, Iris no le quiere decir a su papá y entonces Lety le comenta a Esteban sobre el permiso. Si él está de acuerdo, Lety le comenta que sí le dan permiso. Si no le dan permiso, Lety le comenta que su papá no quiso. Con esta descripción se observa que Lety elude la responsabilidad de ser quien niega los permisos, dejándole esa responsabilidad a su esposo.

Segunda parte de la sesión

Las materias que reprobó Iris son **Ética**, historia, Anatomía y Estéticas (Danza).

Danza reprobó por inasistencias y comenta que lo solucionará asistiendo a sus clases. Tiene cuatro horas de clase a la semana (lunes y miércoles).

Ética e Historia se le dificultan los contenidos, aunque dice que continuará con sus estrategias de estudio (resúmenes, cuadros sinópticos y ayuda de sus hermanos). Estas materias quedan pendientes para establecer alguna estrategia por parte del terapeuta, siguiendo la estrategia de *no apresurarse*, del modelo de terapia breve.

En cuanto a **Anatomía**, menciona que no tenía problemas salvo en el examen. Cumplió con sus trabajos y participaciones y se sabía el contenido de los temas. Manifiesta que su

profesor le dijo que necesitaba tan sólo el 7 para exentar y esto la estresó. En el examen se sintió presionada por sacar una calificación mínima y con la idea de que si reprobaba sus papás pelearían, se puso nerviosa y ya no pudo contestar algunas preguntas. Sacó 5 en ese examen bimestral.

Tras la revisión de estos dos temas, se dejan tareas a cada una:

Intervención para lety.

Se le pide que antes de que le diga cualquier propuesta a Iris, primero lo platique con Esteban y que entre los dos decidan si le darán permiso o no y le hagan saber su decisión estando los dos padres presentes. Cuando acuerden en darle permiso, será Esteban quien se lo dirá a Iris; cuando acuerden en no darle permiso, será Lety quien se lo dirá. Se justifica la idea a Lety en que le tiene que ayudar a Esteban e Iris en acercarse y esto se hará cuando vea Iris que él también autoriza permisos, por eso se le pide que él dé esas noticias. También se le comenta que es necesario que Iris se dé cuenta de que habrá ocasiones en que ella (Lety) no estará de acuerdo en darle algún permiso y se lo tiene que hacer saber. La forma en que se lo dirán será solamente: “lo hemos platicado y decidimos darte / no darte permiso”, sin que ahí se ventile quién estuvo o no de acuerdo con el resultado, pues fue una decisión conjunta.

Esta tarea se le dio a Lety pues se observa que no quiere asumir un costo en la alianza que tiene con Iris al negarle los permisos para salir y por eso le adjudica esta responsabilidad a Esteban. Esto hace que Iris se mantenga distante de Esteban y cerca de su mamá. Con la tarea, se intenta poner a un mismo nivel a ambos padres y que con esto Iris y Lety disminuyan su alianza para que Iris fortalezca su relación con Esteban.

Como no va a poder asistir Lety en la próxima sesión por cuestiones laborales, se le pide que haga llegar por escrito su opinión de cómo le fue con esta tarea.

Intervención para iris.

Se le dejan dos tareas:

- Se centró el trabajo en Anatomía. Se le instruye sobre los pensamientos automáticos (acontecimiento – pensamiento – emoción) y se acuerda con ella que **en la noche de cada dos días haga una recapitulación de los momentos en que sienta una emoción intensa, tanto agradable como desagradable, poniendo énfasis en este análisis antes de los exámenes**, sobre todo en el de Anatomía que ya tiene próxima fecha (martes 13 de enero).
- Se le pide que **el día del examen**, como ya se acordó que los pasos lentos eran los más seguros, **el objetivo no era sacar diez, sino 6 ó 7**. Ambos acordamos que saque un 6. entonces se le pide que antes que nada, escoja del examen aquellas preguntas que no va a contestar, par sacar ese 6. Aquí se está usando la intervención principal de intentar forzar algo que sólo puede de modo espontáneo, del modelo de terapia breve, que consiste en que el paciente primero manifieste de forma controlada su problema, como primer paso para solucionarlo.

Sesión: 5

En esta sesión sólo acude Iris. Me entrega la carta de su mamá en la que explica cómo le ha ido con la tarea y en ella me comenta que ha intentado que su esposo sea quien autorice los permisos, cuando así lo han decidido ambos, pero no lo ha logrado en todas las ocasiones, pues a veces tiende a ser ella quien negocie con su esposo para que sí dejen salir a su hija a algún paseo. Pese a esto, ha podido en otras ocasiones platicar con su esposo y seguir la regla de que si se le autoriza el permiso, se lo diga él, y si se le niega, se lo diga ella. Además, también está fomentando que sea Iris la que directamente le pida el permiso a su papá. Iris comenta que esto le ha servido porque ahora siente que los pleitos de sus papás ya no tienen que ver con ella, esto es, que se siguen peleando sus papás, pero ya no es por su causa. Le pido que en porcentajes (pregunta de escala, modelo de soluciones) me explique cómo han cambiado las discusiones que tienen sus papás y explica que ahora del 100% de veces que se pelean, sólo un 20% tiene que ver con ella, lo cual la hace sentirse más tranquila.

Iris también explica que llevó a cabo el ejercicio de detección y detención de pensamiento antes del examen para no estresarse, y que también escogió en qué preguntas no se preocuparía por contestarlas, para sacar un 6. Sin embargo, como le sobró tiempo, regresó a contestarlas y sacó 7 en el examen. La felicito por haber logrado el objetivo de no intentar sacar más de la calificación que habíamos acordado y que, por tanto, es un resultado exitoso (con este mensaje reitero el cambio de interpretación de las calificaciones que son consideradas como “regulares” al mencionarlas como un resultado exitoso, además de que también se reitera que los pasos lentos son los más seguros –estrategia del modelo de terapia breve-). También le pido a Iris que felicite a su mamá de mi parte por los cambios que está iniciando.

Iris se siente muy satisfecha con los logros que está llevando a cabo y le pregunto qué más haría falta para lograr los objetivos por los cuales vino a terapia. Menciona que tal vez pudieran hablar sobre un ex novio. Le comento que lo podemos platicar y que es preferible que sea después de lograr totalmente el objetivo inicial, que era que mejorara en su calificaciones. Le dejo abierta una cita más para ver qué más de ese objetivo desearía lograr.

Ya no asisten a las siguientes sesiones, por lo cual entiendo que el objetivo por el cual asistieron fue alcanzado.

Análisis del caso

Para el análisis de este caso elaboraré dos esquemas: el primero será bajo el enfoque del modelo de terapia breve del MRI, que sirvió para establecer la evaluación del problema; el segundo esquema lo haré bajo el esquema de evaluación propuesto por el supervisor del caso, el Dr. Raymundo Macias, y que sirvió para evaluar los resultados de la intervención.

- Modelo de MRI

1. Establecer el problema del cliente.

Problemas escolares de Iris. En la primer sesión se observa que el problema es que se pone muy nerviosa al momento de elaborar los exámenes. Sus hermanos le ayudan a estudiar y reconocen que sí sabe pero en los exámenes se pone muy nerviosa, duda de sus respuestas,

lo que hace que las vuelva a ver para revisarlas y esto hace que aumente su angustia. Se siente presionada pues cree que no debe reprobar para que sus papás no se peleen por ella. Dice que si pasa las materias sus papás ya no tendrían motivo para discutir por ella.

2. Establecer las soluciones intentadas por el cliente (con una X se señalan las que no son efectivas, esto es, las que tienden a mantener el problema).

Iris hace resúmenes de sus materias.

Los hermanos le ayudan a estudiar y le hacen preguntas sobre las materias.

Los hermanos le dicen que a ella le va bien porque su papá no la golpea como a ellos. X

Lety la alienta diciéndole "tú puedes", cuando la ve desesperada con sus materias.

Lety le da tiempo para hacer sus deberes escolares, esto es, si hay quehaceres de la casa y tiene tarea, Lety le deja hacer su tarea.

Lety no le exige un 9 ó 10 de calificaciones.

Lety la apoya para asistir a terapia.

Lety le reclama a Esteban que sea tan exigente con Iris. X

Esteban la regaña o le grita. X

Esteban le revisa sus calificaciones y si le gustan, le da dinero para ropa pero si no le gustan, le quita todo apoyo económico. X

3. Decidir qué se debe evitar.

Evitar decir que no se debe preocupar, que no es su culpa que sus papás se peleen, que le debe echar ganas al estudio.

4. Formular un enfoque estratégico.

Decirle que si pasa este periodo de prueba, su papá se sentirá muy satisfecho de ella. Por ello, debe seguir mostrando dificultad para salir adelante y que vea su papá que se esfuerza y que necesita que él le enseñe cómo salir adelante, así también se sentirá necesitado por ella y motivado a ejercer sus funciones de mentor.

5. Formular tácticas concretas.

No apresurarse en lograr cambios.

Puede ser la estrategia principal el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea. Esto porque Iris se esfuerza demasiado para sacar buenas calificaciones y no preocuparse ni angustiarse durante los exámenes, entonces busca forzar su tranquilidad en los exámenes, cuando esto se debe dar de manera espontánea. Puede darse una solución si renuncia a esforzarse tanto y usa, tal vez, las habilidades más relajadas de Tomás.

Ejemplo: En el próximo examen, no me importa la calificación que tú obtengas, sino más bien el hecho de que es una oportunidad para aprender algo más acerca de tu problema. De hecho, te garantizo que, por más que hayas estudiado, no obtendrás en él una nota superior a 90 sobre 100. Cuando te entreguen el examen, quiero que leas detenidamente las preguntas que aparecen en él. Entonces, elegirás una y la dejarás sin respuesta, a pesar de lo mucho que sepas sobre el tema. Tengo el máximo interés en cómo elegirás dicha pregunta, porque gracias a este proceso aprenderás algo útil sobre el problema.

6. Vender la tarea.

Se les dijo que los cambios pequeños son los más fuertes y que por eso es necesario ir despacio. Además se le deja de tarea la prescripción de la primera sesión, del modelo de soluciones.

7. Formular objetivos y evaluar resultados.

Tiene reprobadas del año pasado Lógica y Matemáticas. En este año lleva 5 reprobadas. Quiere sacar 6 ó 7. Hay que especificar en cuántas materias quiere sacar esta calificación. Esto se verá reflejado hasta el siguiente examen ¿Cuándo son sus próximos exámenes?, mientras esto sucede, de qué manera se daría cuenta de que habrían cambios?

Interacción de las situaciones problema (tanto el examen, como cuando su papá la regaña).
¿Qué los hizo venir en este momento y no antes o después?

- *Modelo del Dr. Raymundo Macías*

Identificación del problema, en todos los ambientes.

Problemas escolares de Iris. En concreto, padece mucho estrés al momento de enfrentarse a los exámenes. No tiene problemas de estudio pues elabora esquemas, palabras claves, resúmenes y también sus hermanos la ayudan a estudiar. El problema en concreto surge al momento del examen, cuando se enfrenta a preguntas difíciles que le hacen pensar que, de reprobar, su papá la va a regañar y a presionar, lo que hará que su mamá intervenga y discuta con él, por lo que se adjudica la responsabilidad de que sus padres no peleen, y esto la imposibilita para desempeñarse adecuadamente en la solución de los exámenes.

Lety también tiene problemas con su esposo. A raíz de que él era muy estricto y violento con sus hijos, ella decide tomar control de los hijos, lo que ha hecho que el esposo le deje toda la carga y responsabilidad por las posibles consecuencias de fracaso, sobre todo, de Iris. Esto ha hecho que convivan menos. Al nivel de pareja, se ve que están alejados en la convivencia social. A Esteban no le agrada convivir mucho con los familiares o amigas de Lety, lo que hace que ella salga sin él y, al regresar, discutan.

Lety ha tenido problemas en el establecimiento de límites hacia Iris, por lo cual ésta última no ha cumplido con los acuerdos establecidos y no ha recibido alguna consecuencia por su incumplimiento. Lety siente que se le está saliendo de las manos la educación de su hija, por lo cual decidió buscar ayuda, sobre todo en el aspecto académico.

Esteban es una persona que le gusta defender sus ideales, con cierta rigidez, lo que le ha ocasionado problemas a nivel familiar (es muy exigente con los hijos).

Parece que no hay problemas en cuanto a los hijos mayores, salvo en su relación con Esteban, con quien conviven poco y es fácil que lleguen a tener discusiones entre ellos, sobre todo entre Tomás y Esteban.

Iris también manifiesta como problema que sus padres no le den los suficientes permisos para convivir con sus amigos pues no se han adaptado a la idea de que ya no es una niña, sobre todo su papá, quien es muy celoso y no le da permiso de ir a fiestas o de que sus amigos la visiten, y mucho menos de tener novio.

Pese a que existen otros problemas dentro de la familia, sólo se enfocó el tratamiento al motivo de consulta presentado por Leticia e Iris: la reprobación de materias debido al estrés ante los exámenes.

Recursos

- Disposición de Lety para apoyar a Iris (asistiendo a terapia y dándole dinero para la misma).
- Interés de Iris en tomar terapia.
- Interés de Iris por mejorar sus calificaciones (ir a terapia, asistir a clase vespertina de regularización).
- Interés ulterior de Esteban por asistir a terapia y apoyar en la educación de Iris.
- Cumplimiento de Iris en su vida académica, esto es, cumple con sus tareas.
- Varios métodos de estudio de Iris (resúmenes, esquemas, palabras clave).
- Iris tiene antecedentes de buenas calificaciones en la primaria y secundaria.
- Los hermanos ayudan a estudiar a Iris.
- Interés de Esteban y Leticia para continuar viviendo juntos y apoyarse para trabajar de manera conjunta en la educación de Iris.

Jerarquización de problemas.

Como ya se mencionó, el problema principal y en el que quieren trabajar los miembros de la familia que asisten a terapia es la reprobación de materias de Iris, sin embargo, tras un análisis del tiempo que le dedica la familia durante las sesiones y la intensidad emocional que manifiestan al expresar los problemas que tienen, se puede deducir la jerarquía que le dan Lety e Iris a los demás problemas expuestos:

- Reprobación de materias de Iris por un estrés ante la presentación de exámenes. Esto es, reprobó Matemáticas IV (seriada) y Lógica en el primer año, y en este segundo año lleva reprobadas 5 materias.
- Discusiones entre Lety y Esteban por falta de acuerdos en cómo ocupar o compartir el tiempo libre y en la educación de los hijos, sobre todo de Iris.
- Principalmente para Iris, que no le brinden las libertades propias de su edad y no pueda salir o estar más tiempo en las fiestas (convivir con sus amigos) o que la visiten los amigos o tener novio.
- Para Lety, que no convivan mucho entre ellos como familia, es decir, que no platiquen todos juntos o que no convivan Esteban y sus hijos, y al hacerlo, que sea principalmente para discutir.

Hipótesis diagnóstica dinámico sistémica integrativa.

1.- De manera muy esquemática, se puede observar que Esteban y Lety están en una escalada complementaria: mientras uno se muestra más rígido la otra se muestra más permisiva. Lety se alía con Iris, quien utiliza esta alianza para hacerse de más libertades, pero también es triangulada ante los conflictos entre los padres. De esta manera, mientras Esteban se muestra más exigente, Lety se muestra más permisiva e Iris busca más libertades y tiene problemas académicos, lo que hace que Esteban sea más exigente y así se repite el ciclo. El papel de los hermanos es periférico, pues se muestran alejados, salvo

cuando le ayudan a estudiar a Iris y cuando la escalada complementaria entre los padres llega al riesgo de romper con la relación, interviniendo Leo al señalar los errores de ambos y así disperse la escalada.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO.

Objetivos.

Inmediatos (intervención en crisis). No hay.

Mediatos:

A corto plazo.

- Trabajar con Iris, que no se estrese ante los exámenes.
- Que saque 6 ó 7 de calificación en las 5 materias que ha reprobado en el año lectivo.

A mediano plazo (se obtendrían después de lograr los cambios propuestos para los objetivos a corto plazo).

- Que pase de año.
- Que pase en extraordinario Matemáticas V.
- Que con el curso que toma de regularización en las tardes, pase la materia de Lógica.
- Terminar la preparatoria en un máximo de 4 años.
- Que mejore la relación entre Esteban e Iris.
- Que mejore la relación entre Esteban y Leticia.
- Que Iris, al ir mejor en sus calificaciones escolares, tenga más permisos de convivir con sus amigos y asumir la responsabilidad de ello.

A largo plazo.

- Que Iris concluya su preparatoria y entre a estudiar una licenciatura.

Diseño estratégico.

Aquí se toman en cuenta: el problema presentado, el objetivo propuesto, el o los recursos que se utilizarían, la técnica específica a usar y el marco conceptual en que se basa dicha técnica.

Problema: Problemas escolares de Iris. En concreto, padece mucho estrés al momento de enfrentarse a los exámenes debido a que sus ideas son que si reprueba sus papás pelearán por su culpa.

Objetivo propuesto: Trabajar con Iris, que no se estrese ante los exámenes.

- Que saque 6 ó 7 de calificación en las 5 materias que ha reprobado en el año lectivo.

Recursos:

- Interés de los padres por asistir a terapia y apoyar en su educación.

- Cumplimiento de Iris en sus tareas y buenos hábitos de estudio (resúmenes, esquemas, palabras clave).
- Los hermanos ayudan a estudiar a Iris.

Técnicas usadas:

1.- No apresurarse. Desde el modelo de terapia breve de MRI, se les hizo hincapié que los pasos lentos son los más seguros y que es bueno que le pidan a Iris mejorar calificaciones de reprobadas a 6 ó 7 y no de entrada a 10, y que los cambios se harán de manera paulatina para que sean más sólidos.

2.- Connotación positiva. Lety, y sobre todo Iris, observan a Esteban como una persona muy rígida y exigente. El terapeuta intenta cambiar esta visión en un recurso al decirles que ve en él a una persona muy persistente que lucha por sus ideales. La señora Lety concordó con esto y afirmó que es algo que le atrae de él. El interés era que también Iris notara que Esteban buscaba ayudarlo también para que saliera adelante, aún con una educación estricta. Iris no mostró aceptación de manera abierta ante esta connotación.

También se connotó positivamente que Lety esté de acuerdo con Esteban en educar conjuntamente a Iris y que con esto Iris va a ser beneficiada pues ya no tendrá que preocuparse porque sus papás discutan por ella pues ya estarán trabajando conjuntamente. La connotación positiva se fundamenta en la mayoría de los modelos de terapia familiar, pero se le adjudica más al modelo de Milán.

3.- Tarea de la primera sesión. De acuerdo al modelo de soluciones, se intentó esta primera técnica con el objetivo de explorar recursos y para crear expectativas de cambio, asimismo, también se implementó para saber que sí ha funcionado y que no le funciona o ayuda a Iris a salir adelante. En este sentido, al final de la primera sesión se le dejó a Iris la tarea de que observara qué le gustaría que siguiera sucediendo y qué no le gustaría que siguiera sucediendo y lo trajera por escrito en la siguiente sesión.

