



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ANA PATRICIA AGUILERA HERMIDA

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. C. SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
TITULAR: DRA. XOCHITL GALICIA MOYEDA
TITULAR: MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ G.
SUPLENTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
SUPLENTE: MTRA. MA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO



Los Reyes Iztacala, Edo. De México. Diciembre del 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.	4
1.1. Características del campo psicosocial	4
1.2. Principales problemáticas que presentan las familias	6
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas	7
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	9
2.1. Descripción de los escenarios	9
2.2. Análisis sistémico de los escenarios	12
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios	15
MARCO TEÓRICO	17
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	18
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	18
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	20
1.2.1. Modelo Estructural	20
1.2.2. Modelo Estratégico	24
1.2.3. Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas	26
1.2.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	30
1.2.5. Modelo de Milán	32
1.2.6. Modelos derivados de la Posmodernidad	34
1.2.6.1. Terapia Narrativa	34
1.2.6.2. Equipo Reflexivo	36
1.2.6.3. Terapia Colaborativa (también llamados Equipos Colaborativos)	38
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.	41
1. Habilidades clínicas terapéuticas:	42
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	42
1.2. El divorcio y sus efectos en los hijos.	58
1.2.1. Divorcio. Concepto e incidencia	58
1.2.2. Implicaciones para los miembros de la familia.	61
1.2.3. Intervención Terapéutica	71

1.3. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con familias	73
1.4. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas	76
2. Habilidades de investigación	79
2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa	79
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	83
3.1. Productos tecnológicos	83
3.1.1. Manual de técnicas de terapia familiar desde el Modelo Estructural	83
3.1.2. Manual de técnicas de terapia familiar desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas	83
3.1.3. Manual de técnicas de terapia familiar desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	84
3.1.4. Video didáctico del Modelo Estructural	85
3.1.5. Video didáctico del Modelo Estratégico	86
3.2. Programas de intervención comunitaria	87
3.2.1. Taller de comunicación no violenta	87
3.2.2. Taller para construir relaciones de pareja libres de violencia	89
3.2.3. Taller de prevención del uso y abuso de sustancias adictivas	91
3.2.4. Conferencia de prevención del abuso sexual en menores	92
3.2.5. Conferencia sobre las funciones parentales	93
3.2.6. Conferencia sobre cómo ayudar a los hijos en un proceso de divorcio	95
3.3. Presentación del trabajo realizado en foros académicos.	96
4. Habilidades de compromiso y ética profesional	98
4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	98
CONSIDERACIONES FINALES	103
1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas	104
2. Incidencia en el campo psicosocial	105
3. Análisis del sistema terapéutico total	106
4. Reflexión y análisis de la experiencia	110
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	112
BIBLIOGRAFÍA	114

INTRODUCCIÓN

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

1.1. Características del campo psicosocial

Quisiera comenzar con un segmento del Plan de Desarrollo Nacional para 2005 que presenta el presidente de la República, C. Vicente Fox Quezada:

Junto a los cambios ocurridos en México en materia económica y demográfica durante las últimas décadas, y en buena medida influidas por ellos, se han gestado importantes transformaciones en la sociedad del país.

Esta evolución social ha sido compleja y se manifiesta en una amplia gama de fenómenos determinantes de la vida de los mexicanos, desde modificaciones en las percepciones, motivaciones y conductas individuales - actitudes, valores y aspiraciones, entre otros elementos-, hasta la recomposición de grupos o agregados sociales y la alteración de los comportamientos colectivos en relación con los asuntos públicos, modos de participación y formas de organización de la gente, por citar algunos. Los cambios que han tenido lugar en los diferentes grupos sociales y regiones del país se han reflejado en una mayor pluralidad y diversidad social y cultural. Como resultado, los mexicanos de hoy son distintos de los de épocas anteriores.

Alcanzar las condiciones descritas implica que el desarrollo social y humano sea concebido como un proceso de cambio sustentado en la educación, tendiente a construir oportunidades de superación para amplios sectores de la población, con criterios de equidad en todos los aspectos, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género; a desarrollar las capacidades educativas y de salud; a incrementar la satisfacción de

necesidades básicas y la calidad de vida de los habitantes del país; a reforzar la cohesión social de las colectividades y la armonía con el medio ambiente.

Además del acceso a más altos niveles de bienestar, este proceso conduce a una mejor comprensión por parte de los ciudadanos de sus derechos y obligaciones, lo que propicia mejores condiciones para su inserción social y da un fuerte impulso a la iniciativa individual, estableciendo así las bases para una emancipación individual y colectiva, producto de la seguridad que da la capacidad y confianza en sí mismo (Fox, 2001).