4.- Se trabajó de manera individual con Iris en el análisis de los pensamientos que le provocan estrés ante los exámenes (modelo A-B-C de la terapia cognitiva), y se sometieron a comprobación para ver qué otros pensamientos le serían más funcionales, trabajando también con alguna técnica de relajación para cuando se enfrente nuevamente a algún examen.

Marco conceptual

Se trabajó inicialmente con estrategias surgidas del modelo familiar, dado que se intenta ver cómo las interacciones entre los miembros están produciendo que Iris se muestre como la paciente identificada y tenga malas calificaciones escolares. Pareciera que Iris tiene mucho que ver entre los pleitos de los padres (más bien la triangulan) pero a la vez funciona como pegamento para que su relación de pareja persista. No obstante, en la última sesión a la que asistió Lety, reportó que tanto ella como Esteban están buscando una forma diferente de interactuar, al aceptar que tenían problemas e intentaban ponerse de acuerdo y negociar acuerdos, incluyendo la educación de Iris. En este sentido, el cambio que iniciaron los padres parece que iba en vías de que se produjera un cambio en la

totalidad de la familia. Además, como el motivo de consulta está implicado directamente con los pensamientos de Iris ante los exámenes, se vio adecuado elaborar intervenciones a partir del marco cognitivo.

Justifico el empleo de diferentes técnicas dentro del modelo familiar e incluso técnicas de marcos epistemológicos más alejados en que nunca una familia o usuario deben estar al servicio de los modelos sino al revés, los modelos deben estar al servicio de las familias o usuarios, así que estoy empleando las técnicas que, a mi razón de ver, les iban a ser de más ayuda a la familia para lograr el objetivo propuesto en la terapia.

1.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total.

El sistema terapéutico total está conformado por el sistema terapéutico (integrado por terapeuta y cliente / consultante) y el sistema de observación (integrado por el sistema de supervisores y equipo terapéutico) englobados en la institución en donde se realiza el trabajo terapéutico (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002; cit. en Robles, 2005).

El uso de sistemas terapéuticos se ha usado desde los inicios de la terapia familiar y llegó a convertirse en un aspecto crucial en la formación y práctica clínica de los terapeutas familiares sistémicos y posmodernos. Hoy en día, se reconoce que para que se logren criterios altos de formación y práctica clínica es indispensable que el terapeuta cuente con este sistema de apoyo, pues de lo contrario, se puede perder dentro su única visión del proceso (p.e. Lynn Hoffman, comunicación personal, 16 de mayo de 2003).

El equipo y el supervisor forman el sistema observante del que se habla en la Cibernética de Segundo Orden, que plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, pues al estar observando ya está participando dentro de ese sistema, modificando con su acción observante a lo que observa y a sí mismo (Robles, 2005). Al enviar un mensaje a la familia, el equipo espera una reacción, se establecen alianzas con algún miembro de la familia, se juegan emociones relacionadas con la visión de la realidad de cada uno de los miembros del equipo, entre muchas otras posibilidades de acción que evidencian esta participación de los observantes en los sistemas observados (Pineda, 2004).

La riqueza de contar con un sistema terapéutico además conlleva la posibilidad de contar con una multiplicidad de voces que nos indican momento a momento que no existen verdades únicas, que hay un infinito de posibles alternativas de acción, que cada persona puede tener diversas y hasta contradictorias visiones de un mismo hecho, y también que el terapeuta debe mostrar humildad al reconocer que su visión no es la única que cuenta, sino que tiene el mismo peso que todas las voces de ese sistema terapéutico total. Los sesgos de cada uno de los miembros del equipo y los del terapeuta, cuando se juntan, disminuyen los riesgos de univocalidades y se convierten en una visión ampliada de la realidad. Cabe resaltar que, en escenarios de formación clínica, el papel del ambiente relacional entre alumnos y del supervisor es determinante en el fomento de esta multivocalidad, pues un ambiente en donde exista falta de confianza, críticas destructivas, protagonismos, descalificaciones o censuras, medrarán la apertura del equipo de observación y del mismo terapeuta ante esa multiplicidad de posibilidades.

El terapeuta, al sentirse observado, también se coloca en una posición de mayor cuidado respecto a lo que podría estar viendo el equipo y eso le puede generar alternativas distintas de intervención y lo obliga también a tener un mayor cuidado y compromiso ético de su actuar. De la misma manera, cuando se siente atorado, puede reconocer en el equipo una enorme ayuda para compartir sus dudas, temores, emociones, desacuerdos, éxitos y fracasos, que le brindarán la ayuda que tal vez un momento dado no consigue consigo mismo.

El sistema terapéutico ha sido uno de los sistemas que más cambios o evolución ha tenido en el desarrollo de la terapia familiar: desde los trabajos estructurales hasta los equipos reflexivos se observa una gran variedad en cómo pueden interactuar los sistemas para brindar mayores posibilidades de trabajo, con base en la epistemología que cada enfoque maneje. Es así como se han dado varias modalidades de supervisión e inclusión de otros protagonistas del proceso terapéutico, además de clientes y terapeutas, dependiendo del modelo a trabajar y de la postura epistemológica de la que se parta.

De esta manera, dentro de la residencia en Terapia Familiar, en la práctica clínica, se trabajaba en todo momento con equipo terapéutico y los supervisores en turno le daban el giro a las intervenciones que hacían de acuerdo a un modelo teórico en particular. Los supervisores podían estar ofreciendo su ayuda ya sea de manera directa durante las sesiones o mediante la supervisión narrada, en la que todo el equipo y el terapeuta se reunían con él para revisar el caso.

El equipo terapéutico contaba con muchos recursos de intervención durante las sesiones, como el espejo unidireccional, equipo de audio y video, teléfono, el empleo de presiones, intersecciones y post sesiones, entrada de algún miembro del equipo con la familia, la emisión de mensajes vía telefónica o personalmente o el uso de equipo reflexivo.

Refiriéndome en particular a mi participación dentro de la residencia en Terapia Familiar, el desarrollo de mis habilidades clínicas como terapeuta y como parte del equipo de observación fue de menos a más, partiendo de una menor competencia teórico práctica a una mayor competencia y consolidación de habilidades. En el primer semestre participé únicamente como parte del sistema de observación, en el cual además de entrenarme en los modelos estructural y estratégico, también me entrenaba en la manera particular en cómo se podía participar como equipo terapéutico: usando las presiones, intersecciones, post sesiones y coros griegos. Poco a poco también fui aprendiendo a dar mensajes u opiniones de tal manera que no las diera como mis verdades, sino como posibilidades y que esto a la postre fomentara que mi voz fuera mejor escuchada.

Posteriormente, con la idea de aprender la terapia practicándola, empecé a trabajar en coterapia, bajo la guía de un supervisor y demás miembros del equipo terapéutico. Trabajar en coterapia me hizo sentirme apoyado de manera directa con las familias y a darme el tiempo necesario para elaborar mis preguntas o comentarios que hacía con las familias, ya integrando también los enfoques breves orientados a problemas y a soluciones.

Ya para el tercer semestre, contaba con el trabajo directo ya sea como coterapeuta o terapeuta y sentía mayor soltura para actuar dentro de la sesión así como para escuchar los puntos de vista de mi equipo terapéutico. El supervisor desempeñaba roles determinados, lo

mismo que el equipo, a partir de los modelos con los que se dirigía el proceso terapéutico (Modelo de Milán).

Durante la última etapa del proceso de formación y pese a que se seguían revisando modelos particulares de la terapia familiar y las técnicas particulares que se emplean en cada una de ellas (Narrativa y terapias posmodernas), también se dio la oportunidad para que se pudieran integrar los modelos abordados durante la residencia, incorporar partes de teorías, métodos, técnicas, procedimientos variados o incluso a revisar literatura especializada en algún problema (p.e. muerte y duelo, suicidio, etc.), y a propiciar la consolidación de mi propio estilo de trabajo como terapeuta.

Como parte del equipo de observación pude ver también una evolución, pues inicialmente me sentía muy convencido de las verdades absolutas y de que mi visión era muy importante en el trabajo de mis compañeros. Al final de mi formación, pude comprobar que mi visión sí era importante pero que esto no demeritaba las visiones de los demás integrantes del sistema terapéutico total, además de que no tenía que haber una visión ganadora, que todas las que se mencionaban eran útiles o importantes, y me di la oportunidad de dar mis opiniones desde una postura y lenguaje tentativo, como sólo una posibilidad, y con mayor contacto a mis emociones y a mi postura no como psicólogo sino también como ser humano, dando opiniones no sólo de cómo me hacía pensar al estar en contacto con una familia, sino también hacia cómo me hacía sentir.

2. Habilidades de investigación.

Otro de los objetivos específicos de la formación de la residencia en Terapia Familiar es que el estudiante adquiera habilidades para realizar investigación cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares, de pareja y de las personas en general. También se buscaba la adquisición de habilidades para desarrollar programas de prevención y de difusión, con base en los problemas familiares que se aprendieron a manejar. A lo largo de la residencia se pudieron llevar a cabo trabajos que permitieron la adquisición o fortalecimiento de habilidades específicas en el ámbito de la investigación, las cuales son

- Difundir conocimientos a través de los seminarios impartidos dentro de la residencia y de la implementación de un taller comunitario.
- Diseñar un estudio (anteproyecto) siguiendo una metodología cuantitativa.
- Diseñar un proyecto de investigación cuantitativo sobre la traducción de un instrumento psicométrico.
- Obtener datos teóricos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias.
- Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.

Para corroborar lo anterior, se expondrán a manera de resumen, los trabajos que llevé a cabo dentro de la residencia en el ámbito de la investigación.

2.1 Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.

Como parte de los trabajos llevados a cabo dentro de las materias de Medición y Evaluación I y II y Metodología de la Investigación I y II, materias de tronco común de la Maestría en Psicología, se llevaron a cabo diferentes proyectos, que incluían la traducción y análisis factorial de un instrumento que medía el concepto de perdón, la elaboración de un anteproyecto dirigido a obtener información sobre algunas conductas y percepciones que algunos adolescentes mexicanos perciben como manifestaciones de infidelidad, y la realización de seminarios sobre diferentes tipos de investigaciones de corte cualitativo, del cual, como producto particular elaboré una monografía sobre el interaccionismo simbólico.

A continuación presento los resúmenes de dichos trabajos:

Proyecto 1: Estandarización de la escala de perdón (IRRS) de Hargrave y Sells

Resumen

El propósito del presente estudio fue estandarizar la Escala de Resolución de las Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relationship Resolution Scale – IRRS), desarrollada por Hargrave y Sells (1997). Se tradujo y revisó la prueba. Se cambió el nivel de medición de la prueba de dicotómico a tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Totalmente de Acuerdo, De acuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo). Se aplicó el instrumento a una muestra de 107 estudiantes de los primeros semestres de la carrera de Psicología de 3 sedes universitarias (Facultad de Psicología, FES Iztacala y Tecnológico Universitario de México). Los datos obtenidos se analizaron con el coeficiente de confiabilidad alfa, junto con los estadísticos: media, desviación estándar, corrección del ítem con respecto a la escala total y el valor alfa para aumentar el valor de la confiabilidad si algún reactivo era eliminado. Se obtuvo un valor alfa por arriba de 0.80 (0.8048) tras la eliminación de algunos reactivos. Con la aplicación de un análisis de factores, se vio que no había coincidencia entre los factores y los reactivos que componen a cada factor de la prueba original con respecto de la traducida. Se sugiere eliminar los factores que contengan pocos reactivos o elaborar más reactivos para volver a llevar a cabo la aplicación y análisis factorial.

Palabras clave: Perdón, Resolución, Escala, estudiantes universitarios.

Objetivo de investigación: Adaptar un instrumento de medición respecto de la medición del perdón en las relaciones interpersonales.

Resultados

1. Los reactivos que conformaron los nuevos factores de la versión traducida se colocan en la siguiente tabla:

FACTORES									
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X

2	1	24	26	27	28	31	25	23	20
4	12	30	34	32	38	43	42		
5	17	33	35	39					
6	21	36	40						
10			41						
19									
22									

Tabla 1. Relación de reactivos dentro de los factores obtenidos con el análisis factorial

El factor Insight de la prueba original no conservó ningún reactivo, por lo cual desapareció como factor. También hubo otros factores que, a pesar de perder algunos o la mayoría de sus reactivos, conservaron su identidad factorial (Oportunidad para la compensación, Actos manifiestos de perdón, Caos y Comprensión empática), por lo cual se decidió ponerles el mismo nombre. Finalmente, hubo otros factores en los cuales estaban mezclados reactivos de diferentes factores de la prueba original, por lo cual se decidió mantenerlos como nuevos factores y darles nuevo nombre, de acuerdo al contenido de sus reactivos. Asimismo, existen factores con sólo un reactivo, por lo que queda pendiente analizar la viabilidad de mantenerlos como un factor importante del instrumento o bien eliminarlos.

Los factores se nombraron de la siguiente forma:

- I. Oportunidad para la compensación.
- II. Actos manifiestos de perdón.
- III. Temor a mostrar sentimientos.
- IV. (pendiente).
- V. Manifestaciones de furia.
- VI. Pendiente
- VII. Pensamientos de furia.
- VIII. Caos.
- IX. pendiente
- X. Comprensión empática.

A continuación se escriben los factores junto con los reactivos que los componen:

➤ Factor I (Oportunidad para la compensación)

2. Creo que estamos en proceso de restaurar nuestra relación.
4. Creo que esta persona no me volvería a lastimar intencionalmente porque ahora él (ella) tiene fe en nuestra relación.
5. La única forma en que puedo lidiar con esta relación es manteniendo mi distancia de esta persona.
6. Mi relación con esta persona ha mejorado gradualmente con el tiempo tan sólo por estar juntos y tener
10. Las cosas no están completamente resueltas en nuestra relación, pero están mejorando.
19. Nuestra relación mejora un poco cada vez que estamos juntos.
22. Creo que nuestra relación está teniendo progresos y que algún día estará totalmente curada.

➤ Factor II (actos manifiestos de perdón)

1. Esta persona me ha pedido perdón por el dolor que él (ella) ha causado en mi vida.
12. Esta persona admite que me ha hecho cosas malas en el pasado, respecto a nuestra relación.
17. Esta persona ha tomado su responsabilidad por causarme dolor.
21. Cuando hablé con esta persona acerca del daño que me causó, él (ella) aceptó la responsabilidad.

➤ Factor III (Temor a mostrar sentimientos)

24. Nadie sabe cómo realmente me siento.
30. Necesito ocultar cómo me siento realmente.
33. No quiero que la gente se entere de lo que me pasó.
36. Frecuentemente es mejor ocultar tus sentimientos.

➤ Factor IV

26. Estoy apenado(a) por lo que me ha sucedido.
34. Tengo dificultad para comprometerme con otras personas.
35. Me siento desesperado y solo.
40. La gente dice que soy co-dependiente.
41. Después del trabajo o la escuela, no me dan ganas de terminar nada.

➤ Factor V (Manifestaciones de furia).

27. Golpeo las cosas cuando estoy realmente enojado(a).
32. Digo muchas groserías cuando estoy furioso(a).
39. Cuando estoy en una discusión, tiendo a arrojar cosas.

➤ Factor VI

28. Ganar es muy importante para mí.
38. Me siento responsable por lo que esta persona me hizo.

➤ Factor VII (Pensamientos de furia)

31. Tengo ganas de destruir cosas.
43. Frecuentemente me siento enfurecido.

➤ Factor VIII (Caos)

25. Fácilmente pierdo las cosas.
42. Siento mi vida organizada.

➤ Factor IX

23. *La gente no me pregunta mi consejo u opinión.*

➤ Factor X (Comprensión empática).

20. Si yo hubiera tenido el mismo pasado que esta persona, tal vez haría cosas hirientes a otros.

Discusión

Con este primer análisis estadístico se encontró que el instrumento IRRS desarrollado por Hargrave y Sells no mantiene la misma estructura para la población mexicana, tal vez

debido a diferencias culturales. Esta conclusión la corroboran la eliminación de reactivos para lograr una confiabilidad alta (coeficiente de confiabilidad alfa), la obtención de diferentes factores y que los reactivos que conformaban a cada uno de ellos no eran los mismos que se postulaban en la prueba original. Se sugiere la elaboración de más reactivos para cada factor, de tal manera que se cuente con un número suficiente para cada uno de ellos o bien, eliminar aquellos factores que quedaron al final del análisis con uno o dos reactivos. Para tal efecto, es necesario revisar la literatura nacional sobre el perdón y sus componentes.

Referencia

Hargrave, T.D. y Sells, J.N. (1997). The Development of a Forgiveness Scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23 (1), 41-62.

Anteproyecto 2: Percepción de conductas infieles y su relación con el sexo y el tipo de relación de pareja

Resumen

La infidelidad es una relación extra, que se da fuera de una relación monógama (matrimonio, unión libre, noviazgo), que puede ser de tipo sexual, emocional o de ambos y la cual viola el convenio implícito o explícito de exclusividad sexual o emocional que se tenía con la pareja formal y que se da sin el conocimiento o consentimiento de esta última (definición del autor). El propósito del presente anteproyecto es conocer la percepción de algunas manifestaciones específicas de conductas consideradas como infieles, ya sean afectivas, sexuales o combinadas, en una población mexicana (alumnos de licenciatura en Psicología de Ciudad Universitaria, UNAM) e investigar si existen diferencias significativas en esta percepción por sexo (hombre y mujer) y tipo de relación de pareja (casado, soltero en unión libre o soltero en noviazgo). Se elaborará un instrumento cuyos reactivos se obtendrán de una entrevista abierta realizada a 20 estudiantes de Psicología en donde se les preguntará sobre situaciones específicas que ellos consideren como actos infieles. De este trabajo se procedería a la elaboración de un instrumento cerrado.

Palabras clave: Infidelidad, conductas infieles, estudiantes universitarios, relación de pareja.

Diseño Experimental

Se llevará un estudio cuasi experimental 3 x 2 (tipo de relación de pareja x sexo).

Variable dependiente:
Respuestas al cuestionario.

Variables clasificatorias:
1. Tipo de relación de pareja
Solteros
Casados
Unión libre

2. Sexo
Masculino
Femenino

Método

Sujetos. 150 estudiantes universitarios del último semestre de licenciatura en Psicología de Ciudad Universitaria (C.U.), UNAM. Será una muestra no probabilística por conveniencia.

Instrumento. El instrumento se obtendrá por el análisis y clasificación de los reactivos obtenidos a través de la entrevista inicial. Para ello, se entrevistarán a 10 estudiantes de cada carrera, con preguntas abiertas que indiquen algunas situaciones específicas que ellos consideren como actos infieles

Procedimiento. Se partirá sobre una entrevista abierta a 20 estudiantes de licenciatura de Psicología, a quienes se les pedirá que describan qué conductas en concreto consideran como actos infieles. A partir de esta entrevista se podrán sacar los posibles reactivos que diseñarán el instrumento que posteriormente se aplicará a la muestra objetivo. Tales reactivos, dada la especificidad de la conducta a estudiar (infidelidad), tendrán que ser nominales, por la presencia o ausencia del constructo, elaborados en forma de afirmaciones. Las instrucciones generales serían:

“El siguiente cuestionario tiene como intención estudiar conductas en específico consideradas como actos infieles. A continuación se presentan una lista de afirmaciones, todas con dos posibles opciones de respuesta (SI/NO). Lea cuidadosamente cada una de ellas y encierre la respuesta que considere que describe su opinión sobre si cada acto lo considera o no como infiel. Sus respuestas serán confidenciales”.

Referencias

- Affi, W.A., Falato, W.L. y Weiner, J.L. (2001). Identity Concerns Following a Severe Relational Transgression: The Role of Discovery Method for the Relational outcomes of Infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*. 18 (2), 291 - 308.
- Atwood, J.D. y Seifer, M. (1997). Extramarital Affairs and Constructed Meanings: A Social Constructionist Therapeutic Approach. *The American Journal of Family Therapy*. 25 (1), 55-75.
- Bonilla, M.P. (1993). La Infidelidad en la Pareja, Conceptualización e Implicación en Hombres y Mujeres Mexicanos. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Bonilla, M.P, Hernández, A.M. y Andrade-Palos, P. (1998). Actitud Hacia la Infidelidad y su Relación con Algunas Variables sociodemográficas. En AMEPSO. *La Psicología Social en México*. (188-192). México AMEPSO.
- Glass, S.P. y Wright, T.L. (1985). Sex Differences in Type of Extramarital Involvement and Marital Dissatisfaction. *Sex Roles*. 12 (9/10), 1101-1120.
- Glass, S.P. y Wright, T.L. (1992). Justifications for Extramarital Relationships: The Association between Attitudes, Behaviors, and Gender. *The Journal of Sex Research*. 29 (3), 361-387.

- Reyes, D., Díaz-Loving, R. Y Rivera, S. (2000). Satisfacción Sexual e Infidelidad en Parejas Mexicanas. En: La Psicología Social en México. Vol. III (17-23). México: AMEPSO.
- Shackelford, T.K. y Buss, D.M. (1997). Cues to Infidelity. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 23 (10), 1034 - 1045.
- Thompson, A.P. (1983). Extramarital Sex: A Review of the Research Literature. *The Journal of Sex Research*. 19 (1), 1-22.
- Treas, J. Y Giesen, D. (2000). Sexual Infidelity Among Married and Cohabiting Americans. *Journal of Marriage and the Family*. 62 (1), 48-60.

Proyecto 3: Monografía acerca del Interaccionismo Simbólico

El interaccionismo simbólico es una categoría que, como todas las teorías, le da sentido al mundo externo de una forma particular. Si esta se acepta como válida, se toman ciertos caminos para analizar la conducta del otro y los eventos del mundo de una manera particular, es por ello que los significados son fundamentales para entender esta teoría. El significado es una relación entre un individuo y los eventos del ambiente. Éstos nos confrontan en forma de una serie de condiciones dentro de las cuales el individuo tiene que responder a través de actos. Algunos de los problemas que surgen por el desempeño de los individuos dentro de los ambientes se dan por la interacción social; remplazar a la gente involucrada sin alterar la naturaleza de la relación no lo remedia pues confrontará al nuevo personal de la misma manera que sucedió con los anteriores.

La forma en como se comunican y tratan de resolver esos problemas es a través de la comunicación, entendida como el uso de símbolos verbales. Algunas veces cuando los humanos se comunican con otros humanos, se vuelven sensibles a los propios mensajes y se mantienen pendientes del significado que este mensaje tiene para la otra persona. Los gestos pueden comunicar mensajes importantes y pueden tener un contenido semántico detallado.

Un símbolo es un gesto que es entendido tanto por el emisor como por el receptor. Los símbolos hacen posible la comunicación. A través de ellos somos capaces de controlar cierto tipo de información que transmitimos y de seleccionarlas para anticipar el efecto que tendrán en otros. Las emociones pueden ser ocultadas, exageradas o minimizadas en el mensaje que enviamos; podemos premeditadamente proyectar imágenes o intentar el control de nuestra reputación.

Al asumir la interacción simbólica entonces entendemos que los humanos viven en un mundo de significados. Respondemos eventos y objetos en términos del significado que les hemos atribuido. Los significados de los eventos no son estáticos ni inflexibles. Si así fuera, sería imposible el cambio social y responder a nuevas situaciones.

Los individuos pueden involucrarse en procesos interpretativos de manera aislada a través del pensamiento, pero el pensamiento individual no es el origen de las definiciones sociales compartidas ni la base de la organización social humana. En vez de esto, el pensamiento es posible por la participación en la interacción. Pensar puede ser considerado como "hablarse a sí mismo" una forma especial de conversación pero aún así a final de cuentas es una actividad social. Los significados de los objetos son compartidos, no solamente en el sentido de que son creencias compartidas por mucha gente, sino además en

el sentido de que son creadas cooperativamente por mucha gente. Obviamente el proceso de socialización a través del cual los significados son adquiridos, es crucial para esta visión de los significados y de la vida social.

Hay un aspecto final de la visión del interaccionismo simbólico sobre estos temas. La creación de significados y respuestas apropiadas hacia los objetos es, de hecho, la creación de un ambiente conductual. Los seres humanos no tienen completa libertad en este sentido. Tal como lo hemos definido no podemos llamar a los eventos como "hechos de la naturaleza". Los humanos pueden ser muertos al comer ciertos hongos, incluso si los definen como dañinos momentos antes de morir. Mientras que el ambiente no es creado enteramente para la aplicación de significados, tiene una considerable libertad en la forma en cómo se designan significados a los eventos, y cada asignación exitosa crea representaciones del ambiente conductual. Para decirlo sencillo, los humanos con significados diferentes para los eventos, viven en diferentes mundos o ambientes; por ejemplo, el ambiente de la América india no incluía al petróleo aunque éste fue descubierto posteriormente al estar presente en algún sentido físico. Este significado no estaba en su cultura, y el petróleo, visto como un objeto al cual responder, simplemente no existía en su mundo. De hecho, hasta hace poco tiempo, este contenido en sí mismo no existía para los europeos. Por "crear un ambiente" obviamente no tratamos de decir que los eventos llegan a existir en un sentido físico sólo cuando los definimos; sino que los individuos crean las respuestas o usos para aquellos eventos existentes y es en términos de posibilidades para la conducta humana que el ambiente es creado por los significados.

Referencia.

Lauer, R. H. y Handel, W. H. (1983). *Social Psychology. The theory and application of symbolic interactionism.* Nueva Jersey: Prentice- Hall.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención comunitaria.

Otro de los objetivos específicos de la residencia en Terapia Familiar consistió en la obtención de habilidades dirigidas a la enseñanza y difusión del conocimiento, y que de esta difusión de conocimiento el alumno elaborara productos de atención y prevención comunitaria en la esfera de los problemas que enfrentan.

En este sentido, dentro de la residencia en Terapia Familiar se obtuvieron las siguientes habilidades:

- Difundir conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar.
- Obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias y formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
- Obtener productos tecnológicos que sirvan como apoyo didáctico en la difusión del conocimiento tendiente a la atención y prevención comunitaria.

A continuación se señalarán puntualmente los trabajos que se llevaron a cabo para el logro de las habilidades anteriormente señaladas.

3.1 Elaboración de productos tecnológicos.

Cuadro Resumen: El modelo Estructural.

El objetivo de este trabajo consistió en desarrollar un esquema de los postulados, antecedentes, simbología y técnicas que caracterizan al modelo creado por Salvador Minuchin. Este trabajo se puede usar como una guía introductoria a los principios básicos de esta escuela de terapia familiar.

Cuadernillo: El modelo McMaster de Funcionamiento Familiar.

Este trabajo consiste en una presentación sintetizada del modelo McMaster, desarrollado por Nathan Epstein en la Universidad de McMaster, E.U., y que sirve para obtener una evaluación general del funcionamiento familiar en 6 áreas: solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control de conducta.

Presentación multimedia: "La terminación del tratamiento, desde el modelo de terapia breve"

En esta presentación se explica de manera gráfica la propuesta que elaboran los autores de la escuela de terapia breve del MRI con respecto a la forma en que se debe de finalizar el tratamiento cuando se alcanza el objetivo propuesto o bien, cuando se terminan el número de sesiones propuestos al inicio del tratamiento. Sirve como una guía de exposición grupal.

Presentación multimedia: "Bases históricas y conceptuales del constructivismo"

En esta presentación se explica de manera gráfica la teoría del conocimiento como una construcción histórica social, además de señalarse las implicaciones en psicoterapia de esta forma de concepción de la realidad. Es una presentación que sirve como introducción al estudio de este tema.

Cuadro Resumen: "Estrategias del modelo Estratégico"

El objetivo de este trabajo consistió en desarrollar un esquema con la descripción de las principales estrategias desarrolladas por el autor principal de este modelo de terapia familiar, Jay Haley. Sirve como una guía rápida de intervención o de elaboración de ejercicios.

Presentación multimedia: "El pensamiento posmoderno clínico"

Esta presentación ofrece una introducción al tema de la posmodernidad y la forma en cómo esta teoría concibe al conocimiento que sirve como fundamento teórico epistemológico para la práctica clínica de los modelos de terapia narrativa, colaborativo y de equipos reflexivos.

Presentación multimedia: "La esperanza como base de los factores comunes, placebos y expectativas"

Esta presentación explica la manera en cómo la esperanza que tiene el paciente en el tratamiento es un factor de consideración importante para el éxito terapéutico. Asimismo, revaloriza el "efecto placebo" dentro del proceso clínico. Este análisis se encuadra dentro de la propuesta de los cuatro grandes factores comunes a todas las terapias, ofrecido por Duncan y Hubble en su libro: "The heart and soul of change".

Esquema: "Pasos del modelo de soluciones"

En este trabajo se esquematiza el encuadre general de tratamiento que propone O'Hanlon y Weiner-Davis, en su libro "En busca de soluciones". Es un trabajo que sirve para tener una guía rápida para quienes estén interesados en entrenarse y ofrecer psicoterapia. También se presentan en este trabajo los tipos de preguntas que se elaboran a partir de este enfoque y las estrategias de intervención que propone.

Presentación multimedia: "Educación moderna versus educación posmoderna"

Esta presentación se elaboró para explicar las diferencias en la forma de enseñanza desde los modelos "modernistas" con respecto a la teoría posmoderna. De esta manera, se sugiere concebir la práctica pedagógica desde una epistemología diferente a la tradicional.

3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.

Manual didáctico: "Comunicación y expresión afectiva y efectiva", mejorando la forma de comunicar lo que piensas y sientes.

Objetivos:

Obtener herramientas para aprender a comunicar los pensamientos y sentimientos de una manera clara, directa y oportuna.

Identificar la importancia de una comunicación adecuada para lograr relaciones humanas satisfactorias.

Adquirir herramientas y conocimientos para una mejor comunicación tanto verbal como no verbal (expresión de afectos), derivados de la revisión de la Teoría de la Comunicación Humana.

Dirigido a:

Estudiantes de licenciatura interesados en mejorar la forma de comunicarse.

Justificación:

Se tiende a identificar una buena relación como la ausencia de conflictos; sin embargo los conflictos se van a presentar en cualquier relación. Los conflictos no sólo son un aspecto inevitable de la conducta, sino incluso convenientes; gracias a las situaciones conflictivas la gente puede desarrollarse y llegar a un nuevo entendimiento.

Para lograrlo, es necesario que aprendamos a identificar aquellos mensajes que se nos transmiten tanto de manera verbal como no verbal y a que podamos, en nuestras relaciones, hablar sobre lo que nos decimos, es decir, meta comunicarnos.

En la primer parte de este manual se habla sobre la imposibilidad de no comunicarnos y que debido a esto es importante aprender una comunicación efectiva. En la segunda parte, se explica cómo la pauta de la secuencia de los hechos determina la interpretación que le damos a los mensajes que obtenemos de los demás y que la comunicación incluye mensajes de contenido y de la relación que se establece entre sus participantes. En la tercera parte, se revisan los componentes digital y analógico de la comunicación y cómo en conjunto conforman el mensaje total de la comunicación; se proponen estrategias para desarrollar una buena escucha y para expresar sentimientos e ideas de manera tal que podamos ser atendidos y entendidos. En la última parte se revisa el concepto de asertividad en la comunicación y su diferencia respecto de la comunicación no asertiva y de la comunicación

agresiva, además se sugieren algunas estrategias para lograr asertividad en nuestros intercambios comunicacionales.

Curso-taller: "Comunicación y expresión afectiva y efectiva", mejorando la forma de comunicar lo que piensas y sientes.

Institución: Tecnológico Universitario de México (universidad privada incorporada a la UNAM).

Fecha: 26 y 28 de abril, 3 y 12 de mayo de 2004.

Duración: 8 horas.

Facilitadores: Marino Aparicio y Yazmín Quintero.

Objetivos:

Obtener herramientas para aprender a comunicar los pensamientos y sentimientos de una manera clara, directa y oportuna.

Identificar la importancia de una comunicación adecuada para lograr relaciones humanas satisfactorias.

Adquirir herramientas y conocimientos para una mejor comunicación tanto verbal como no verbal (expresión de afectos), como resultado de la revisión de la Teoría de la Comunicación Humana.

Cabe mencionar que el desarrollo de este curso-taller partió de una detección de necesidades, en la cual se diseñó, aplicó y revisó un cuestionario para identificar los temas en los cuales los alumnos universitarios del Tecnológico Universitario de México (TUM) tenían mayor necesidad e interés.

3.3 Presentación de trabajos en foros académicos.

En el cuarto y último semestre, con el patrocinio de la Facultad de Psicología, acudí al VII Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana y III Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología, llevado a cabo del 22 al 25 de septiembre de 2004 en Acapulco, Guerrero. En dicho Congreso, participé como ponente de un trabajo en modalidad de cartel, del cual expongo a continuación su resumen:

Terminología actual relacionada al fenómeno de la infidelidad

Marino Aparicio Burón

Facultad de Psicología

Av. Universidad 3000, México, D.F.

5794-2926, marinoapa@hotmail.com

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo realizar una revisión de la literatura con respecto a la terminología y definiciones relacionadas al fenómeno de la infidelidad para un mejor entendimiento de la misma. Para cubrir lo anterior se plantearon las siguientes Preguntas de Investigación: ¿Qué es la infidelidad?, ¿Cuál es la terminología utilizada en la literatura para éste fenómeno?

Justificación. Es importante revisar los conceptos teóricos y de investigación para que en el tratamiento clínico del fenómeno permita un mejor entendimiento de la infidelidad y se

adecue más a las características específicas del problema (Atwood y Seifer, 1992) y que sea más eficaz y eficiente para que las parejas que viven esta experiencia logren una relación más funcional o una separación menos dolorosa. Método. Para ello, se realizó una investigación documental de la literatura específica del tema. Se obtuvieron como Conclusiones:

1. Una definición completa de la infidelidad;
2. Pese a las distintas definiciones que hagan los estudiosos de la infidelidad, cada individuo y cada pareja construirá sus propios significados sobre qué conductas o actos en específico considera como infieles;
3. Existen diferentes términos aplicados a este fenómeno (infidelidad, relaciones sexuales extramaritales, relaciones extradiádicas, adulterio, bigamia, sexualidad extramarital).
4. El término infidelidad trae controversia en su uso pese a que es el término que más se usa fuera de los ámbitos académicos y;
5. Se debe de buscar una unificación de criterios en la nomenclatura de este fenómeno para que su investigación sea más clara.
6. Se hacen sugerencias sobre posteriores investigaciones de este fenómeno.

3.4 Actividades extracurriculares.

Como parte de las actividades de Enseñanza y Difusión del conocimiento también participé como asistente a diferentes talleres dictados por especialistas en materias diversas del ámbito clínico. Refiero a continuación dichos talleres:

Taller: "Pasado, presente y futuro de la terapia Familiar, conversaciones íntimas".

Ponentes: Lynn Hoffman y Harlene Anderson.

Fecha: 16 y 17 de mayo de 2003.

Duración: 15 horas.

Sede: Asociación Mexicana de Contadores Públicos, México, D.F.

Institución anfitriona: Grupo Campos Eliseos.

Documento obtenido: Constancia

Seminario: "El modelo de Milán".

Ponente: Gianfranco Cecchin.

Fecha: 30 y 31 de octubre de 2003.

Duración: 20 horas.

Sede: Hotel Real del Sur, México, D.F.

Institución anfitriona: Sol Naciente.

Documento obtenido: Diploma

Curso-taller: "Violencia familiar y de pareja".

Ponente: Jorge Corsi.

Fecha: 14 y 15 de mayo de 2004.

Duración: 14 horas.

Sede: Hotel Radisson, México, D.F.

Institución anfitriona: Cedipsi, S. C.

Documento obtenido: Diploma

4. Habilidades de compromiso y ética profesional.

Como apartado final del grupo de habilidades profesionales que se tienen contemplado dentro de la residencia en Terapia Familiar, se encuentran las que tienen que ver con un comportamiento y compromiso ético del alumno. Este compromiso de ética profesional se veía reflejado en todas las actividades que se llevaban a cabo en la residencia. Las habilidades específicas de compromiso y ética profesional que se fomentaron en este quehacer cotidiano fueron

- Actualizar e innovar las capacidades profesionales de manera constante.
- Analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegado a las normas de la ética profesional.
- Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor o el mismo terapeuta lo considera necesario.
- Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
- Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
- Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.

4.1 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

El psicólogo clínico, al trabajar con personas, necesariamente lo pone ante el cuestionamiento de si está realizando su trabajo de una manera en que no ponga en riesgo o transgreda sus valores o los valores de los clientes / consultantes. Este cuidado en mantener los valores lo obliga a estar pendiente de la forma en cómo trabaja y a que adquiera el hábito e interés por trabajar bajo supervisión o contar con un equipo terapéutico o equipo de apoyo para las situaciones que considere difícil de abordar e incluso a canalizar aquellos casos en los que no se siente preparado o capacitado, entre muchas otras posibilidades de acción para mantener la observancia del comportamiento ético.

Además, el gremio psicológico y la sociedad mexicana en su conjunto tienen que seguir normas de comportamiento que regulan sus relaciones. De las normas o reglamentos de valor que el psicólogo en México debe seguir, se encuentran el Código Ético del Psicólogo (2003), publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología y también los códigos civiles y penales de las instancias de salud y gobierno en general, que además implican una responsabilidad jurídica para el psicólogo, como en el caso, por mencionar sólo un ejemplo, de la norma oficial mexicana NOM-190-SSA1-1999 (Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar; vínculo en la página electrónica: salud.gob.mx/unidades/dirgrss/acreditacion/.../normas/190ssa199.pdf) o el Código Civil Federal (1991), en su título 5° "Relativo del matrimonio".