Existe preocupación a nivel gobierno y a nivel nacional por una mejoría tanto en lo individual como en lo colectivo; se observa el incremento de divorcios a nivel nacional, modificaciones de estructura familiar, aumento de la migración hacia nuestro vecino del norte -Estados Unidos- y sus efectos, incremento de familias con jefa de familia en lugar de jefe, ausencia de una o de las dos figuras parentales, disminución de la población masculina en las provincias, esto a la par de una globalización avasalladora, que va exigiendo a la nación, a las instituciones, a las familias y a las personas visualizarse en nuevas perspectivas, perspectivas que nos harán cuestionar los valores y las formas de actuar vigentes y encontrar nuevas y mejores.

En este marco, es necesario personal calificado que pueda ofrecer opciones útiles para que los mexicanos encuentren una mejor adaptación y una vida satisfactoria, personal que deberá atender las diversas necesidades que los cambios van creando y dentro de estas necesidades se encuentra el trabajo con el núcleo social primario, con la familia. Finalmente es ésta la base de cualquier desarrollo social y su bienestar será determinante para el bienestar de un país.

Esta preocupación ha conducido a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles de

atención (prevención, intervención y rehabilitación). Vemos la creación de una institución dedicada exclusivamente a la familia: DIF (Desarrollo Integral de la Familia).

Las familias han abierto sus puertas a ser mejores, ahora se busca al psicólogo para resolver los problemas, lo cual en otro tiempo era inadmisibles, recordemos la frase “la ropa sucia se lava en casa”, pero pareciera que tantos cambios han obligado a las familias a buscar apoyo en profesionistas, hoy en día la psicología es una profesión reconocida que ha aumentado su demanda considerablemente y que requiere de estar preparado y calificado para dar respuesta a estas nuevas necesidades sociales.

En un principio, la psicología en México tenía como principal cliente al paciente individual pero al paso del tiempo y al observar las problemáticas de las diferentes etapas del ciclo vital, fue necesario que existieran también psicólogos que trabajaran con el conjunto familiar, dado que es ahí donde se crean, se desechan y se re-crean los valores y creencias familiares que posteriormente serán los valores sociales.

A continuación se analizan algunas de las problemáticas que presentan las familias.

1.2. Principales problemáticas que presentan las familias.

Una de las problemáticas por las que quisiera comenzar es por los cambios en estructura que han tenido las familias mexicanas, principalmente las de las zonas conurbadas, a diferencia de antaño donde los ancianos eran símbolo de sabiduría, las mujeres se encargaban de las labores del hogar, los matrimonios eran para toda la vida y los hijos e hijas debían salir del hogar paterno hacia el matrimonio, nos encontramos en una realidad donde el uso es primordial (muy propio de las tendencias capitalistas y neoliberalistas), “si me sirves estamos bien, si no mejor me busco otro”, y con ello el aumento de divorcios, de abandonos a integrantes de la familia, y de familias con características diferentes. Ahora la familia tiene la necesidad de responder a mujeres que gustan de un desarrollo profesional y que buscan una equidad de género, a hombres que no les enseñaron a mostrar sentimientos y mujeres que se los exigen, a niños que conocen sus derechos y gustan de hacerlos valer, a

adolescentes que se permiten más posibilidades de experimentar para encontrar, definir y elegir la identidad con la que quieren caminar, a hombres y mujeres que pueden elegir su preferencia sexual y reproductiva.

Pero no sólo vemos diferencias en las estructuras familiares, también observamos problemáticas sociales a las que no estábamos acostumbrados tales como el aumento de secuestros, de bandas internacionales que no requieren de un territorio para operar, como podría ser la Mara Salvatrucha, una delincuencia en franco aumento (que muestra necesariamente un decremento en los valores éticos y sociales), un severo aumento del consumo de diversas drogas entre la niñez y la juventud, una disminución de comunicación intrafamiliar y de contacto social, en parte por la invasión de la tecnología de videojuegos e internet y nuestras ya conocidas problemáticas, alcoholismo, desempleo, prostitución, pobreza, estrés, violencia familiar y maltrato infantil, entre otras.

Como podemos ver, no es posible no actuar y por ello los psicólogos requieren de mayor preparación en un área tan relevante como es la familia, preparación que permita, en conjunto con otras disciplinas, responder a las necesidades de estas nuevas formas.

1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas.

La terapia familiar sistémica y posmoderna presenta un cambio epistemológico, dado que no observa a la persona como un problema, sino como parte de un sistema en el que se ha desarrollado y mantenido un problema, y que al trabajarlo como conjunto permite mayor campo de efectividad, Lynn Hoffman (1991) menciona que el milagro de la terapia familiar ha estado en que el cambio a una perspectiva de sistemas (necesito conocer a su familia para ayudarlo a usted) es una intervención efectiva en sí misma y por sí misma. Si se sigue con apego, desde una actitud abierta y no dispuesta a la censura, la reunión de una familia para estudiar y modificar el dolor o el mal funcionamiento de uno de sus miembros facilita enormemente la tarea.

El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Asimismo, como proceso terapéutico se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Esta especialidad, con su visión integrativa, 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.