Además de estos aspectos, también se tiene que tomar en cuenta el aspecto relacional de los valores y de la ética en el trabajo del psicoterapeuta familiar, visto desde las perspectivas posmodernas y construccionistas. Robles (2005) hace una revisión amplia y completa en este sentido, por lo cual me permito recomendar la revisión de su trabajo para

un abordaje más amplio, por lo que sólo mencionaré que la postura construccionista (como la del enfoque colaborativo) cuestiona o critica que los códigos, como el Código ético del Psicólogo, se esgriman como valores universales, atemporales y aculturales, además de estar dictados por un ficticio “saber experto” de un gremio de profesionistas. Robles menciona que esta concepción unilateral de la ética hace que se conciban a los clientes / consultantes como “simples receptores de nuestras decisiones éticas y a que el terapeuta centre su preocupación ética [sólo] en la auto vigilancia acorde a discursos oficiales” (p. 160). Las posturas construccionales implican la necesidad de escuchar a todos los involucrados ante dilemas éticos, y en el caso del contexto terapéutico, no solamente a los psicólogos o psicoterapeutas sino también a sus clientes / consultantes.

De esta manera, en la terapia se tendría que considerar a lo ético como una construcción relativa a un contexto temporal y cultural particular y a que los significados éticos también se deben construir dentro de la relación terapéutica, con la salvedad de la obligatoriedad jurídica que nos imponen nuestras normas judiciales, previamente señaladas.

El anterior enunciado no contradice la postura construccionista pero sí la limita, pues pese a que tratemos de ser respetuosos de los valores particulares de los consultantes, como individuos pertenecientes a una sociedad que rige y modula su comportamiento, nos vemos obligados a mantener nuestro comportamiento bajo reglas jurídicas. Por lo que, el reto principal del trabajo clínico consiste en mantener siempre en vista todas las aristas del comportamiento ético que se han mencionado en este apartado, cosa a todas luces, bastante difícil y compleja.

Con respecto a mi formación dentro de la residencia en Terapia Familiar, a continuación expresaré las habilidades de compromiso y ética social que desarrollé en mi formación y que eran objetivo a cumplir dentro de las habilidades generales previstas por la residencia (Moctezuma y Desatnik, 2001), dando ejemplos de dónde se aprecia este comportamiento y su vínculo con las normas del Código ético del psicólogo.

a. Actualizar e innovar las capacidades profesionales de manera constante.

El mismo hecho de formar parte de la residencia en terapia familiar arguye un sentido de actualización e innovación de mis capacidades como psicoterapeuta y que de manera particular se evidenciaba al revisar los diferentes modelos de terapia familiar, a revisar literatura de problemáticas específicas y abordajes de tratamiento y a asistir a cursos y talleres de manera constante. Esta actualización es una práctica común en mi desarrollo profesional, pues pese a que ya no estoy dentro de la maestría, continúo leyendo y asistiendo a cursos y talleres especializados. Este aspecto está directamente relacionado con lo que busca el artículo 4 del Código Ético del Psicólogo, que dice “el psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y profesional en su campo de actividad, y realizará esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá la educación, formación, supervisión y consulta adecuadas” (p. 48).

b. Analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegado a las normas de la ética profesional.

En la práctica dentro de la sede de la residencia, y con apoyo en todo momento del equipo terapéutico y del supervisor en turno, manteníamos presente la confidencialidad de

la información que nos proporcionaba la familia, el mantenimiento constantemente actualizado del expediente, la preparación constante de cada caso, el análisis teórico y revisión bibliográfica para ofrecer un mejor servicio, así como el contacto emocional con mi persona, para tratar de que este contacto ayudara al proceso, o por lo menos, que no interviniera de manera negativa en los clientes / consultantes. Todo el Código ético en su conjunto tiene el objetivo de marcar normas de comportamiento ético básicos a los profesionales de la Psicología.

c. Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor o el mismo terapeuta lo considera necesario.

Tanto el tutor como los demás miembros del cuerpo docente y de supervisión nos señalaban la importancia de llevar nuestro proceso terapéutico como una forma para estar mejor preparados emocionalmente para afrontar las demandas que surgieran en las sesiones y, aunque nunca se nos exigió que lo lleváramos a cabo, yo busqué un espacio psicoterapéutico para trabajar acerca de mis recursos y áreas de oportunidad. No sentí en algún momento que me desbordara alguna problemática, dado todos los apoyos con los que contaba dentro de la maestría, así que mi psicoterapia sirvió para hablar sobre mis planes a corto y mediano plazo, así como para experimentar en mi propia persona la psicoterapia y que esto me permitiera ser más empático con las personas que solicitaran mi servicio. Este punto va acorde con los artículos 9, 10 y 11 del Código Ético, que mencionan “El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por tanto, se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen”, “El psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primera etapas, y busca ayuda para prevenir un desempeño significativamente deteriorado” y “Cuando el psicólogo se percata de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de los deberes relativos a su trabajo, toma medidas apropiadas... y determina si debe limitar, suspender o terminar dichos deberes” (p. 49).

d. Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios. Esta era una consideración que se tomaba en cuenta desde que los clientes /consultantes llenaban la solicitud de servicio psicológico. En todo momento se les hacía saber que sus datos eran confidenciales, que serían video filmados y que sus videocintas sólo las manejaría el psicoterapeuta de una manera responsable. Asimismo, como terapeuta, me comprometía a mantener actualizado el expediente de mis clientes /consultantes y a estar comprometido con la revisión del caso y la búsqueda de apoyos bibliográficos o con mis colegas sobre cómo ofrecer un mejor servicio. También se les informaba a los clientes que se trabajaba con un equipo terapéutico quienes también eran psicoterapeutas profesionales que respetarían los criterios de confidencialidad. La confidencialidad, respeto y compromiso que expresa el Código ético se puede revisar en sus artículos 132 al 139.

e. Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.

Muchos han sido los valores que se vieron señalados dentro de la residencia para con los alumnos, los cuales reflejaban un compromiso personal y social, de los cuales mencionaré: el valor de la eficiencia en el servicio que se presta apoyado en los conocimientos derivados del modelo sistémico, preocupación por el bienestar de las personas, demostración de honestidad, apertura, respeto y sinceridad con los clientes /

consultantes, supervisión constante tanto de los casos atendidos como del estado emocional propio.

f. Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.

El respeto por la multiplicidad de voces de las que hablan los modelos sistémicos, también implica el respeto hacia los diferentes enfoques de la práctica clínica, hacia las diferentes disciplinas con las que los psicólogos trabajan de manera más cercana (como la psiquiatría o el trabajo social), con los propios colegas tanto supervisores como miembros de las demás residencias de la maestría y los mismos colegas que integraban el equipo terapéutico, y con las instituciones a las que se canalizaban a las personas que por motivos de saturación de servicio no se les podía atender de manera expedita. Incluso entre la residencia en Terapia Familiar y la residencia en Psicoterapia Infantil se mantuvo un contacto con algunos casos en los que mutuamente se solicitaba el apoyo para la canalización interna, respetando el trabajo que en cada caso se había hecho.

IV. ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

En este apartado haré el análisis de una familia que atendí y en el cual se puede ver cómo se ponen en práctica algunas preguntas que derivan de diferentes modelos de terapia familiar. Escogí esta familia debido a que asistieron por un problema difícil de afrontar: suicidio de un familiar, que me exigió tomar las mayores ideas posibles para estar en una posición de mayor apertura y empatía. Pero sobre todo, la presento porque me dio una gran experiencia de vida y de cómo las familias ponen a andar sus propios recursos desde mucho antes de asistir a terapia, y que sólo requieren el reconocimiento, de las cosas que han hecho para transitar por el dolor con apoyo de estos recursos. Me sentí muy afortunado por haber conocido a esta familia y es por eso también que la presento en este apartado.

Esta sección la dividiré en dos partes: primero hablaré un poco sobre el marco teórico en particular, adicional al descrito en la unidad II, y que me fue de gran ayuda para tener un contexto sobre la muerte o suicidio de un familiar y el trabajo que se ha hecho con los sobrevivientes del mismo. En la segunda parte haré la conexión entre el marco teórico y el trabajo que se hizo con la familia.

1. Acerca del duelo

Mucho se ha escrito sobre la muerte y el duelo (demostraciones del pesar o sentimiento que se tiene por la muerte de un ser querido). Incluso se habla de una nueva especialidad que ayuda al bien morir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como un hecho natural, trascendental y aprovechar al máximo el poco tiempo que le queda a una persona, sin darse por vencido ante el deterioro físico: la Tanatología (INMEXTAK, 2006, Kübler-Ross, 1975). Con respecto a la terapia familiar sistémica, varios autores han dado aportaciones particulares para poder sobrevivir y salir adelante a la pérdida de un ser querido. A continuación menciono algunos trabajos sobre el tema.

Reacciones ante la muerte de un ser querido

Vail (1982) habla sobre algunas reacciones y emociones que se pueden dar tras la muerte de un ser querido y que dan una idea de lo que se podría esperar que traigan las personas a terapia. Menciona que comentarles a las personas que estas reacciones son esperables les coloca en otra posición en la que entienden que esto es algo por lo que tienen que pasar para aprender a vivir con la pérdida. Algunas de estas respuestas son:

Dolor

Esta es la reacción más notoria y evidente. Ante la pérdida del ser querido, un inmenso dolor se apodera de sus sobrevivientes. Vail (1982) menciona que pueden haber grandes periodos de agonía antes de alcanzar la paz. Cuando el dolor finalmente empieza a ceder, la persona tendrá la oportunidad de reconstruir su vida tal vez con un mayor aprecio por ella, pero para esto, es necesario primero atravesar el dolor. Este reconocimiento del pasaje por el dolor es importante, sobre todo para aquellas personas que intentan esconder o incluso negarse a sí mismas lo que están sintiendo. Bowlby y Parkes (1980, cit. en Vail, 1982), mencionan que dentro de este sentimiento de dolor, también se pueden presentar momentos de shock y obnubilación, ansiedad y desesperación, desorientación y desorganización, lo cual traerá a la postre sentimientos de resolución y organización.

Reacciones de estrés

Vail (1982) menciona que aquellas personas que han sufrido una pérdida ven disminuidas sus barreras ante las enfermedades y procesos infecciosos, tales como presión arterial alta o incluso cáncer. Una persona en luto es más factible a contraer gripas y enfermedades que en situaciones normales.

“Él (ella) está aquí conmigo”

Muchas personas, según Vail (1982), reportan haber sentido la presencia de la persona fallecida, e incluso manifiestan haber hablado y recibido confort de ellas. Esto sucede, algunas veces, mientras duermen. Como la sociedad tiende a ridiculizar los encuentros con los espíritus, las personas comúnmente se guardan para sí mismos estas experiencias. Sin embargo, en los sueños se pueden dar incluso procesos de perdón con ese ser ya ido y por tanto, estas experiencias resultan un gran recurso para el sobreviviente y para la psicoterapia.

Culpa

Vail (1982) comenta que tal vez los sobrevivientes se culpen a sí mismos por no haber previsto la muerte del ser querido y les surgen un millón de posibilidades sobre cómo pudieron haberlo evitado, lo cual refuerza su sentimiento de culpa. A veces la culpa también puede surgir por aquellas cosas que no dijeron o hicieron cuando todavía vivía su ser querido. Con el trabajo terapéutico, las personas tendrán la oportunidad de reconocer que esta culpa no ayudará a revivirlo pero podrá ayudarles a aprender de sus pasados descuidos y decisiones erróneas, y al final de cuentas, a decidir no repetir tales cosas. Tal vez la naturaleza específica del acto hecho u omitido pueda dirigir a la persona a una dirección más madura en su estilo de vida o a inspirarle a realizar un proyecto o idea que pueda beneficiar a su familia o a su comunidad. En resumen, la culpa puede manejarse en una forma constructiva y pese a que no puede revivir a nuestro ser querido, sí puede servir para construir un mejor futuro para con los demás.

Sentimientos negativos hacia el fallecido

Vail (1982) también ha visto que los sobrevivientes se sienten avergonzados o enojados cuando se sorprenden a sí mismos teniendo pensamientos negativos o quejas respecto de la persona que perdieron. Esto también les puede crear culpabilidad y mentalmente se regañan por permitir que surjan esos pensamientos. Entonces, uno de los objetivos de la psicoterapia es encaminar a las personas para que reconcilien y acepten la memoria íntegra de su ser fallecido, tanto de lo que les gustó como de lo que no les gustó. Al final, reconocerán que no fue una persona perfecta, como ningún ser humano lo es, y lo aceptarán como especial y humano, especial porque lo quisieron, y humano como ellos mismos.

Finalmente, al trabajar con la muerte de un ser querido, Vail (1982) advierte que aunque se busque un sentido constructivo de este evento, nunca se le debe decir a los sobrevivientes lo bueno de que esa persona se haya ido ("que bueno que se murió") o que algún día estarán agradecidos de que hubiera pasado. Los sobrevivientes, más que frases triviales de consuelo, necesitan ayuda, empatía, amor, apoyo y paciencia. Dando esta atmósfera, eventualmente y por sí mismos descubrirán su propia paz y su nueva dirección en la vida.

Una perspectiva familiar sistémica sobre la pérdida, recuperación y resiliencia

En este trabajo, Walsh y McGoldrick (1988) perciben a la pérdida como un proceso transaccional que involucra tanto al muerto como a los sobrevivientes en un ciclo de vida en el que, al final de cuentas, la muerte forma parte de la continuidad de la vida. Mencionan que el impacto emocional de la muerte puede reverberar a través de todo un sistema familiar de manera inmediata o mucho tiempo después de una pérdida traumática.

El estrés familiar no sólo se debe al dolor de la pérdida, sino también a los cambios consecuentes en la realineación del campo familiar y emocional. De la misma manera, el mismo sistema familiar moldea la experiencia de la pérdida, sistema que ha sido moldeado a su vez, por pérdidas previas, con lo cual se puede ver un ciclo recurrente de cambios e influencias.

Walsh y McGoldrick (1988) reconocen que una muerte involucra múltiples pérdidas: la pérdida de una persona, la pérdida de roles y relaciones, la pérdida de la unidad familiar intacta, y la pérdida de los sueños y esperanzas que tenían previamente.

Adaptación familiar a la pérdida.

Walsh y McGoldrick (1988) explican que adaptación no significa "resolución" en el sentido de que algo se completa o finaliza de una vez y para siempre. Esto significa para ellas que el duelo y la adaptación no tienen un tiempo o secuencia fija, pues cada muerte se reelabora y transforma a lo largo de los diferentes ciclos vitales, se integra a las identidades familiares e individuales y a los diferentes momentos de la vida.

Pese a ello, mencionan que existen dos principales objetivos que facilitan una adaptación a largo plazo para los miembros familiares y que fortalece la unidad familiar:

1. Compartir conocimientos acerca de la muerte del ser querido y de la experiencia interior de cada uno. Esto se facilita al tener una comunicación abierta acerca de los hechos y circunstancias en que se dio la muerte, además de los sentimientos y experiencias internas al respecto. La inhabilidad para aceptar la realidad de la muerte puede guiar a un miembro familiar a evitar el contacto con el resto de la familia o a enojarse con los demás que se están recuperando de la pérdida. Los rituales funerarios y las visitas al panteón son de gran ayuda pues sirven para poner a las personas en contacto directo con la realidad de la muerte y a tener la oportunidad de ofrecer las últimas reconciliaciones, de compartir el dolor y de recibir confort de la red de apoyo de sobrevivientes.
2. Reorganización del sistema familiar y reinversión en otras relaciones y objetivos de la vida. Recuperarse de la pérdida implica realinear las interacciones y redistribuir los roles necesarios para compensar el desbalance.

Respecto a la muerte que ocurre por suicidio, Walsh y McGoldrick (1988) señalan que los terapeutas deben ayudar a la familia a superar el odio y culpa que pueden lastimar las relaciones, sobre todo cuando se culpan entre sí por la muerte. Además, el estigma social que se le da al suicidio contribuye a la vergüenza familiar y a que intenten cubrir las circunstancias del evento. Tal secrecía perjudica la comunicación familiar y puede aislar a la familia del apoyo social. Sugieren que esto se evite fomentando el apoyo social y familiar, promoviendo un clima de confianza mutua, soporte y tolerancia hacia las diversas respuestas de los miembros familiares ante la pérdida, y ayudándoles a integrar las experiencias dolorosas con miras a un futuro más allá de su pérdida.

Finalmente, con respecto a la religión y creencias filosóficas que tenga la familia sobre la muerte, afirman que el sistema de creencias influye de manera importante en la adaptación a la pérdida y por tanto, los terapeutas necesitan apreciar y respetar el poder de éstas para curar el dolor y la culpa.

Narrativa y muerte: Decir de nuevo ¡Hola!

White (1994) dedica un capítulo especial de su libro *Guías para una terapia familiar sistémica* en abordar la incorporación de una relación perdida para la resolución de la aflicción. En este trabajo, se pregunta si la desolación que experimentan los sobrevivientes puede significar que ya han dicho “adiós” demasiado bien y que el decir hola podría ser una opción para crear una narrativa diferente respecto del ser querido. Si la persona que sufrió la pérdida acepta decirle nuevamente hola a ese ser ya ido, se pueden realizar algunas preguntas para fomentar este “excavar un poco y extraer algo de él” (p. 59):

- Si estuviera viéndose a través de los ojos de [José], ¿qué rasgos de usted misma (o) podría apreciar?, ¿en qué se modificaría su modo de verse si usted estuviera apreciando esos rasgos ahora mismo?
- ¿Qué conoce de usted mismo(a) que pudiera despertar aquellas cosas gratas que [José] conocía de usted?
- Si mantuviera viva esta opinión sobre sí misma en el transcurso de los días, ¿qué modificación supondría esto para usted?

- ¿En qué medida podría influir esta manera de sentir en los pasos que pudiera dar usted para retornar a la vida?
- ¿Cómo podría hacer saber a otros que usted ha reivindicado algunas de las cosas descubiertas de sí mismo(a) que eran claramente visibles para [José] y que a usted personalmente le son atractivas?
- ¿Cómo puede influir lo que ahora sabe de usted mismo(a) en su próximo paso?

Como se logra apreciar en las anteriores preguntas, White busca que el sobreviviente se apoye de una narrativa probable con el ser perdido que fomente la creación de historias alternativas y de mayor reconciliación consigo mismo(a).

White se dio cuenta de que las preguntas que parecían más eficaces para ayudar a las personas a reivindicar la relación con su ser querido eran aquellas que invitaban a relatar lo que las personas percibían como la experiencia positiva que de ellas tenía o podría tener el ser desaparecido.

También vio que las preguntas que incitan versiones alternativas (p.e. “¿qué conoce de usted mismo (a) que lo(a) hace sentirse animado(a) cuando mantiene vivas aquellas cosas gratas a los ojos de [José]?”) ayudan a que las personas revisen esa experiencia y localicen esas otras versiones que presentan los “hechos” vividos como más atractivos y que les permiten escribir una nueva historia de sus vidas. Otras preguntas similares pueden ser:

- ¿Qué veía su madre cuando lo miraba a usted con ojos amorosos?
- ¿Cómo sabía ella estas cosas sobre usted?
- ¿Qué rasgos tiene usted que pudieran decirle a ella algo sobre esto?
- ¿Qué modificación sufrirían sus relaciones con los demás si usted llevara consigo este conocimiento en su vida diaria?

Al lograr esta nueva visión, White (1994) considera que es necesario circular el nuevo conocimiento de uno mismo. Para hacer circular estas versiones es necesario que exista un público que asista a las nuevas significaciones. De esta manera, pueden elaborarse preguntas que identifiquen y reúnan a ese público. Se pueden utilizar preguntas como: ¿Cómo podría hacer saber a otros que usted ha reivindicado algunas de las cosas descubiertas de sí misma(o) que eran claramente visibles para [José] y que a usted personalmente le son atractivas? Otro tipo de preguntas de este tipo son:

- ¿Qué haría usted para comunicar a los otros esta nueva imagen de sí mismo(a) como persona?
- ¿Hasta qué punto el hecho de comunicar a otros esta nueva imagen de su persona le permitiría fortalecerse algo más?
- ¿De qué manera esa experiencia de fortalecerse podría afectar la relación que mantiene con usted mismo?

White (1994) ofrece este tipo de preguntas dentro de un marco de gran respeto y cuidado por los tiempos en los que la persona desee compartir su experiencia, lo cual incluye la petición expresa de continuar haciéndole preguntas que traigan la voz del ser perdido.

En otros textos, White (1993) y White y Epston (1996) exploran la posibilidad del empleo de cartas para traer la voz del ser fallecido y para apoyar al proceso terapéutico durante el duelo. Le sugieren a la persona que escriba una carta dirigida al ser querido y que la pueda leer frente al terapeuta. Tras trabajar sobre lo que escribe la persona, le preguntan si tiene sentido que escriba la respuesta a la primera carta. Con esta segunda carta se pueden explorar los relatos alternativos que se despiertan desde la posible visión del ser fallecido.

Este trabajo se parece mucho al trabajo desarrollado desde la Gestalt, conocido como la "silla vacía" (Oaklander, 2001), salvo que en ésta, en vez de cartas, lo que se fomenta es la narrativa dentro de la sesión psicoterapéutica de las diferentes voces que puede interpretar una persona, incluyendo la voz del ser fallecido. Esta técnica fue desarrollada por Fritz Perls y fomenta la experiencia de imaginar a la otra persona (en este caso, el ser ya ido) en un silla vacía frente a él, para decirle lo que considere necesario. El diálogo es así iniciado y se continúa al pedirle a la persona que cambie de lugar y del rol que interpreta en cada silla (del rol propio al rol de la otra persona). Este cambio de sillas y de rol se realizará tantas veces como se requiera para explorar los temas que no se pudieron decir y para ampliar las narrativas de esa relación, así como para promover un sentido de perdón y resolución. De esta manera, se observa como la técnica de la silla vacía es una modalidad diferente que promueve la producción de esas historias alternativas que sugiere el modelo narrativo.

¿Una herida siempre abierta?

Finalmente, el trabajo de Baizán-Balmori (2002) resulta importante dado que ofrece una perspectiva de tratamiento para los sobrevivientes al suicidio. De las importantes señalizaciones que hace en este texto, se menciona que es fundamental que el terapeuta muestre tacto y respeto para permitir que el cliente/ consultante aborde el tema tan amplia o profundamente como lo desee o crea que puede ser capaz. Manifiesta que si no se le permite avanzar a su propio ritmo y sin brindarle una contención segura y confiable, lo más seguro y sano para él es que abandone la terapia. Advierte que puede parecer que a veces la conversación parezca intrascendental o banal pero recuerda que en terapia nada lo es, y que el terapeuta debe actuar como un facilitador empático que permita que el cliente acceda a sus propios recursos en sus propios tiempos. Además, considera que el trabajo finaliza cuando la persona se siente capaz de recuperar las fuerzas para continuar con la vida cotidiana en su más amplio sentido y que las puertas deben quedar abiertas para que el cliente /consultante se sienta con la confianza de regresar cuando considere que el proceso se ha reactivado, pues aunque el trabajo terapéutico haya sido exitoso, probablemente la herida, según ella, permanezca siempre abierta.

Ya revisado este marco teórico, a continuación se presenta a la familia que atendí y se hará la conexión con el marco teórico bajo el cual se trabajó.

2. Acerca de la familia en terapia

acepta, rechaza o modifica la hipótesis de trabajo para las siguientes sesiones. Con los antecedentes obtenidos de la solicitud, y luego de la discusión en la presesión con el equipo terapéutico, se establece como primer hipótesis que Rosa y Tere vienen por ayuda para superar el dolor del suicidio del esposo – padre y por la culpa que sienten ante su muerte. Esta es una familia que se apoya dado que su principal área de conflicto es la salud, no la familiar, lo que también indica que no se inculpan más que a sí mismas. El equipo también enfatizó que resultaría más importante establecer un ambiente de empatía, apoyo, paciencia y respeto para que la familia pueda expresarse, tal como lo sugiere Vail (1982).

A esta primera sesión asisten la Sra. Rosa y Tere. Se le pide a cada una que se presente. Tere, dentro de su presentación, manifiesta que es muy desesperada y se irrita con facilidad, cosa que ha visto exacerbada por el trabajo que realiza (maestra de primaria) y tras la muerte de su padre. Mantengo una atenta escucha por este tema, el cual a la postre resultará un indicador de los cambios que experimentará Tere a lo largo del proceso. Posteriormente, al preguntar el motivo inicial de consulta, la Sra. Rosa comenta que vienen por el suicidio de su esposo, y platica el entorno familiar que se sucedía previo al deceso: su esposo tuvo problemas de cáncer pulmonar, el cual fue superado, problemas de riñón (se le extirpó uno y el otro disminuyó su funcionamiento hasta el 20%) por el cual tenían que ponerle una sonda. Menciona que esto provocó un ambiente de muchas discusiones y desgaste familiar. Además, expresa con gran detalle qué paso justo antes de que José se suicidara y cómo fue que lo encontraron y qué hizo cada una de ellas en ese momento. No intervengo en esta descripción de la señora Rosa pues me permite ver que no es un tema tabú del cual se evada. Aún al hablar de la muerte de su esposo, lo refiere como suicidio, lo cual me deja ver un recurso pues afronta el hecho tal cual. Finalmente, la señora Rosa expresa que se siente culpable del suicidio de su esposo pues piensa que pudo haber hecho cosas distintas para que no sucediera: tener más prudencia porque su esposo estaba enfermo, perdonarlo y hablar con él de los problemas que tenían. Refiere que ya hace 7 meses del suicidio. Se le pregunta también a Tere el motivo de consulta (para mantener la neutralidad y darle la oportunidad de que también diga su propio sentir sobre el suicidio de su papá) y expresa que previo al suicidio la relación con él era conflictiva y le dolía pensar que no la apoyaba. Le da tristeza pensar que su papá se fue triste con ella porque le dijo que haría fiesta cuando se muriera; se arrepiente de ello y se siente culpable. Piensa que aunque su papá hubiera tomado la decisión de suicidarse, si ella hubiera hecho algo por hacer las paces con él, no se sentiría culpable.

Les agradezco la confianza para contarme estas cuestiones tan íntimas y hago la pausa para hablar con el equipo terapéutico. Tras la pausa, les digo que tanto yo como el equipo agradecemos la confianza por contarnos hechos tan dolorosos; que el pasado no se puede cambiar pero que trataremos todos de trabajar en el presente para construir un futuro distinto; también se les dice que este espacio está abierto para que los demás miembros familiares se integren.

No hago transcripción de esta sesión dado que mi intervención fue mínima, puesto que mi principal interés era ofrecer ese ambiente de respeto, paciencia y empatía, y fomentar que ambas pudieran expresar todo lo que desearan sobre el suicidio. Quedó claro que tanto la señora Rosa como Tere pudieron hacer una descripción detallada de la situación familiar previa al suicidio así como del suicidio mismo y de cómo ha influido este evento en sus vidas. Con esto, se nota que la familia logra uno de los principales objetivos que facilitan una adaptación a largo plazo para los miembros familiares y que fortalece la unidad

familiar (Walsh y McGoldrick, 1988), que es compartir conocimientos acerca de la muerte del ser querido y de la experiencia interior de cada uno.

Se pudo confirmar la hipótesis de la sesión pues se vio que ambas mujeres asisten por un sentimiento de culpa para con José y que esto ha afectado principalmente su salud, y la relación laboral de Tere por cuanto a su paciencia con los niños de la primaria.

Segunda sesión (27 abril 2004):

Para esta sesión se establece como hipótesis que: pese a que son una familia que se apoya y se escucha, como vivieron un suicidio, tal vez no se hayan dado la oportunidad de hablar entre ellos sobre lo que vivieron y sintieron con la muerte de Don José. Es por esto que, probablemente asistan más miembros familiares a esta sesión.

Estas hipótesis dirigieron la sesión a la búsqueda de los recursos familiares para compartir hechos y sentimientos entre ellos y con otras redes sociales, y para investigar sobre los rituales familiares y personales de despedida y reconciliación con respecto al señor José.

Tere inicia esta sesión comentando que en su trabajo siguen algunos problemas pero que su padre le impuso valores que lleva a la práctica. Se les pregunta si invitaron a alguien más de la familia y la Sra. Rosa explica que Claudia está interesada pero que por su horario laboral no podrá asistir. Su hijo José Ángel quiere asistir pero a sesiones individuales para trabajar otro problema (se dice a sí mismo “neurótico y tener el vicio del cigarro”), por lo que tampoco asistirá. Con su hija Alma casi no hablan sobre asistir a terapia.

De esta manera, introduzco una pregunta para explorar recursos en la familia al cuestionarles sobre la oportunidad que tienen de platicar en familia sobre el suicidio de su padre. Tere refiere que sí lo hacen, que no hay día que no platicuen lo que sucedió. Siente que les hace bien contarlo y continuamente lo hacen: decir que lo extrañan hasta recordar cosas que Don José hacía o explicarse porqué se suicidó. Pero agrega que sólo lo comentan entre Rosa, ella y Claudia pero que con Alma no lo hablan porque viaja mucho y con José Ángel tampoco porque no vive con ellas. Lo platican en la casa, en la iglesia o cuando van en la calle o en el micro, es decir, en el momento en que se acuerdan de algo.

Luego introduzco preguntas circulares para explorar qué es lo que les dicen los demás miembros familiares respecto de su sentimiento de culpabilidad:

Marino: Y sobre el sentimiento de culpabilidad que cada una siente ¿qué le dicen los demás?

Rosa: Mi hijo el mayor me dice “estás mal”... ellos me dicen, no mamá, tu no nos quitaste nada, mi papá ya era una persona muy enferma, aparte la depresión se lo estaba comiendo... “tú no fuiste la culpable, entiéndelo, mi papá no iba a aguantar y lo iba a hacer [suicidarse]. Tú eres una mujer excelente, tú, mamá, le diste todo en sus enfermedades, le diste muchas cosas.

Con esta pregunta busco la ayuda de otras voces, de otras narrativas de sus miembros familiares que permitan empezar a construir una nueva historia en la que se sopesen y valide que no son culpables

Marino: ¿Y tú Tere?

Tere: El domingo yo tuve un problema con mi mamá, se molestó, y yo fui a pedir disculpas, porque dije, yo no quiero que me pase como con mi papá, y creo que aprendí la lección, que en el momento si estaba ofuscada y enojada, pero pasaron dos horas a lo mucho y pedi disculpas. No quiero quedarme callada, dejar de decir a la gente, sean amigos, hermanos, en este caso mi mamá, lo que siento por ellos, ya no me quiero callar... me sentí muy bien cuando fui a pedirle una disculpa.

Marino: ¡¿cómo lo hiciste?!

Tere: Fui con mi mamá, y le dije: "Oye, cometí un error", y [ella] estaba renuente y hasta ayer me habló, pero yo me sentí bien; mi motivación para ir a pedir una disculpa fue el hecho de mi papá.

Rosa: ¡fue un triunfo!

Tere: Fue el decir, "¿y si a mi mamá le pasa algo en este instante?" Dije no, y fui a pedir una disculpa.

Marino: Usted [Rosa] dice que es un triunfo.

Rosa: Totalmente... no, no, un [es un] orgullo que... ¡qué digo yo!, si yo también soy muy orgullosa.

Marino: ¿Qué significa para usted que haya pedido una disculpa?

Rosa: Muy bien, es un paso diría yo... es un 80 %. Es un avance. Si ha mejorado mucho.

Tere: He mejorado en ya no enojarme tanto en mi casa, cuando sé que a mi papá esto le hubiera gustado que lo cambiara, es como hacerle un tributo a mi papá, cambiando las cosas que a él le hubieran gustado.

Marino: Esto que tú haces ¿cómo influye en tu sentimiento de culpabilidad?

Tere: Positivamente. Yo quiero lo mejor para mi mamá. Negativamente yo creo que no [influye] porque, honestamente, estoy tratando de luchar contra todas estas telarañas que tengo, con todas esas cosas que sé que tengo

En este momento, Tere empieza a manifestar cambios en la relación con su madre, como validando el mensaje de la sesión anterior de "trabajar en el presente para un futuro distinto".

Al expresar Tere espontáneamente una excepción, la trato de amplificar (de acuerdo al modelo de soluciones).

Aquí la mamá reconoce el cambio, lo cual también lo amplifica y fomenta que Tere hable más sobre esta excepción.

Mantengo mi atención en la excepción y busco la ayuda de Rosa como testigo que valida el discurso de Tere (estrategia del modelo narrativo)

Vuelvo a hacer una pregunta para retomar la excepción.

Rosa y Tere validan estos cambios, cambios que se estaban dando desde mucho antes de asistir a terapia

Ahora busco ver cómo esta excepción influye en el motivo de consulta

que cambiar...

Marino: Estoy viendo como están en una posición diferente, es difícil poder, digamos, como elaborar la parte de los sentimientos que quedan pendientes por hacer y que tal vez sea paso a paso. Muchas de las formas, en que se puede resarcir esas cosas que no se dijeron, tienen que ver con la forma en cómo se platica en la familia sobre la muerte de un familiar, cómo alguien escucha al otro, cómo se acompañan en este proceso y todos los rituales de despedida, cómo esto que tú haces [Tere] como una especie de tributo, porque a partir de ahí vemos qué apoyos tienen ustedes como familia, qué recursos tienen. Yo creo que un recurso importante es la posibilidad de platicar.

Retomo los recursos con los que cuentan como familia y lo que cada uno hace para ayudarse mutuamente

De esta manera, también busco redes sociales de apoyo de la familia y cómo influyen en la percepción del porqué del suicidio de don José y de cómo esto cambia las narrativas de la familia. Como soluciones previas, Rosa comenta que fueron con el cura una vez tras haberse suicidado su esposo; que ella va con una psiquiatra del seguro social alrededor de una vez cada dos meses, y que ambas asistieron con una tanatóloga en dos ocasiones y dejaron de ir porque la veían muy “dura”, porque eran costosas las sesiones, y porque no les quiso cambiar las citas y no se sintieron escuchadas. También han hablado con amigos. Una voz de un testigo resulta especial, en este sentido, para Tere: Mónica, (cuyo papá murió por problemas de riñón, tal como los tenía Don José) le dijo que viera el suicidio como “un acto de amor” pues “es muy doloroso ver cómo se van acabando los familiares cuando les empiezan a dializar y tal vez él no quería que ellas sufrieran”:

Tere: Me quedo con la idea de mi amiga, es de una persona que pasó por una situación similar. A mi me ayudó, yo lo vi, sí es cierto, mi papá nos quería mucho.

Marino: Y usted Sra. Rosa, del comentario de la amiga de Tere, ¿qué opina?

Rosa: Excelente doctor, porque fue su maestra, le dijo “cómo no te va querer tu papá si en tu examen [profesional] él lloró”, porque le dieron mención honorífica.

Este comentario fue muy importante para Tere porque le mostró un panorama distinto dado que vino de una persona que pasó por una situación similar.

La sesión terminó con el mensaje del equipo, en el que se reconocía que los cambios de Tere validaban su esfuerzo para que las cosas en su vida fueran distintas, paso importante que ella ya lo había puesto en marcha desde antes de asistir a terapia. También parte del mensaje se dedicó a reconocerle a Rosa lo importante de que ella percibiera estos cambios y se los reconociera a Tere (reafirmando su importancia como testigo presencial de los cambios). Finalmente se terminaba el mensaje con la pregunta de ¿qué otros familiares se habrán dado cuenta de estos cambios que estas haciendo [Tere]? para buscar qué otros testigos pudieran validarlos. De esta manera, tal como lo señala White (1994) se buscaba poner en movimiento el nuevo conocimiento de Tere, identificando al público que ha estado presente en estas nuevas significaciones.

La hipótesis en que se basó esta sesión se modificó, pues se confirmó que son una familia que se apoya y se escucha, pero que además sí se han dado la oportunidad de hablar entre ellos sobre lo que vivieron y sintieron con la muerte de Don José. No asistieron más miembros de la familia a esta sesión, pero se mantuvo abierta la posibilidad de que lo hicieran más adelante. Quedó pendiente explorar los rituales de despedida que han llevado a cabo.

Tercera sesión (11 mayo 2004):

En equipo se establece como hipótesis de trabajo que tal vez la familia no ha hecho los rituales suficientes de despedida de don José debido a falta de comunicación entre ellos.

A esta sesión asistió el hermano José Ángel. Tras permitirle hablar sobre el objetivo que persigue con su asistencia, queda claro que desea un espacio personal en donde se trabaje su impulsividad y su adicción a los cigarros. Como va por otro camino su intención de tomar terapia, lo que acordamos es que en esa sesión participaría también como un testigo de los cambios que hubiera observado de su mamá y hermana.

Les pido un resumen de lo que hemos platicado para poner a José Ángel al corriente. Tere aprovecha para hacer una reflexión de qué es lo que han obtenido de las sesiones:

Tere: Yo le he preguntado a mi mamá ¿de qué forma crees que te ha ayudado ir?. Me dice simplemente [que] con el hecho de exponer lo que sientes, que la gente te escuche. No nos dices [Marino] "paso número uno", tipo receta. Tus sesiones nos encaminan hacia un análisis introspectivo, y al hacerlo te das cuenta tú misma también de los pasos que has dado, de cómo empezaste a cómo me siento hoy, eso lo comenté con mi hermana [Claudia]. Esto no se lo había dicho a mi hermano, pero hemos platicado mi mamá y yo. Yo me siento muy mejorada, el sentimiento de culpa ya no lo siento, ahora sólo tengo esa nostalgia, esa tristeza de haber perdido tiempo, porque sé que si yo hubiera recapitado, si hubiera hecho estos cambios la relación con mi papá hubiera sido diferente y eso me hubiera hecho muy feliz. Lo he extrañado muchísimo, ayer me puse a llorar: "papá, te necesito". Cuando fuimos al panteón le dije cuanta falta nos hace. Ahora digo, lo he transformado por ese sentimiento de nostalgia, de poder haber hecho muchas cosas pero no las hice; que como tú [Marino] nos dices, que el pasado ya está atrás. Tienes que trabajar en el presente y en el futuro, y es lo que estoy haciendo.