Esta visión sistémica permite al psicólogo identificar, de manera integrativa, los problemas clínicos tales como enfermedades psicosomáticas, adicciones, problemas de la alimentación, problemas de violencia familiar, abuso sexual, manejo de reglas y/o límites con los hijos, dificultades en las relaciones intrafamiliares, situaciones traumáticas, (accidentes, muertes, enfermedades crónicas) y problemas en la pareja (infidelidad, divorcio), entre otros que se manifiestan en el seno familiar.

Los profesionistas que manejan los modelos teóricos en las Terapias Sistémicas y Posmodernas, pueden diseñar estrategias de evaluación e intervención para problemas y demandas de salud mental. Con base en la visión sistémica y construccionista social, el especialista en terapia familiar, entabla una relación de colaboración con los usuarios, detecta y desarrolla las relaciones intersistémicas necesarias para dar respuesta a las demandas y necesidades de los usuarios, estableciendo, en caso de requerirse, relaciones interinstitucionales (con la escuela, comunidad, familia extensa, institución hospitalaria, etc.) así como con equipos interdisciplinarios.

Por supuesto, una visión sistémica, integradora y amplia podrá dar una mejor respuesta a las problemáticas actuales en las familias mexicanas, que otros modelos individualistas o que aíslan las problemáticas de las interacciones y de los contextos en las que se desarrollan.

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

La Universidad Nacional Autónoma de México ofrece un programa de Maestría en Psicología Profesional que conjunta la experiencia generada por los programas de los niveles de Maestría que se venían ofreciendo en el posgrado, en un solo programa de formación profesional que certifica la adquisición de competencias de alta calidad en algunas de las áreas de aplicación de la Psicología.

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, en el campo de Psicología Aplicada a la Salud, cuenta con la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, la cual actualmente se imparte en la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (en adelante FESI).

El programa operativo está distribuido considerando 24 semanas de clases a lo largo de cada semestre. El curriculum de la Maestría en Psicología se conforma por 145 créditos, 42 créditos del tronco teórico metodológico y 103 créditos de las actividades de la residencia. La designación y distribución de horas por semestre para la Residencia en Terapia familiar es de: 12 horas por semana durante el primero y segundo semestre, de 20 horas en el tercer semestre y de 25 horas por semana en el último semestre.

El plan de estudio para la Maestría es mixto, ya que consiste en una combinación de cursos formales escolarizados y un programa de residencia, con actividades de enseñanza y practica supervisada en escenarios clínicos, que favorecen el desarrollo de las competencias en los alumnos (Eguiluz, 2004).

2.1. Descripción de los escenarios.

El programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica que se desarrolla en la FESI cuenta con tres escenarios clínicos:

La Clínica de Terapia Familiar de la FESI se encuentra en el primer piso del edificio de Endoperiodontología, y está ubicada en Av. Barrios No. 1 Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, C.P. 54090.

Cuenta con un consultorio y una sala de observación con espejo bidireccional, dentro del mobiliario se encuentran sillas suficientes para las familias y los equipos de trabajo, un sistema de video de circuito cerrado (cámara videograbadora, aparato reproductor de video, micrófono y sistema de audio) y un sistema de intercomunicación (dos teléfonos). Aunado a lo anterior, tiene un espacio con un escritorio y sillas para los análisis de los casos atendidos.



Los escenarios de entrenamiento externo son el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Atzacotalco (en adelante CCHA) y la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE (en adelante ISSSTE).

El CCHA se encuentra ubicado en la Av. Aquiles Serdán No. 2060, Col. Ex-Hacienda del Rosario, C.P. 2040, Del. Atzacapotzalco, México, D.F. También cuenta con un sistema de observación y con todos los aparatos necesarios tanto para la grabación como para la intercomunicación entre el supervisor y los terapeutas. En la foto siguiente se muestra el área donde se encuentra el equipo tras el espejo y se puede percibir el aparato de videograbación así como el monitor que se utiliza para analizar los casos ya grabados.



La Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, se encuentra ubicada en la calle Chilpancingo N° 68 Col. Valle Ceylan, Tlalnepantla, C.P. 54150, Edo. México. Cuenta con un consultorio, sillas para las familias y para los equipos de trabajo. En este escenario se maneja una modalidad diferente por la infraestructura del lugar, no existe un espejo bidireccional, por lo que los pacientes y el equipo se encuentran en el mismo espacio físico, el sistema de comunicación del supervisor con el terapeuta es a través de un pizarrón,

aunque también cuenta con los aparatos para el circuito cerrado. La foto siguiente permite identificar cómo funciona este escenario.



2.2. Análisis sistémico de los escenarios

La forma de trabajo en los escenarios tiene una base totalmente sistémica que parte de la cibernética de segundo orden, en la que el observador es a su vez observado, donde interactúan una serie de sistemas: el sistema del terapeuta y la familia, el sistema del terapeuta y el equipo, el sistema del equipo y el supervisor, el sistema del equipo y la familia; a esta interacción dinámica se le considera como sistema terapéutico total.