Marino: Ahorita que mencionas que ibas al panteón y le decías que lo extrañabas, ¿él te respondía, o qué te dices tú?

Tere: Yo no sé. Siempre me ha pasado que cuando caigo en

En esta parte, Tere da cuenta de la importancia de no haber recibido consejos y de la creación de un del ambiente en el cual, tal como lo dice Vail (1982), eventualmente y por sí mismas descubrieron su propia paz y su nueva dirección en la vida.

En esta parte se ve un ritual que lleva a cabo la familia.

Valida el mensaje dado en la 1er. sesión

Retomo el ritual para incorporar la voz de don José para fomentar la consolidación de su

depressiones siempre busco mucho a mi papá, y le digo ¡hay papá, te quiero ver por lo menos en sueños!. Y casualmente siempre llega en sueños a darme una palabra alentadora. Me acuerdo que una vez me dijo que no estaba enojado conmigo y ese día me levanté pensando que él no estaba enojado conmigo. Cuando yo hablo con mi papá, no siento una respuesta por parte de él, pero en sueños, para mí es como una inyección de energía. Yo me imagino que estuve con él, que tuve contacto con él y me fuerza para seguir adelante. Mi papá siempre ha sido como mi sol. La falta que me hace me da más fuerzas para salir adelante. Tengo hambre de seguir desarrollándome. Y lo vuelvo a decir, es como un tributo para que mi papá esté orgulloso de mí. Quiero seguir creciendo más, siento que esta fuerza me la está dando mi papá para seguir adelante.

Marino: Si tu papá estuviera aquí y escuchara lo que estás diciendo, los cambios que has tenido ¿qué te diría?

Tere: Estoy segura que me abrazaría y me diría que está muy orgulloso de mí, que me quiere.

Rosa: ¡Así es!

Marino: El que esto te lo dijera él, ¿qué significado tendría para ti?

Tere: Significaría... sería como que le diera más vida a mi vida, darle más sentido a lo que hago, darme más fuerza para seguir adelante, y aunque no esté [él], estoy trabajando en eso, en no quedarme atrás (comienza a llorar).

Tocan la puerta, un integrante del equipo proporciona pañuelos para Tere.

(tras un momento de silencio empático con su tristeza)

Marino: Estaba pensando que, a veces resulta difícil poder terminar una relación, poder dejar ir una relación en el sentido de que uno intenta decir adiós y cerrar esa puerta, en otros casos parece ser, que ayuda mucho en vez de decir "adiós" a esa persona que se fue, poderle decir "hola", y lo que yo estoy viendo, [es que] en muchos sentidos tú le dices "hola" a tu papá, y ahorita lo pudiste expresar de esa manera, en un diálogo imaginario de lo que tú crees que pudiera haberte respondido. Eso es importante porque nos

historia alternativa y de mayor reconciliación consigo misma (White, 1994).

Aquí Tere enfatiza que los cambios los lleva a cabo en honor a su padre.

Se focaliza y amplifica en la voz del ser ya ido como un testigo principal del cambio

Otro testigo (Rosa), confirma este cambio

Mantengo el foco en el cambio.

Siento la tristeza de Tere y el equipo la comparte. Interviene de una manera indirecta para mostrarse también empático con esta tristeza.

Retomo la idea de White (1994) respecto a decir de nuevo "hola"

permite pensar cómo nos ve el otro en estos momentos y qué podría decirnos ese otro. Ahorita que lo estabas comentando, usted (dirigiéndome a la Sra. Rosa) dijo "así es".

Rosa: Así es, se sentía muy orgulloso.

José Ángel: A mi papá siempre le emocionaba todo lo de sus hijos, aunque no lo pudiéramos entender, todo lo que eran nuestros triunfos por muy molesto que estuviera con nosotros, nos lo expresaba y le interesaba mucho que triunfáramos en lo que hiciéramos... La veo mucho más mejorada [a Tere]... Ahora la he visto con mayor apertura. El cambio se siente y, digo, siento que la presencia [en otro nivel] de mi papá ha mejorado en la casa. Antes se sentía la presencia pero tensa. Algo que nosotros estamos aprendiendo es que las cosas están cambiando ya [hasta] con mi mamá. Ese cargo de culpa que se quitaron me lo quitaron a mí también, yo las veía sufrir a ellas, cuando veo que todo eso se aliviana. La estructura de mi mamá se estaba desmoronando, ella que fue la más afectada emocionalmente, ¡pero grueso!. [Ahora] ya está tomando su estructura.

Marino: ¡Qué bueno que dijiste esto!, porque tú nos puedes dar otra voz, sobre los demás miembros de la familia y de cómo percibes a un miembro, en este caso Tere, y cómo estos cambios pueden tener alguna resonancia en los demás miembros. Y estaba pensando también... ¿cómo ves a tu mamá?. Porque ella también había llegado con otro sentimiento de culpa.

José Ángel: ¡No!... Mi jefa está súper aliviada. Me da mucho gusto. Yo le decía "tú no tienes nada de culpa jefa", "las cosas sucedieron así". Yo no soy doctor para decirle las palabras adecuadas, pero ahora que la veo... Por ejemplo, ir al panteón era recoger una cubeta de lágrimas: una de mi hermana y otra de mi mamá, hasta la salida del panteón. Ahora sé que van a ver a mi papá y le platican. Antes era de "perdóname José". Ahora el cambio es así: ¡fum!, hasta el otro extremo: "mira te vinimos a ver, aquí está tu nieta, cuida a tus hijos donde quiera que estés". Yo descansé.

Se recibe una llamada del equipo

Marino: Lo que tú [José Ángel]comentas es importante porque da otra visión diferente del entorno familiar. Yo me

Busco ahora nuevamente a un testigo de la narrativa de Tere.

En este momento José Ángel se incorpora como ese otro testigo relevante que corrobora los cambios de Tere y valida su nueva narrativa.

José Ángel reconoce que los cambios también se están dando en su mamá y que esto también provoca un cambio en él (los cambios se están dando como una bola de nieve, tal como lo menciona el modelo de soluciones).

Ratifico la importancia de José Ángel como testigo relevante de los cambios y trato de explorar el cambio que señaló en su mamá.

Aunque inicialmente no se considera un testigo experto, los datos concretos que revela manifiestan un cambio en la actitud y en la narrativa de Rosa y Tere, incluso en el ritual de ir al panteón a platicar con don José y reitera que esto también produce un cambio en él.

El equipo interviene porque quiere saber la opinión de Rosa sobre si estos cambios también ella

quede con el último comentario que platicábamos la sesión anterior, [en el] que usted [Rosa] decía que todavía tenía un sentimiento de culpabilidad y que aunque le está costando trabajo, se dice "me ayuda mucho que mis hijas me escuchen, que me digan que yo no tuve la culpa, aunque me cueste trabajo sentir que no tenga la culpa", y que incluso estén aquí juntas, es como una parte de esa visión; pero también es importante saber si usted realmente está percibiendo un cambio, y si no lo hay, nos vamos poco a poco, porque también no es algo que se pueda cambiar de la noche a la mañana. Se tienen que hacer otras cosas, muchas de las cuales veo que ustedes ya están haciendo. Gran parte tiene que ver con estos rituales de despedida o de decir hola de nuevo. Estoy escuchando que han hecho varios rituales para despedirse, pero me gustaría que lo pudiéramos platicar con más tiempo.

los percibía, pero como se acercó el fin de la sesión, se quedó a manera de pregunta, además de validar el tiempo y ritmo de Rosa para avanzar en su proceso, dado que hasta el momento, ella no había mencionado que disminuyera su sentimiento de culpabilidad.

Con la asistencia de José Ángel a la sesión, se proveyó de otro testigo relevante de los cambios que se dieron en Tere, e incluso el cambio se empezó a percibir también en Rosa y en el mismo José Ángel. Con esto, la misma familia introdujo una perspectiva sistémica de sus interrelaciones, al evidenciar que el cambio en un miembro cambia a su vez la interacción de otros miembros. Quedó pendiente ver si Rosa percibe estos cambios.

La hipótesis de trabajo de que tal vez la familia no ha hecho los rituales suficientes de despedida de don José debido a falta de comunicación entre ellos, se rechaza, pues en la sesión se observó que van al panteón en familia y se pueden escuchar cuando establecen un monólogo con el señor José.

Cuarta sesión (25 mayo 2004):

Para esta sesión se establece la hipótesis de que Tere siente menos culpabilidad con respecto al suicidio de Don José debido a que está haciendo cosas distintas "en homenaje" a él y que esto está moviendo a Rosa a realizar y percibir cambios y a empezar a sentir menos culpa.

A esta sesión sólo asisten Rosa y Tere. El terapeuta hace un resumen de lo expresado por José Ángel, para retomar su voz como testigo presencial del cambio en Rosa y se parte de allí para ver si ella también se hace partícipe de estos cambios en sí misma:

Rosa: Ese sentimiento de culpa ya no existe en mí, yo soy otra persona con la ayuda de usted, de la psiquiatra, de Dios antes de ustedes dos... Me he sentido excelentemente bien. Soy muy feliz con los sueños. Yo platico en sueños con mi esposo y recibo muchas bendiciones de parte de él. Platico y lo veo en sueños, y para mí es una bendición de Dios, todo eso me ha confortado, y me he sentido bien, diría yo ya casi al 100%.

Rosa valida los cambios que su hijo vio en ella. También nos habla de sus sueños con José (un recurso importante) y de cómo estos sueños le han ayudado. Para mí fue muy valioso escuchar este

recurso y no criticarlo, sino tenerlo presente para que más adelante se vean qué otros cambios producen en la narrativa de Rosa.

Marino: ¿Qué le haría falta?

Rosa: Eh... ¿qué me haría falta? Algo que no se puede: me haría falta [él, José] a mi lado, pero eso es imposible. Pero vamos a tomar en cuenta que eso es imposible para ya tener el 100 de seguridad.

Indago sobre qué le haría falta para cumplir el objetivo de la terapia.

Marino: ¿Y ahora usted qué se dice [de si misma]?

Rosa: Yo me digo que fui una persona que me eché culpas, que no [lo] debí haber hecho porque no lo fue nunca y fue un error

Indago sobre la nueva narrativa de Rosa sobre su sentimiento de culpa.

Marino: ¿Qué fue [el error]?

Rosa: De echarme yo la culpa del suicido de mi esposo

Marino: Si usted dice que eso nunca fue, ¿qué es lo que sí fue?

Rosa: Yo siento que, yo culparme de algo que no fue. Fueron las circunstancias, y el hubiera, y eso no existe. Estamos en el presente y eso es lo que cuenta ¿no?

Marino: Usted comenta que afortunadamente lo revive en los sueños. ¿Qué le dice?

En este momento hago uso del recurso de los sueños para indagar más sobre cómo se hizo el cambio hacia una nueva narrativa libre de sentimientos de culpa.

Rosa: Mi esposo, me ve, me abraza al igual yo a él, me dice que me quiere mucho, que él esta muy feliz donde está, y que él nunca nos va a olvidar, y que yo me cuide mucho, y eso me da mucha fuerza. Al siguiente día, si yo tengo que ir a ver un asunto referente a la propiedad, a los asuntos que él dejó pendientes, yo me siento fuerte para poder sacar todo adelante, y de hecho se lo digo a él en cuanto salgo: "Mi amor, ayúdame, dame las fuerzas que necesito para salir adelante" y salgo con mucha confianza.

Marino: ¿Ha tenido oportunidad para platicar con él sobre el sentimiento de culpabilidad que usted tenía?

Exploro los diálogos en los que Rosa ha podido traer la voz de José para contribuir a la desaparición de la culpa. La escucho sin juzgar si

Rosa: Una ocasión, reciente su muerte, él se me apareció y me dijo "no tienes que sentir culpa de algo que tú no eres culpable, yo te quiero mucho, ustedes son mi adoración, mis

hijas, díles que siempre voy a estar su lado, siempre voy a estar cerca de todos ustedes”.

este evento fue real o no, pues más bien me interesa saber cómo influyó en ella y si esto implicó una buena despedida.

Marino: Tal vez ese decir hola [a Don José], tendría que venir después de decir un adiós, y [esto] lo comento por lo que ahorita usted me dice. Pareciera que ya se dijo un buen adiós. ¿Usted siente que haga falta algo? Percibo algunas cosas que quedaron pendientes de decirle a su esposo.

Con la metáfora de “decir de nuevo hola” intento ver si haría falta algo más que decirse entre Rosa y José.

Rosa: No doctor, para mí es un adiós definitivo. Eso un adiós, un bonito recuerdo, pero nada, nada desagradable. Mi esposo es mi adoración, lo sigo amando.

Marino: ¿Y tú Tere?, ¿habrá alguna cosa pendiente que no le hayas dicho [a tu padre] para despedirte bien?

Al no haber algún diálogo pendiente, exploro ahora con Tere si ha podido hacer estos ejercicios de diálogo con su papá.

Tere: Mmh... lo que pasa es que a pesar de que ya tomé conciencia de que mi papá sí me quería, siento que está por demás decirle “¿por qué no estuvo al pendiente de mí?”, pero ya no tiene ningún caso.

Marino: ¿Sientes que no tendría ningún caso?

Tere: Pues no, porque ya no está aquí. Si estuviera se podría hacer algo pero ya no está. Simplemente no conformarme sino saber que mi papá me quiso muy a su manera y que sí le importaba. Eso es lo que hubiera quedado pendiente con mi papá, el saber, el yo sentirme que mi papá me quería, que me dijera que sí le importaba. Nunca lo oí de mi papá, eso sí me haría sentir bien, pero también estoy conciente de que no se puede. Ahorita estoy bien, porque antes yo platicaba y lloraba, siento que ya lo superé, que ya lo dejé atrás. Igual yo tuve que ver para que mi papá no se acercara a mí, porque mi papá, las veces que se acercaba, lo rechazaba.

En este momento percibo la voz temblorosa de Tere. A diferencia de Rosa, quien manifestaba con certeza que los diálogos que tuvo con su esposo después de muerto le habían ayudado mucho en eliminar cualquier pendiente, Tere me hacía dudar sobre si ya estaban todos sus pendientes resueltos con respecto a su padre. Al dudar, pido permiso a la familia para salir con el equipo. Se me ocurrió una idea y quería estar en sintonía con ellos para llevarla a cabo. Les platico al equipo mi inquietud y deseo de usar la técnica de la “silla vacía” y ellos estuvieron de acuerdo en la pertinencia de llevarla a cabo. Regreso con la familia para invitara Tere a llevarla a cabo:

Marino: Para mí era importante platicar con el equipo pues

De una manera respetuosa,

hay algo que yo escucho de ti, y también hay algo que veo y siento. Para mí y el equipo queda muy claro que tienes bien definido cómo fue la relación con tu papá, que no está aquí en este momento y que no puedes cambiar [el pasado] y que no te gustaría retomar algunas cosas que quedaron pendientes porque ya no quieres hablar sobre reproches. Pero por otro lado, estoy sintiendo como tristeza cuando lo estás platicando, entonces quería preguntarte si quieres platicar sobre esta tristeza, porque para mí es importante que al estar aquí pudiéramos trabajar también este sentimiento.

Tere: Sí, es tristeza.

Marino: Tu mamá ahorita estaba platicando cómo ella retoma la voz de Don José, y a partir de esos sueños empieza a reconciliar cómo se dieron muchas de éstas cosas [pasadas], ¿Tú quisieras usar esa voz, para reconciliar, esto que mencionas?

Tere: Es que yo sólo quisiera que mi papá me dijera que siempre le importaron mis cosas, "sí hija, siempre me importaste, siempre estuve orgulloso de ti", eso es lo que quisiera escuchar, nada más.

Marino: ¿Me permitirías que pudiéramos hacer un ejercicio para poder decirselo?

Tere: Sí (asiente con la cabeza).

Acomodan dos sillas, una frente a otra, en una de ellas se sienta Tere.

Marino: Tu papá está aquí, dile eso que no le pudiste decir.

Tere comienza a llorar. Me paro junto a ella para mostrarle calidez y acompañamiento, tomándola del hombro. Lloro un momento.

Tere: ¿Por qué nunca me dijiste eso papá? No sabes los problemas que me ha causado el no sentirme apoyada por ti, el no sentirme querida por ti, de sentir que siempre fui la otra. De no sentir que fui alguien muy importante para ti... no sabes lo que yo daría para que dijeras que me quieres o que me dijeras que estás orgulloso de mí y que valoraste todo lo que hice por ti (llora). Yo sólo quiero escuchar esas palabras de ti, nunca las escuché, y cuando tú me dijiste que me querías yo no te creí, no te creí sincero. A lo mejor por

justifico mi inquietud y pido su autorización para platicar sobre la tristeza que percibí en ella. Utilizo una doble voz para exponer los dos puntos: su certeza en que no tiene caso hablar de lo que no se puede cambiar y mi interés en hablar de lo que le produce tristeza.

Valida mi percepción de su tristeza

Retomo el recurso que le sirvió a Rosa e invito a Tere a usarlo también,

Insisto amablemente en realizar un ejercicio

Este es el momento en el cual llevo a cabo el ejercicio de la silla vacía, ejercicio desarrollado en la terapia Gestalt pero que a la luz de la terapia narrativa, es también una forma de, en la sesión, traer la voz del ser ya ido para hablar sobre temas no resueltos, y crear, a través de este diálogo, una nueva historia y una nueva relación con José.

mucho sentimiento, por varios pensamientos, de pensar que no me quisiste. ¿Por qué nunca te acercaste a mí? Muy a pesar de que ya no estás, quisiera que estuvieras aquí con vida. No importa que me trataras como lo hiciste, no importa que no me dijeras, simplemente el estar, el tenerte, el sentirte... ¿qué se puede hacer?, ya nada se puede hacer.

Tras una pausa

Marino: Siéntate en esa [otra] silla. Ahora imaginemos que Don José escuchó lo que acabas de decir, Tere. Don José está aquí para buscar una reconciliación y esa despedida, eso que queda pendiente. En este momento, si estuviera aquí Don José, ¿qué te diría?

Tere: Yo creo que... que diría... pues que, que sí la quiere, que tal vez no encontró la forma idónea para hacérselo saber.

Marino: Dilo como si fueras Don José.

Tere: Si te quiero, a pesar de que tú pienses lo contrario. Creo que nunca nos dimos la oportunidad de conocernos. Siempre me importaron tus cosas, a pesar de que no te lo hiciera saber y siempre estuve al pendiente de ti, aunque tú no lo supieras y pretendiera que si te quiero, que creo que desperdiqué tiempo en no conocerte o no me di la oportunidad para entrar más en ti pero quiero que sepas que siempre me importaste: eres mi hija.