Se parte de la premisa de que la visión binocular y/o multiocular es más completa y más compleja, así el observador tiene dos maneras de contemplar la realidad, una basada en los sentidos, que actúa de forma lineal y una segunda que se refiere a nuestras interpretaciones de lo observado, estas dos maneras de ver la realidad forman un enfoque, y varios enfoques ofrecen una mayor riqueza y un conocimiento más abarcativo de la realidad observada (Eguiluz, 2001).

El sistema terapéutico total revolucionó la psicoterapia, ya que por un lado, se puede adoptar una posición y ser observado y, por otro, revisar la posición en que se está ubicado a través de la mirada del otro. Asimismo, desde el papel de observador (equipo y supervisor) y de observado (terapeuta) se pueden advertir situaciones que el terapeuta sería incapaz de advertir por ser partícipe del sistema terapeuta-familia, como podrían ser escaladas simétricas, juego en donde se atrapa al terapeuta, cuestiones personales o prejuicios que se estuvieran colando en el sistema terapeuta-paciente (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986, Hoffman, 1987).

Los sistemas que se interrelacionan en los escenarios son diversos, por lo que los detallaremos a continuación.

Clínica de Terapia Familiar. (FESI)

Los pacientes se enteran del servicio a través del departamento de informes de la Clínica de Salud Integral y/o de las recomendaciones que las personas hacen del servicio. Por su alta calidad y su bajo costo, existe gran demanda, y el procedimiento para que la población sea atendida en este escenario es que anoten sus datos en la lista de espera con la Dra. María Suárez Castillo, Tutora y supervisora de la entidad, ella es la responsable de organizar a los pacientes que serán atendidos por los estudiantes de los diferentes semestres.

El servicio se otorga a estudiantes y trabajadores de la FESI, así como a la comunidad en general. La cuota de recuperación que se cobra por la consulta es de \$50 y la periodicidad de las citas, al igual que en los otros escenarios es cada 14 días.

En la FESI existen diversos servicios de apoyo que el terapeuta familiar puede utilizar para complementar la calidad del servicio, como es el Departamento de Evaluación Psicopedagógica y la Clínica de Servicios Médicos.

Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE.

El ISSSTE y el Programa de Terapia Familiar tienen un convenio de trabajo conjunto, donde los terapeutas en formación pueden llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y la clínica tiene un servicio de alta calidad para sus usuarios.

El servicio es exclusivo para derechohabientes y son canalizados por el médico familiar al Departamento de Psicología, el cual valora los casos y elige los que considera pertinentes para terapia familiar y los que se atenderán por los psicólogos de la institución. La persona responsable del departamento de Psicología canaliza los casos a los terapeutas y exige los avances del caso cada sesión a través de las actas, aunado a que está presente en la mayoría de las sesiones como observador. Es importante mencionar que el Departamento de Psicología depende de la Coordinación de Enseñanza e Investigación y ésta a su vez de la Dirección de la Clínica.

Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Atzacapotzalco.

El CCHA recibe el servicio del Programa de Terapia Familiar, que es coordinado y supervisado por la Mtra. Carolina Rodríguez. El servicio se proporciona en la zona asignada para la investigación, donde se adecuó un espacio con espejo bidireccional para dar servicio a los jóvenes que así lo soliciten. El procedimiento que debe seguirse para solicitar el servicio es que el adolescente, el padre de familia, el maestro o los psicólogos del Departamento de Psicopedagogía llenen una ficha que contiene los datos generales del joven, el motivo de consulta así como quién solicita el servicio. Una vez entregado, la supervisora asigna los pacientes a los terapeutas y se proporciona la atención psicológica.

La población que mayoritariamente se atiende son adolescentes (estudiantes del CCHA) y sus familias, en segundo lugar son los trabajadores de la institución. Este servicio no está abierto a la comunidad en general.

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

Esta modalidad de trabajo surge inicialmente como proyecto de investigación y de enseñanza en el Mental Research Institute, en Estados Unidos y en el Centro de Estudios para la Familia en Milán, Italia (Selvini et al. 1986). Consiste en que el terapeuta vea a la familia tras un espejo bidireccional donde se encuentra un grupo de colegas que analizarán el sistema que están observando y que podrán intervenir a través de un sistema de intercomunicación con el terapeuta. Se recomienda que el equipo sea mínimo de 2 personas y que existan diferentes géneros para contrarrestar los efectos culturales y los estereotipos sobre los dos sexos.

En todos los escenarios (FESI, CCHA e ISSSTE) se trabaja con un equipo terapéutico y un supervisor. Durante el primer semestre el terapeuta en formación participa en el equipo como observador de los otros sistemas (equipo-supervisor, equipo-terapeuta, terapeuta-familia); en el segundo semestre, el terapeuta participa como terapeuta de una familia y como equipo de otros terapeutas, en tercer semestre participa como terapeuta, como equipo y cuenta con un equipo nuevo de observadores (que son los alumnos de primer semestre) y durante cuarto semestre participa como terapeuta y cómo equipo, dado que los observadores ya estarán en momento de tener su propia práctica como terapeutas.

Inicialmente se realiza la captación del paciente, se asigna a un terapeuta, el cual realiza la entrevista inicial a través de una llamada telefónica en donde obtiene el motivo de consulta, los antecedentes familiares con relación al problema, el familiograma y los miembros que asistirán a la sesión. Acuerda la cita.

En la primera cita explica la modalidad de trabajo, obtiene los permisos escritos de grabación, amplía el motivo de consulta e inicia el proceso terapéutico pertinente, decidido en conjunto con el equipo terapéutico y con el supervisor.

Desde la entrevista telefónica y en todas las sesiones subsecuentes, el terapeuta en formación revisa su video y realiza un acta en donde constan los objetivos de la sesión, las intervenciones terapéuticas, el análisis teórico y los modelos que lo sustentaron, el mensaje final, los objetivos para la siguiente sesión y las posibles hipótesis terapéuticas. Estas actas

conforman el expediente de la familia atendida y se dejarán en el escenario donde se esté trabajando. En cuanto a las diferencias por escenario, en la FESI y en el ISSSTE, se realizan resúmenes del video, sin embargo en el CCHA se requiere el acta textual de cada sesión.

Todas las sesiones tienen una duración de 90 minutos y se llevan a cabo en 5 partes:

- En la presesión los terapeutas se reúnen para leer el acta de la entrevista telefónica o de la sesión anterior y se comentan las líneas a seguir. Dura 15 minutos.
- La sesión es el tiempo en el que el terapeuta está con la familia y dura aproximadamente 45 minutos, en este tiempo si el equipo tiene algún comentario lo hace a través del intercomunicador.
- Al cabo de la sesión hay una salida del terapeuta con el equipo para comentar lo sucedido y preparar el mensaje final o la conclusión de la sesión. Tiene una duración entre 5 y 15 minutos.
- En la conclusión de la sesión el terapeuta vuelve con la familia y comenta lo que el equipo y él decidieron. En esta fase puede haber variantes dependiendo del modelo que se esté trabajando y de lo que considere conveniente el supervisor, puede que exista un equipo reflexivo, que entre el supervisor o que se de una plática entre terapeutas escuchada por la familia. Esto dependerá del caso, del modelo, del equipo y del terapeuta. Después de ello se despide a la familia y se le da su nueva cita.
- Por último se realiza la postsesión en la que se analizan las intervenciones realizadas, se comenta lo concerniente a la persona del terapeuta y se discuten posibles líneas de acción futura. Dura 15 minutos.

MARCO TEÓRICO

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

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

La terapia familiar sistémica es, según Keeney (1993), la perspectiva que se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la conducta de otras. Eguiluz (2001) menciona que deja a un lado lo subjetivo-interno del modelo freudiano y lo objetivo-externo del modelo médico y el conductista, para concentrarse en el estudio de la interacción que se establece entre el individuo y su grupo primario, es decir, su familia.

El enfoque de terapia familiar sistémica hace uso de un nuevo enfoque epistemológico en el cual no sólo serán importantes los hechos directos, es decir, las preguntas lineales (como sería el que un terapeuta pida a un cliente explicar por qué tiene un problema) sino también quién hace qué a quién y en qué momento, lo cual se obtiene a partir de las preguntas circulares. Será importante describir las interacciones de los miembros de la familia respecto a lo denominado como problema.

En este enfoque se maneja una concepción cibernética de la comunicación múltiple en la intervención terapéutica. Bradford Keeney (1993) menciona que la cibernética es la organización de sistemas de comunicación que se ocupan tanto del cambio como de la estabilidad. Menciona que esta concepción cibernética lleva a comprender la manera en que intervenciones terapéuticas logradas hacen jugar en complementarias las demandas de cambio y de estabilidad provenientes de un sistema familiar. La organización cibernética de la comunicación múltiple proporciona una visión de más fino enfoque. Se empleará esta última a fin de poder discernir con mayor claridad la estructura sistémica de las propias intervenciones terapéuticas.

Una visión cibernética en terapia sistémica comienza con el supuesto de que sistemas perturbados presentan al terapeuta comunicaciones múltiples que a veces pueden ser

contradictorias. Estas comunicaciones incluyen mensajes tales como “cámbienos y estabilícenos”. Esta frase, si se le mira como comunicación doble, marca la complementariedad recursiva de un sistema cibernético.

La concepción de la comunicación múltiple se edifica sobre las ideas propuestas por Gregory Bateson, quien sostiene que son descripciones múltiples y no descripciones singulares, las que nos permiten construir una concepción sistémica del vínculo y la interacción entre los seres humanos. Cuando dos personas interactúan, cada uno de los miembros tiene una visión particular de su flujo de interacción. Si un observador combina ambas visiones, surgirá una percepción del sistema total. Bateson llamó descripción doble a esta visión de sistema múltiple; llegó a la conclusión de que combinar diversas piezas de información define una vía de acceso a las pautas que conectan (Bateson, 1979).