Marino le pide que se siente en la otra silla.

Marino: Escuchaste a tu papá, ¿Qué le dirías ahora después de esto que te dijo?

Tere: Gracias por hacérmelo saber, por hacérmelo sentir y por estar ahí a pesar de que yo no lo sentía, simplemente gracias.

Se cambia de silla...

Marino: Don José, ¿hay algo más que quede pendiente?, ¿qué le gustaría decir a su hija Tere?

Tere: Que... la extraño mucho... que sea feliz, que siga siempre perseverando más y cosechando más éxitos, que siempre voy a estar al lado de ella y que me voy a sentir muy orgulloso de ella, que cada paso que dé, siempre voy a estar con ella ahí, estoy orgulloso de ser su papá.

Se cambia de silla.

Marino: Tere, ¿Hay algo más que quisieras decirle a tu papá?

Tere: No, tan sólo gracias por darme esa experiencia de vivir, por hacerme sentir. Gracias por los cuidados que desde pequeña me tuviste, gracias por tu compañía, gracias por los momentos agradables que tuvimos y por los malos, porque de todo se aprende. Simplemente gracias y que yo también te voy a extrañar mucho. A pesar de que ya no te tenga en presencia, sé que estás conmigo y que me vas a cuidar y que vas a estar alrededor de mí, y en los momentos difíciles que he pasado en la escuela, tú has estado ahí, no sabes cómo te lo agradezco, tú sabes que para mí era muy difícil estar ahí y me has acompañado, me has dado la fuerza necesaria para salir a flote en el barco en el que estoy.

Se cambia de silla...

Marino: Si no hay algo más pendiente Don José, despídase de ella por favor.

Tere: (llora) Nunca pensé lo que mi hija sentía, lo que ella sufría y hoy que me doy cuenta quisiera echar marcha atrás para poder reivindicar, por eso estoy triste, pero le daré la fuerza necesaria para que ella siga adelante. Seré su luz, su sendero y cada vez que ella me necesite yo voy a estar ahí.

Se cambia de silla...

Marino: Tere, ahorita Don José dijo que se sentía mal por darse cuenta del dolor que te había hecho sentir, que le hubiera gustado reivindicarse. ¿Esto que te dice?, ¿Cómo podría remediar esto?

Tere: Que siempre esté conmigo, que yo sienta tu presencia. Como te dije, en los momentos difíciles tú has estado ahí y eso es grande y eso es mucho y yo te lo agradezco y me da tristeza haberte hecho sentir así, pero era algo que quería que tú supieras.

Marino: ¿tiene algún significado el que Don José se haya dado cuenta?

Tere: Sí, porque sé que me quiere, porque sé que se preocupa por mí, que no le gusta que yo esté así, y sé que daría lo que fuera por quitarme el dolor, pero ahora que lo sabe me siento mejor, a pesar de que se siente mal, pero ya sé que sabe, que por fin me escuchó, que por fin puso

atención a mis palabras, que no las dejó en el olvido, o en forma pasajera, como algunas veces lo hizo y yo también siento que hoy pude estar más con él. Lo que no se pudo hacer durante cerca de treinta años lo acabo de hacer en este momento.

Se cambia de silla...

Marino: Don José, acaba de escuchar a Tere. Lo que dijo ¿de alguna manera lo reivindica?

Tere: Sí, sí porque ahora la conozco, sé cual era su dolor, comprendo por qué actuaba de tal manera conmigo, comprendo la gran necesidad de ser escuchada por mí, la comprendo y la única manera de reivindicarme con ella, será acompañándola en el lapso de su vida, estaré ahí para ayudarla y apoyarla en lo que sea.

Marino: ¿Hay algo más que quisiera decir?

Tere: Que estoy orgulloso de ella, de sus logros, por el avance personal que ha tenido. Me reconforta saber que está trabajando para superar las cuestiones emocionales que tenía dentro. Le va a permitir mejor calidad de vida y sentirse mejor con ella misma, y eso tiene un cambio en las cosas que ella quiera hacer.

Marino: ¿Le gustaría despedirse de ella?

Tere: Te quiero mucho.

Se cambia de silla...

Marino: Tere, ¿hay algo mas que quisieras decir?

Tere: No, simplemente que lo quiero mucho y que por él y por mi mamá voy a cosechar mas éxitos profesionales, aunque en los personales muchas veces pongo empeño, pero muchas veces las cosas no salen como uno espera. pero en lo profesional... tengo pensado estudiar una maestría y él sabe que cuando me propongo algo lo cumplo y lo voy a lograr y que ese éxito profesional va a ser dedicado a mis papás, especialmente para mi papá porque no está, porque sé que me va a dar la fuerza para conseguir la meta que me he propuesto. Yo también te quiero mucho, siempre estarás en mi mente, nunca te voy olvidar y te prometo conducirme ante la vida de la mejor manera posible, en la manera que tú quisieras que yo me condujera. Si tengo alguna falta o algún error, me jales las orejas, pero te quiero mucho.

Marino: Quiero darte las gracias, (suena el teléfono y el equipo le sugiere al terapeuta que introduzca a la Sra. Rosa como testigo presencial de este diálogo) Sra. Rosa, ahorita que se dio este diálogo entre Tere y el Sr. José, ¿habría algo que le gustaría comentar o decirle a ella?

Rosa: Mi hija ya sabe que su papá, muy a su manera, pero adoraba a su hija, de hecho... él adoraba a su familia, nada más que muy a su manera, pero era un hombre con mucho amor en el corazón y, de que amaba a su familia y la sigue amando desde donde Dios lo tenga. Y sí, ahorita lo que pasa es que a mi hija mi esposo le decía Teresita, porque era él el único que le decía así, pero de que adoraba su hija y a sus demás hijas y a su servidora, y a su hijo, él siempre lo hizo. Entonces eso, que a mi hija no le quepa la menor duda. Tuvo errores, finalmente es un mundo y todos tenemos errores por mayores, por menores, pero los tenemos, pero su papá siempre la amó y siempre la amará, porque en sueños ya me lo dijo. Entonces que no te quepa la menor duda de que tu papá siempre te amó.

Marino (a Rosa): ¡Muchas gracias!

Rosa: De nada doctor.

Marino (a Tere): Te reitero este agradecimiento por haber permitido ocupar la voz de Don José, para hablar y cerrar cosas que quedaron pendientes.

Tere: No sabes como te lo agradezco. Me siento muy bien, me siento liberada de ese sentimiento, de esa tristeza. Ya es algo que ahorita no... o sea, ¡como cambian las cosas!, ¿no? Digo, ¿qué pasó cuando te dije que ya no tenía caso decirlo?, y creo que sí tuvo un gran efecto, en hacerme sentir bien. El oír a mi papá, el saber que... el escuchar... mejor dicho... el escuchar las cosas que quería escuchar de él, me ha cambiado en este momento mi vida, porque te lo juro, es algo que arrastré desde chica, y ahorita por fin lo he sacado, por fin he sido escuchada, por fin he sido comprendida y por fin he escuchado lo que durante tantos años quise escuchar.

En esta sesión se confirmó que Tere sentía menos culpa con respecto al suicidio de Don José debido a que está haciendo cosas distintas "en homenaje". También se confirma que Rosa empieza a realizar y percibir cambios que la llevan a sentir menos culpa.

Adicionalmente, la sesión estuvo llena de ejercicios y preguntas que trajeron la voz del señor José como testigo de los cambios. No entraré en debate si es un testigo real o ficticio pues lo importante es que a través de la silla vacía se fomentó la recreación de un diálogo

Al final de la actividad de la silla vacía, y con sugerencia del equipo, se trae la voz de Rosa como testigo relevante de lo visto.

Rosa confirma que el diálogo fue muy auténtico.

Además, Rosa evidencia la reconciliación respecto de José, de sus errores y aciertos, aceptando su memoria de manera íntegra y reconociendo que no fue perfecto, como ningún ser humano lo es Vail (1982).

Aquí Tere hace la evaluación del ejercicio, considerando que le ha quitado un peso de encima al haber escuchado algo que por mucho tiempo quiso escuchar.

que quedó pendiente y que era necesario llevar a cabo para reconciliar la relación entre Tere y José y que por fin pudiera aceptarlo en su totalidad, con las cosas que le gustaron y que no le gustaron de él. Y aunque no se aplicó esta misma técnica con la señora Rosa (dado que ella ya lo había hecho a su manera, a través de los sueños) las preguntas que se le hicieron también rescataron esa voz y esa reconciliación que ya habían logrado antes de asistir a terapia.

Quinta sesión (8 junio 2004):

Para esta sesión se manejó la hipótesis de que Tere tiene menos rencor hacia su padre por las discrepancias que vivieron y esto, aunado a los cambios que ha hecho le han hecho disminuir su culpa. Asimismo, Rosa ha disminuido su culpa a través de hechos como el hablar con José en sueños y escucharle decir que ella no es culpable de su muerte. De seguir estos cambios, está próximo el cierre.

Al iniciar esta sesión, Tere manifiesta contenta que consiguió un mejor trabajo. El terapeuta la escucha atento y le felicita por este cambio. Al hacerlo, de manera indirecta, ambos hablan sobre un cambio en un área de la vida de Tere, que acompaña a los cambios que se están dando con respecto a su sentimiento de culpa y que resulta como un tributo más a la memoria de su padre.

El terapeuta retoma el ejercicio de la silla vacía y explora el significado de llevarlo a cabo ante un público importante: su mamá:

Marino (a Tere): ¿Cómo ves esto de poder compartir tu experiencia primero con tu mamá?

Tere: Mi mamá estaba tan callada y estuvo observando todo... siento que mi mamá puso atención tanto que las palabras que yo decía eran las palabras que mi papá iba a decir, entonces fue genial el poder compartirlo con mi mamá, con mi hermana más pequeña (con Claudia) y con una compañera de trabajo. Yo soy de las personas que nunca me ha gustado reprimir mis sentimientos, nunca, entonces, cuando tengo una emoción quiero que todo mundo se entere ¿no?, pues con ella también le dije, y yo me sentí muy bien. Fue una experiencia muy bonita, y además el revivirlo, cuando se lo cuento a mi hermana te lo juro que se enchina la piel. Ya recuerdo a mi papá, pero ya no con ese sentimiento. Ya no... ¡Hijoles!, ¿Por qué?. Ese día sentí como si mi papá estuviera aquí, como si a él le hubiera dicho las cosas, entonces, en ese día, en esa hora, en esos momentos, nos pudimos solucionar y nos dimos la oportunidad de decirnos ambos, todo lo que sentíamos y todo lo que traíamos y en ese momento se solucionó, entonces como cuando se soluciona un problema está por demás volver a reincidir porque ya se solucionó. Ahora veo las cosas así, ya veo las cosas de mi papá de otra manera, su

Aquí se observa que Tere buscó de manera espontánea a ese público que asistiera a las nuevas significaciones. También señala su certeza en que fue un ejercicio en el cual realmente vivió ambos roles, lo que le hizo sentir más real el diálogo y los significados que de él se construyeron.

ropa, todo. Al dirigirme a mi papá de otra manera, ya no siento ese sentimiento, ya no siento ese rechazo, porque era eso también, ya no lo siento. O sea ahora es como si hubiera solucionado las cosas con mi papá en vida, y que así estoy bien, como que ya hicimos las pases ¿no? Ya todos felices, y que así vamos a seguir. Entonces en ese plan estoy.

Marino: ¿Cuánto cree que han cambiado las cosas (pregunta a la Sra. Rosa). Por ejemplo, en esto de la culpabilidad, si ponemos que cero era totalmente culpable y cien era nada de culpabilidad?

Rosa: Yo creo que del cero al cien, yo creo que un 99.

Marino: ¿Ustedes creen que haría falta alguna cosa, algo pendiente que se tendría que trabajar?

Rosa: Por mi parte, por mi parte doctor, yo me siento excelentemente bien.

Marino: ¿Y tú Tere?

Tere: De una escala de 0 a 100, yo estoy en el 100.

Marino: Todo el equipo se siente muy contento por el éxito que han logrado.

Rosa: Muchas gracias doctor.

Marino: En este momento se cierra una etapa y se cierra de manera exitosa.

Rosa: ¡Gracias a Dios!

Marino: Se está abriendo otra etapa en donde ambas están teniendo circunstancias muy agradables ¿no? Muy favorables, muy agradables, que generan mucha alegría y que eso nos hace ver a nosotros [al equipo y a mí] la fuerza vital, el nivel de vitalidad que tienen en este momento, que incluso las hace tomar decisiones ¿no? Entre todos en este espacio hemos podido terminar una etapa con ese éxito que habían mencionado. Yo quería preguntar si también ustedes consideran que este sería el momento para poder hacer el cierre de nuestro trabajo, o si ustedes consideran que pudiéramos dar una sesión más para aclarar, para consolidar algunas cosas o incluso para despedirnos con más calma, con más tiempo.

Tere: Sí

Como desde la sesión anterior ambas refieren cambios, el terapeuta usa pregunta de escala para evaluar el resultado. Esta pregunta se le hace a ambas.

El terapeuta, a nombre suyo y del equipo terapéutico, reconoce el éxito que ellas han logrado, evidencia que se ha cumplido el objetivo de la terapia y les pregunta sobre el cierre.

Rosa: Una más doctor, por favor, si es usted tan amable.

Marino: Con mucho gusto

Se confirma la hipótesis de que tanto Rosa como Tere, debido al trabajo de reconciliación que han hecho desde antes de asistir a terapia, han podido disminuir su sentimiento de culpa y re escribir su relación con respecto a José. Igualmente se confirma que se cumplieron los objetivos de la terapia y que es hora de hacer el cierre del proceso.

Sexta sesión (22 junio 2004):

En esta sesión elaboramos la hipótesis de que Rosa y Tere han alcanzado una diferente posición, alejadas de la culpa por el suicidio de Don José, reconciliándose con ellas mismas y con el recuerdo de él. Están listas para continuar su camino, valiéndose de sus propios recursos como individuos y como familia.

Esta hipótesis dio pie a que se elaboraran preguntas para que ambas pudieran evaluar los resultados del trabajo que se llevó a cabo:

Marino: Las dos ya me decían desde la sesión pasada que ya sentían menos culpabilidad. Incluso hasta habíamos puesto una especie de escala de porcentajes, si cero era nada de culpabilidad y 100 la culpabilidad con la que llegaban, ¿en qué porcentaje están en este momento?... ¿usted Sra. Rosa?

Se retoma la pregunta de escala para evaluar los resultados. Con esto, se empieza todo un cuestionamiento dedicado a que ambas hablen con todo detalle sobre los cambios logrados (modelo de soluciones)

Rosa: Yo ya estoy, sin nada.

Marino: ¿Sería cero?

Rosa: Ceros, gracias a Dios, así es.

Marino (a Tere): ¿y tú?

Tere: Igual, en ceros.

Marino: ¿Qué significa para cada una de ustedes, que ahora ya no se sientan culpables?

Explora las implicaciones en su vida de ya no sentir culpabilidad

Rosa: ¡Ay doctor! Buena pregunta. Significa felicidad, significa tranquilidad, significa que ahora los días tienen color y que antes eran oscuros, espantosos, significa que nos da todo esto bonito. Esto es lo que significa cero de culpabilidad

Marino: ¿Y para ti Tere?

Tere: ¡Hijole!, para mí significa luz, esperanza, paz tranquilidad. Significa darle vida a mi vida, significa

equilibrio emocional, estabilidad... tenía yo esa carga emocional negativa, y ahora ya no la tengo.

Marino: ¿Quién más ve algo distinto en ustedes?

Tere: Claudia, mi hermana la más chica, en mi caso muy particular la gente allegada a Mónica. De hecho, Moni fue mi maestra, mi asesora y mi amiga, y el domingo estuvo en la casa y estábamos comentando lo mismo: hace unos meses fui a la universidad y bueno algunos amigos y maestros se preocupaban por mí; ahora ya me ven diferente, me ven contenta, sin esa pesada carga que yo tenía. Ella me lo ha dicho: "Yo ya te veo bien, me da mucho gusto por ti". Ella, mis amigos o los compañeros del trabajo o de la escuela. Del trabajo pasado, que vivieron conmigo este periodo de mi vida, igual lo han detectado, me han dicho que les da gusto verme ya bien. No, no te voy a mentir, no dejo de llorar algunas ocasiones por mi papá porque realmente es un sentimiento que está ahí, digo, el jueves fuimos a la firma para lo del estado de la casa y venía hacia el trabajo y empezaron a decir un poema del papá y me puse muy melancólica y la verdad sí me puse a llorar como magdalena pero no fue ese llanto juntado con culpabilidad, fue ese llanto de que, bueno ya no está mi papá, de esa tristeza pero ya no de culpabilidad.

Rosa: Yo me siento acompañada de mi esposo, siento su presencia, y digo ¡caray que bien!, pero me siento bien. Cuando venimos aquí lo siento más cerca todavía.

Marino: De su familia, ¿quién se muestra más tranquilo, distinto, de verlas a ustedes que ya se sienten bien?

Rosa: Mi hijo y Claudia. Y lo dicen: "Mamá, que bien que ya te veo así, ¡ya ves mamá!" Mi hijo dice: "Mamá, hasta yo trabajo más a gusto, estoy más tranquilo".

Tere: Y de Claudia, igual, es una niña muy amorosa muy cariñosa; igual nos ha felicitado, también nos dice "las he visto bien", le da gusto: "¡que bueno que fueron!" Son sus palabras.

Marino: ¿Y Don José qué les diría?

Rosa: ¡Uy! Mi esposo está bien feliz, le digo que yo lo sueño. Por todo él corre felicidad, está muy tranquilo y dice que así se deben ver las cosas, que él donde está, está super bien. Él quiere que a donde nosotros nos encontremos, estemos bien, y él también [lo estará].

Vuelve a explorar a ese público que de fe de los cambios.

Tere manifiesta que ha crecido ese público que ha dado fe de los cambios en ella.

Da también fe del cambio al recordar a su padre. Valida llorar por su memoria, pero por ese llorar sin culpa.

Rosa también da ejemplos de su sentir diferente.

Se confirma que los miembros familiares confirman estos cambios y reconocen cambios en ellos mismos.

Marino. ¿Diría eso? (dirigiéndose a Tere).

Tere: Sí, no sé, a lo mejor es algo que uno quiere creer. ¡Hijole! Yo siento así como la presencia de mi papá todos los días, que va conmigo, que me protege, que está feliz por ver esta etapa mía en la que estoy. Todo ahorita es hermoso, que todo está saliendo bien... este... estoy segura que estaría orgulloso del gran paso gigantesco que di en cuestiones tanto personales como laborarles.

Marino: ¿Que seguirían o que seguirán haciendo ustedes para mantenerse en esta nueva situación sin este sentimiento de culpabilidad?

Hace preguntas enfocadas a mantener los cambios.