Desde esta perspectiva cibernética, se intenta alcanzar una doble visión de la descripción y la prescripción y, a partir de ellas, lograr una perspectiva de orden superior.

Esta aproximación epistemológica aplicada a la terapia implica tres modalidades de trazar distinciones, según Keeney (1993):

- a) Traza distinciones primarias para discernir datos elementales.
- b) Traza distinciones que organizan estos datos procurando establecer pautas que los conecten.
- c) Busca dar un paso atrás y examinar lo que ha hecho.

La hipótesis fundamental basada en la cibernética y la pragmática de la comunicación humana es que: la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Cada grupo-natural-con-historia, se forma en un cierto lapso mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así sobre lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares y tienen el carácter de comunicaciones verbales y no verbales.

Las familias patológicas también se caracterizan por un tipo peculiar de relación. Las conductas sintomáticas son parte de estas relaciones peculiares y para poder influir sólo queda intentar cambiar las reglas. Cuando se logra cambiar una regla fundamental desaparece el comportamiento patológico.

Cada sistema viviente se caracteriza por dos funciones: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación. En los sistemas patológicos, aparece la tendencia a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis y se ve limitada la capacidad de transformación (Selvini et al. 1986).

1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

1.2.1. Modelo Estructural.

Salvador Minuchin, quien es el principal representante del modelo, trató a familias con enfermedades psicósomáticas y fundó un centro de estudios de terapia familiar en Nueva York. Minuchin menciona que las funciones de la familia son dos, una interna, la protección psico-social de sus miembros, y la otra externa, la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma (Minuchin, 1974).

La terapia estructural es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. Las características principales del enfoque son:

- Intenta modificar la organización de la familia.
- Considera a la familia como un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos internos y externos.
- Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia.

Se pueden identificar los siguientes elementos de la estructura:

- Límites o fronteras. Son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Existen 4 tipos de límites: claros, flexibles, difusos y rígidos.
- Jerarquía. Es la distribución de la autoridad dentro del seno familiar.
- Alianza. Es la unión de dos o más miembros de la familia con intereses comunes; buscan un beneficio. Entre más alianzas habrá más flexibilidad en la familia.
- Coalición. Dos o más miembros de la familia se unen para dañar a otro miembro.
- Geografía. Espacio físico y cómo se ubican en él los miembros de la familia.
- Territorio. Es el espacio emocional que ocupa cada miembro de la familia.

Minuchin considera importante analizar los holones. El término holón designa aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía. Cada holón es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno de lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra, ni entre en conflicto con ella. La familia nuclear es un holón de la familia extensa, ésta lo es de la comunidad, y así, cada todo contiene a la parte y cada parte contiene también el programa que el todo impone. También se les llama subsistemas (Minuchin, 1984). Se analiza el holón individual, el holón conyugal, el holón parental y el holón de los hermanos.

Otro concepto que toma en cuenta el modelo son las etapas del ciclo vital por las que pasa la familia las cuales son: noviazgo y galanteo, pareja y matrimonio, matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos adolescentes, etapa de hijos adultos (también llamada nido vacío), vejez, soledad y muerte. El terapeuta deberá analizar en qué etapa se encuentra la familia y cómo han afrontado las demandas que cada etapa exige.

Desde este modelo, la estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable por parte del observador, los datos se logran en el proceso de asociarse con la familia. Para el diagnóstico el terapeuta comienza por establecer un mapa familiar, que es un esquema a través del cual organiza el material que obtiene; le permite formular hipótesis y establecer los objetivos terapéuticos.

Esto lo realiza a través de analizar en las familias los siguientes elementos de diagnóstico:

- Estructura. Las pautas transaccionales preferibles por la familia y las alternativas disponibles.
- Flexibilidad. Es la capacidad de elaboración y reestructuración.
- Resonancia. Sensibilidad ante las acciones de los miembros de la familia.
- Contexto de vida. Son las fuentes de apoyo y de estrés con las que se cuenta, es la ecología de la familia.
- Estadío de desarrollo. Consiste en qué etapa del ciclo vital están viviendo y qué tan acorde a ella son las actividades que realizan.
- Síntomas del paciente identificado. Formas en que el paciente mantiene o ayuda a mantener las pautas preferidas por la familia.

Minuchin para trabajar terapéuticamente con las familias propone desafiar la homeostasis, que es el proceso evolutivo que se reconstruye a sí mismo donde el crecimiento, el desarrollo y la adaptación se encuentran parados. Esto es a través de cuestionar el Síntoma, la Estructura y la Realidad.

A continuación se presenta una tabla con las técnicas terapéuticas que utiliza este modelo para lograr el desafío de la homeostasis.

Tabla No.1

Técnicas del Modelo Estructural.

Técnicas para el cuestionamiento del Síntoma (Reencuadre)	Escenificación	Primer movimiento: Interacciones espontáneas Segundo movimiento: Provocar interacciones Tercer movimiento: Interacciones alternativas
	Enfoque	
	Intensidad	Repetición del mensaje Repetición de interacciones isomórficas Modificación del tiempo Cambio de distancia Resistencia a la presión de la familia
Técnicas para el cuestionamiento de la Estructura. (Reestructuración)	Fijación de fronteras	Distancia psicológica Duración de la interacción
	Desequilibramiento	Alianza con miembros de la familia Alianza alternante Ignorar a miembros de la familia Coalición contra miembros de la familia
	Complementariedad	Cuestionamiento del problema Cuestionamiento del control lineal Cuestionamiento en el modo de recortar los sucesos
Técnicas para el cuestionamiento de la Realidad (Consolidación)	Construcciones	Símbolos universales Verdades familiares Consejo especializado
	Paradojas	
	Lados fuertes	Respuesta al paciente individualizado Alternativas de interacción

La aplicación del modelo estructural no se reduce a la aplicación de técnicas; toma en cuenta el marco epistemológico del terapeuta, la evaluación que hace de la relación con la familia y la posición que terapeuta y familia asumen en el sistema terapéutico total (Desatnik, 2004)

1.2.2. Modelo Estratégico

Existe discusión sobre quienes son los representantes del Modelo Estratégico, se identifican con ellos los planteamientos de Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) relacionados con la solución de problemas, pero fue Jay Haley quien acuñó el término estratégico para referirse a aquella terapia en que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta, y junto con Cloé Madanes desarrollaron una propuesta para el Modelo Estratégico (Galicía, 2004).

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico delimita lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. No es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente sobre la gente.

Puede considerarse a Milton Erickson como el maestro del enfoque estratégico dado que alienta la concepción de que la gente es modificable, el espacio y el tiempo maleables, y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que se haga más autónoma (Haley, 1980).

En el nivel más general, la meta de un terapeuta consiste en modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona. Se busca expandir los alcances de su experiencia, proveerla de nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse. El terapeuta busca, a través de la relación con una persona, introducir en ésta la variedad y expandir el alcance de sus capacidades.

La entrevista inicial es muy importante en la terapia estratégica por lo que se mencionan sus etapas:

- Etapa social: Es el primer contacto entre la familia y el terapeuta, quien al saludarlos y hacerlos sentir cómodos, también deberá transmitir el mensaje de que

cada uno de ellos es importante para resolver la problemática que les aqueja. Observará el estado de ánimo de la familia, las normas disciplinarias, las alianzas y las coaliciones.

- Etapa del planteamiento del problema: En este momento el terapeuta busca obtener el sentir de cada uno de los integrantes de la familia con respecto al problema. Se les pregunta que es lo que ellos consideran como problema, las expectativas que tienen del proceso terapéutico y las metas que desean lograr.
- Etapa de interacción: En esta fase el terapeuta propiciará que la familia dialogue entre sí sobre el problema para reunir mas información que le posibilite identificar las pautas de comunicación en la familia, describir la organización jerárquica y tener clara su estructura particular.
- Etapa de fijación de metas o definición de los cambios deseados: Aquí, como su nombre lo dice, la familia definirá claramente los cambios que desea lograr con la terapia, para ello será imprescindible conocer el problema de forma que sea solucionable y los cambios deseados deberán ser observables y/o medibles, así la familia identificará el momento en que los ha logrado.

Regularmente la entrevista inicial se realiza en más de una sesión y posterior al proceso de entrevista inicial sigue el empleo de las directivas, que son las tareas que el terapeuta imparte sesión tras sesión. Las directivas deberán ser sencillas y precisas de tal forma que la familia pueda entenderlas y llevarlas a cabo. Es conveniente que estén dirigidas para involucrar a todos los miembros (Haley, 1980, Galicia, 2004).

Un aspecto esencial de la terapia estratégica es la necesidad de motivar a la persona para que coopere plenamente en la observancia de las directivas y para que se comprometa a encarar la resistencia cuando esto surja. Existen dos tipos fundamentales de resistencia: el no ser suficientemente cooperativo, y el serlo en demasía. Para trabajar en la terapia estratégica y responder a las resistencias presentamos a continuación un cuadro de técnicas.

Tabla No. 2
Técnicas del Modelo Estratégico.

<p>Aliento a la resistencia.</p> <p>Ofrecimiento de una alternativa peor.</p> <p>Determinación de un cambio mediante metáforas.</p> <p>Aliento a la recaída.</p> <p>Frustración de una respuesta para alentarla</p> <p>Empleo del espacio y la posición.</p> <p>Énfasis en lo positivo.</p> <p>Siembra de ideas.</p> <p>Ampliación de la desviación.</p> <p>Amnesia y control de la información.</p> <p>Despertar y desenganche.</p> <p>Evitación de la exploración de si mismo.</p>
--

Estas técnicas no se utilizarán como formas predeterminadas o fórmulas para resolver el problema, deberán contener una serie de directivas que estarán diseñadas por el terapeuta de acuerdo al problema y a la necesidad específica de la familia.