Rosa: Pues yo le voy a decir una cosa doctor, a nosotras nos han ayudado ustedes, y se lo dije en un principio, nos han ayudado, ustedes. A mí, en particular, la psiquiatra y la iglesia y entonces nosotros nos hemos reconfortado mucho. Todos los domingos vamos a misa, entonces eso mantendría: el ir a misa todos los domingos.

Marino: ¿Habría algo más?

Rosa: Cómo no, cómo no, comunicarme con mis hijas, platicando lo bueno y lo malo, festejar las cosas mínimas, que si le dieron un dinero más de su sueldo pues vámonos a festejar. Todo doctor, todo, porque ahorita que estamos con vida, ahorita que lo podemos disfrutar hay que hacerlo, porque al ratito yo no voy a estar con ellas.

Marino (a Tere): ¿Qué seguirías haciendo para mantenerte en esta situación?

Tere: Yo creo haría de todo porque es muy padre sentirse así, ¡hijole! Desde comunicación con mi mamá, como siempre la ha habido, con mis hermanos... Seguir trabajando sobre mis zonas erróneas que son aquellas como mi carácter, que sigo trabajando en ello. El no ser vengativa, que también estoy tratando. Yo creo que el ser mejor persona.

Marino: En relación al sentimiento de culpabilidad ¿habría algo que pudiera ocurrir que pudiera ser un obstáculo para poder mantenerse sin esta sensación de ser culpable?

Tere: En mi caso, no que caiga porque vuelva a como llegamos, sería que uno de mis hermanos algún día me dijera "es que por tu culpa a mi papá le pasó esto, mi papá se

Se hace una pregunta, al estilo del modelo de soluciones, para ver qué podrían hacer si se enfrentan con un obstáculo

suicidó". En una instancia sería fuerte para mí, pero con todo lo que trabajamos contigo nos diste las herramientas, la solidez como para si cualquier persona viene y te dice eso, en ese momento le digas que las cosas no fueron así, que las circunstancias se presentaron de tal forma, que yo no tuve nada que ver: "Fue decisión de mi padre, ok, me enoje con él, perfecto, le dije cosas que no tenía que haberle dicho, perfecto, soy humana y cometo errores, pero eso no influyó en la decisión de mi padre. Mi papá sabrá que fue lo que lo orilló a tomar esa determinación pero estoy segura que yo no tuve nada que ver".

Rosa: Ya fallecido mi esposo, llegó mi hijo y me dijo "¿ya estás a gusto?"... Mil gentes me pueden señalar y me pueden decir "tú o usted fue la culpable", y yo me vuelvo a enderezar porque yo no fui culpable. A mí, que me culpen; nunca, nunca lo voy a aceptar, y así tan segura me siento.

Marino: ¿Habría alguna otra cosa que pudiera pasar de repente y que creara problemas de este tipo?

Rosa: Yo estoy haciendo muchas cosas doctor, porque yo no quiero a mis hijas dejarlas como, que me disculpe mi esposo, como él las dejó y me dejó a mí. Yo no quiero ver eso, yo quiero ver que el día que a mí me toque partir, si van a tener muy firme que su madre se fue queriéndolas mucho... que se fue feliz. Es un alivio que... de veras doctor... yo no creía que me iba aliviar. ¡Es una cosa tremenda! pero me siento liberada, me siento feliz, aliviada.

Tere: Y algo muy curioso, precisamente hoy que se terminan las sesiones es cumpleaños de mi papá, entonces es el mejor regalo que se le puede dar a mi papá, que vea que estamos bien, que estamos contentas. Ese es un tributo más a mi papá.

En esta parte, además, Rosa corrobora que está construyendo en el presente un mejor futuro.

Tere puede ahora disfrutar del aniversario de nacimiento de su padre porque ha reescrito una nueva historia.

En esta sesión se hacen muchas preguntas que fomentan que Rosa y Tere den muestra de los logros que han obtenido o de los que se han percatado en la terapia. Con esta revisión se corrobora el éxito del proceso dado que se alcanzó el objetivo inicial que ambas perseguían y que era el de disminuir su sentimiento de culpabilidad.

Para el análisis de este trabajo se han utilizado conceptos de varios modelos de la terapia familiar sistémica: desde el modelo de Milán, que incluye la elaboración de hipótesis de trabajo que guían el cuestionamiento de cada sesión, el uso del cuestionamiento circular y de la neutralidad (hacerle a ambas las mismas preguntas, de dedicarles a cada uno un tiempo equivalente, etc.), además de la división del trabajo en presesión, sesión, intersesión, intervención y postesión, junto a la forma particular de trabajo con equipo terapéutico que de este modelo se desprende. Se utilizaron preguntas y ejercicios derivados de la narrativa y que fomentaron la elaboración de historias o

significados alternativos para cada persona, y que les permitieron construir narrativas alejadas de la culpa. Desde el modelo de soluciones se elaboraron preguntas para enfocar y mantener los cambios logrados. Todo esto también fue matizado por los trabajos en particular que de la muerte y el suicidio se expusieron también en este apartado y que fungieron como catalizador, como ese famoso "timing" que dio las bases para una escucha atenta, empática, paciente y de soporte. Y al final del día, todo esto sólo fue llevado a cabo para que la familia dejara de ver sólo el déficit o dejara de inflingirse un autocastigo manifestado a través de la culpa y pudiera voltear a ver sus recursos, las cosas que estaban haciendo para construir un futuro distinto, las narraciones que los demás miembros importantes hacían respecto de ellas y su relación con José y, que al final de cuentas, recalco nuevamente, fueron cosas que llevaron a cabo desde antes de asistir a terapia.

V. CONSIDERACIONES FINALES.

Haber formado parte de la segunda generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar fue una experiencia que marcó totalmente mi vida, ya no sólo como psicólogo o psicoterapeuta sino como persona. Mi paso por esta residencia logró, en primera instancia, satisfacer mi deseo de seguir mi formación profesional y de alcanzar un mejor nivel de conocimientos en varios ámbitos y, sobre todo, de obtener habilidades que me permiten sentirme con más confianza y seguridad en ofrecer un servicio de psicoterapia de calidad, un servicio de docencia y difusión de conocimiento con más profundidad, y de ser posible, realizar investigación con los fundamentos metodológicos necesarios; todo lo anterior apegado a criterios éticos de desempeño profesional. He desarrollado habilidades y competencias clínicas de detección, diagnóstico y tratamiento; de investigación; de prevención, enseñanza y difusión del conocimiento; y de ética y compromiso social que me permitirán luchar por ello.

De las habilidades clínicas, tanto la revisión teórica como la práctica clínica basada en el marco teórico me permitieron establecer un contacto terapéutico con quienes demandaban el servicio (personas que asistían al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología), entrevistar y generar una relación de colaboración, para lo cual aplicaba técnicas de enganche y de alianza terapéutica. También desarrollé habilidades de observación del proceso terapéutico y de definición de: motivos de consulta, tipo de problema, opciones de solución, objetivos terapéuticos (creados de manera colaborativa con los usuarios) y la aplicación de la metodología derivada de los diferentes modelos vistos durante los dos años de la residencia, para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios. Además, el trabajo con equipo permitió que se analizara con honestidad mi trabajo terapéutico y apegándome a normas de ética profesional, mostrando una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes.

En cuanto a las habilidades de investigación y tal como lo menciona Eguiluz (2001), cualquier rama científica se conforma de tres áreas: la teoría, la investigación y la práctica, y a medida de que se pondera una, las otras dos se descuidan. De haber obtenido durante la residencia la formación profesional sólo en la práctica clínica la limitación que hubiéramos tenido como profesionistas hubiera sido la de realizar un trabajo a nivel técnico, sin aportaciones al desarrollo de las teorías en las que se fundamenta dicho trabajo. Es por eso que resultó importante que dentro de la residencia en Terapia Familiar se fomentará el desarrollo de habilidades de investigación. Con las actividades descritas en el capítulo II, se pudieron desarrollar las siguientes habilidades: obtener datos teóricos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de algunos problemas psicosociales de las personas, realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos, y diseñar proyectos de investigación siguiendo una metodología específica. Fomentar el desarrollo de habilidades de investigación permite que el alumno mantenga el compromiso con la búsqueda de información, la actualización en los conocimientos que se van desarrollando en el campo de la Psicología clínica y, al final de cuentas, tener la oportunidad de contribuir con dicho desarrollo.

Dentro de las habilidades que se contemplaban dentro de la residencia, también se tenían como importante aquellas que permitieran que los alumnos elaboraran productos terminados para la prevención y difusión del conocimiento obtenido durante la maestría. Sobre las habilidades de prevención, enseñanza y difusión del conocimiento, fomenté la difusión de conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar, tanto con la elaboración e implementación de un taller dirigido a alumnos universitarios, como en la asistencia a un congreso de Psicología y participación con un trabajo en modalidad de cartel. De éste último, la experiencia fue de gran riqueza pues me permitió por primera vez asistir como presentador de un trabajo a un foro nacional, situación que me llenó de satisfacción y orgullo por el apoyo de mi universidad. Por otro lado, durante mi estancia en la maestría asistí a tres talleres con personajes reconocidos mundialmente dentro del campo de la terapia familiar sistémica, que me permitió entrar en contacto con los conocimientos de actualidad, así como la creación de una red de contacto con profesionistas que me permite mantenerme al día en cuanto a los talleres, cursos y congresos que están por llevarse a cabo en la ciudad y que puedo dar a conocer también a mis colegas y alumnos con quien tengo contacto. Esta red es un gran recurso de difusión que pude obtener en la maestría.

Por último, la maestría y la residencia estaban interesados en que los egresados también tuvieran formación en cuanto a los aspectos de compromiso y ética profesional en todos sus ámbitos de trabajo: en la sede clínica, en las investigaciones, en las clases teóricas, en los talleres comunitarios impartidos, etc. El comportamiento ético matiza la forma de trabajar y comportarse de las personas, dando un estilo particular de desempeño. Durante la residencia, dentro de las acciones de ética que se fomentaron y adquirí estuvieron: la actualización e innovación de mis capacidades profesionales de manera constante; el análisis de manera honesta de mi trabajo terapéutico, con apego a las normas de la ética profesional y con respeto a las opiniones de mi equipo terapéutico y de las personas que solicitaban mi servicio; mostrar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios; respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; y asumiendo la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo cuando resulte necesario.

Incidencia en el campo psicosocial.

El esfuerzo que hace la UNAM, y en concreto, la Facultad de Psicología para la creación de espacios formativos para los profesionales en el campo clínico y de salud como lo es el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, tiene como fruto que se desarrollen profesionistas capacitados para incidir en la problemática que presentan individuos, familias y sociedades mexicanas (alcoholismo, drogadicción, bajo rendimiento escolar, maltrato físico, verbal, emocional, depresión, abuso sexual, entre otros) y que cuente con herramientas de trabajo apropiadas que permitan el planteamiento de alternativas para mejorar las relaciones de los participantes dentro de cada sistema. Y no sólo eso, la incidencia del profesionista egresado también se podrá ver reflejado en otros ámbitos como la prevención, la evaluación, el tratamiento, la capacitación y la investigación; y en distintos ámbitos de acción como el sector salud, educativo, social, etc.

Respecto a mi incidencia en el campo psicosocial, puedo mencionar que como terapeuta o coterapeuta, y durante mi estancia en la clínica de la Facultad de Psicología, contribuí con lo siguiente:

- Atendí a 8 clientes, consultantes o familias (2 personas que asistieron de manera individual, 4 parejas y 2 familias).
- En total, ofrecí 50 sesiones. Cada sesión se conformaba de más de dos horas de trabajo, que incluían el trabajo con equipo terapéutico (presesión, sesión, intersección, intervención y post sesión); además de que se trabajaba fuera de este espacio en investigación y documentación bibliográfica de cada problemática.
- Las problemáticas atendidas fueron: infidelidad, violencia familiar, reglas y límites en la familia, y duelo. Todo ello bajo los diferentes enfoques de la terapia familiar.
- Como parte del equipo terapéutico participé en todos los casos de mis demás compañeros de la maestría, con lo cual se cubrió un mínimo de 1600 horas de práctica supervisada durante los dos años de la maestría. En este sentido, se atendieron 38 familias a lo largo de 419 sesiones. En conjunto, la suma de las familias que atendí como terapeuta /coterapeuta y como parte del equipo terapéutico dan un total de 46, con 469 sesiones dadas en total a lo largo de la residencia.

Análisis del sistema terapéutico total y de mi experiencia personal.

El trabajo con equipo terapéutico fue uno de los mayores recursos con los que pude haber contado para enriquecer mi práctica clínica. El equipo terapéutico y los supervisores en turno aportaron una gran riqueza a los procesos, de tal manera que se evaluaran de manera continua cada sesión y se promoviera cada vez un mejor trabajo. El desarrollo de mis habilidades clínicas como terapeuta y como parte del equipo de observación fue de menos a más, partiendo de una menor competencia teórico práctica a una mayor competencia y consolidación de habilidades. Poco a poco aprendí a dar mensajes u opiniones y también a escucharlos. No cabe duda que se requiere de práctica para poder participar como parte de un equipo terapéutico, y esta experiencia fue de las más ricas en mi formación clínica. Asimismo, los clientes / consultantes veían enriquecido el servicio que se les brindaba, pues contaban con más de un terapeuta abocado a escucharles y atenderles.

Por otro lado, los docentes con quienes trabajé los asuntos a nivel teórico y de investigación me permitieron ejercer y desarrollar un sentido analítico y crítico sobre los modelos y problemáticas revisados, fomentando en mí la búsqueda constante de preguntas y respuestas.

Mi paso por la residencia en Terapia familiar me ha capacitado para ser un mejor terapeuta, pero también para ser un mejor profesional. Mi trabajo profesional lo combino tanto en la clínica como en la docencia, y en ambos trato de aplicar los conocimientos que obtuve en estos dos años. En la docencia, me ha permitido tener más herramientas para impartir las clases que se me asignan, y en un futuro, cuando tenga la oportunidad de impartir materias del área clínica, será la terapia familiar el enfoque que brindaré. En síntesis, diré que estos dos años me han cambiado, para bien, sobre todo, porque inicié un camino de formación constante, que seguiré toda mi vida profesional.

Referencias

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (mayo, 2003). Possibilities of a postmodern collaborative approach to therapy and consultation. Documento presentado en el Taller "Pasado, presente y futuro de la terapia familiar: Conversaciones íntimas", México, D.F.
- Baizán-Balmori, M. A. (2002). Una herida siempre abierta. El trabajo terapéutico con los sobrevivientes al suicidio desde la perspectiva del análisis existencial con un abordaje sistémico. *Psicoterapia y familia*, 15 (2), 24-38.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. L. (Comp.). *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp. 197-224). México, D. F.: Pax.
- Berenstein, I. (1981). *Psicoanálisis de la estructura familiar*. Barcelona : Paidós.
- Berger, T. (2004). Autonomía en pacientes con retraso mental: un abordaje sistémico. *Terapia y familia*, 17 (1), 30-43.
- Bertalanffy, L. V. (1986). *Teoría General de los Sistemas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Caballo, V. E. (Ed.). (1998). *Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. México: Siglo XXI.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En McNamee, S. y Gergen, K. J. (Comp.). *La terapia como construcción social* (pp. 111-120). Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. A. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Código Civil Federal (1991). México, D.F.: Porrúa.
- Colgan, I. (2004). Re versiones de la Quinta Provincia: la construcción social de la desigualdad y pobreza en mujeres, madres solas. *Terapia y familia*, 16 (2), 48-66.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. L. (Comp.). *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp. 49-79). México, D. F.: Pax.
- DIF. (2003). Dirección de Asistencia Jurídica.
- Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse*. Nueva York: Norton
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México, D.F.: UNAM Iztacala – Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Espinosa, M. R. (2002). Familia, adolescencia e identidad. *Terapia y familia*, 15 (2), 39-48.
- Espinosa, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz, L. L. (Comp.). *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp. 116-138). México, D. F.: Pax.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovitz, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Galicia, I. X. (2004). Terapia estratégica. En Eguiluz, L. L. (Comp.). *Terapia Familiar, su uso hoy en día*, (pp. 81-115). México, D. F.: Pax.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (2000). *Family therapy, an overview*. California: Brooks / Cole.
- Haley, J. (1993). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hoffman, L. (1998). *Fundamentos de terapia familiar*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Huber, C. H. (1991). *Terapia Familiar Racional-Emotiva: Perspectiva sistemática*. Barcelona : Herder
- INEGI. (1971) Cuaderno No. 1 de Población. Aguascalientes, México.
- INEGI. (2000). XII Censo General de Población y Vivienda. Base de datos. Aguascalientes, México.
- INEGI. (2002). Estadísticas de nupcialidad. Aguascalientes, México.
- INEGI. (2003). Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Aguascalientes, México.
- INEGI-STPS. (2004). Encuesta Nacional de Empleo.
- Instituto Mexicano de Tanatología, A.C. (2006). *La Tanatología*. Recuperado de <http://www.tanatologia.org.mx/presen/presenf.html>
- Keeney, B. P. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Random House Mondadori.
- Madanes, C. (1990). Estrategias y Metáforas de la terapia breve. En Zeig, J. K. y Guillian, S. G. (Comps.). *Terapia breve, mitos, métodos y metáforas*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Martínez, C. E. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: FEZ Iztacala, UNAM.
- McNamee, S. y Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Moctezuma, M. Y Desatnik, O. (2001). *Programa de residencia en terapia familiar*. México: UNAM.
- Nares, D. (1991). *Terapia familiar con técnicas vivenciales: Una alternativa humanista*. Mexico : [s.n.].
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Nelson, T. S., Fleuridas, C. y Rosenthal, D. M. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of marital and family therapy*. 12: 2: 113-127
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños: terapias gestálticas para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Pérez, L. E. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: FEZ Iztacala, UNAM.
- Pineda, E. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Reséndiz, G. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Robles, F. J. (2005). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, C. (2004). *La escuela de Milán*. En Eguiluz, L. L. (Comp.). *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp. 161-195). México, D. F.: Pax.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.

- Simon, A. (10 de febrero, 2005). Crecen adicciones y es insuficiente la atención. *El Universal Gráfico*. No. 26,294. p. 4.
- Sluzki, C. E. (2004). La crisis de la masculinidad y de la feminidad: una perspectiva evolutiva. *Terapia y familia*, 17 (1), 30-17.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2003). Código ético del Psicólogo. México, D.F.: Trillas.
- SSA, DGE (2003). Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2002. Procesó: Centro Nacional de Prevención y Control del VIH / SIDA (CENSIDA).
- SSA. (2002) Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 22. México, D.F.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of marital and family therapy*. 10: 2: 113-126.
- Vail, E. (1982). A personal guide to living with loss. E.U.: John Wiley & Sons.
- Walsh y McGoldrick (1988). A family systems perspective on Loss, Recovery and Resilience. En Sutcliffe, P., Tufnell, G. y Cornish, U. Working with the dying and bereaved. Hong Kong: Aardvork.
- Watzlawick, P., Beavin, J. B. y Jackson, D. D. (1997). Teoría de la comunicación humana. España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). Cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y Familia*. 9 (1). 14-20.
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.