1.2.3. Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas

Los creadores de este modelo fueron P. Watzlawick, J. Weakland, R. Fisch y L. Segal, quienes desarrollaron sus conocimientos a partir de su práctica en el Instituto de Investigación Mental (MRI) de Palo Alto, California y de la gran influencia de la obra innovadora de Milton Erickson (Ochoa, 1995).

En este modelo se concede importancia a una clara identificación de la conducta problemática: qué es, en qué aspecto es considerada como problema y por quien. También se otorga importancia al funcionamiento y a la persistencia de la conducta problemática. No

existe interés en procesos largos que esclarecen el pasado, sino interés por cambiar el presente y delimitar el futuro.

Para que un problema exista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas que se llevan a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social del paciente. De hecho para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad, y 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución” (Watzlawick P., Weakland J., Fisch, R., 1989).

Abordar un problema teniendo en cuenta los principios de Psicoterapia Breve, conduce a la formulación y aplicación de un procedimiento en cuatro etapas. Dichas etapas son las siguientes:

1. Una clara definición del problema en términos concretos.
2. Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar.
4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio (Watzlawick, et al. 1989).

Para ello es necesaria la capacidad de maniobra del terapeuta que consiste en tener la libertad de actuar en la forma que se considere más adecuada y en ser capaz de poner en práctica lo que se juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. Implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.

Existen diferentes medios para aumentar la capacidad de maniobra tales como: la oportunidad y ritmo en los comentarios, utilizar el tiempo necesario, el uso del lenguaje condicional, ayudar al cliente a concretar, mantener una actitud igualitaria, saber cuándo son convenientes las sesiones individuales y cuándo conjuntas, así como conocer tácticas

para los pacientes difíciles como los que van por coacción o que tratan de imponer restricciones a la terapia.

El marco de tratamiento incluye:

- La entrevista inicial: Consiste en recoger la adecuada información sobre la dolencia o dolencias principales de quienes buscan ayuda y el paso siguiente consiste en preguntar qué es lo que ha estado haciendo para solucionar o afrontar el problema y qué han hecho todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él, para ello es importante centrarse en lo que está sucediendo ahora. Esto dará las bases para que el terapeuta conozca por donde ha de moverse y por donde no ha de hacerlo.
- La postura del paciente: se refiere a los valores, creencias y prioridades que están fuertemente consolidados y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán las personas. Representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta.
- La planificación del caso consiste en decidir qué caminos podrían ser los mejores e implica diferentes fases que son:
 1. Definir el problema del cliente.
 2. Establecer la solución intentada por el cliente.
 3. Decidir qué se debe evitar a partir de lo que funcionó y lo que no.
 4. Formular un enfoque estratégico basado en soluciones que se oponen a las intentadas por el paciente, apartándose en 180° de aquella dirección.
 5. Formular tácticas concretas.
- Las intervenciones: A través del diseño de una o varias estrategias se pretende interrumpir la solución previamente ensayada y que ha estado manteniendo el problema..

Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera comprende las intervenciones principales, que 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. Y las intervenciones generales que son utilizadas durante todo el proceso terapéutico y pueden ser útiles para una gran variedad de casos. A continuación se presenta un cuadro de las intervenciones más usuales.

Tabla No. 3

Intervenciones de Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.

Intervenciones Principales	<p>Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo</p> <p>Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</p> <p>Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.</p> <p>Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.</p> <p>Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.</p>
Intervenciones Generales	<p>No apresurarse.</p> <p>Peligros de una mejoría.</p> <p>Cambio de dirección.</p> <p>Cómo empeorar el problema.</p>

Estas son algunas intervenciones sugeridas que han sido probadas como eficaces, sin embargo el terapeuta deberá en cada caso, dirigir las preguntas y proponer nuevas tareas, de manera que el paciente o la familia pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos.

1.2.4. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

Entre los precursores de este modelo, los más influyentes fueron Steve de Shazer y William O'Hanlon, con métodos particulares pero que comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones. Steve de Shazer encabezó el grupo del Centro de Terapia Familiar Breve (en adelante BFTC) (Espinosa, 2004)

La Terapia Breve Centrada en Soluciones es un método que observa los recursos de las personas más que sus déficits, sus fuerzas más que sus debilidades, sus posibilidades más que sus limitaciones, aquí se produce un alejamiento de la búsqueda de la explicación de las dificultades de las personas, del problema real, a la búsqueda de soluciones que funcionen para el individuo, la pareja o la familia concreta que acude a terapia. Es una orientación hacia el futuro y se ocupa de cómo se resolverán los problemas. Se pretende lograr una disminución del área problema y un aumento en las áreas-recurso.

Desde este modelo, los terapeutas hacen preguntas que generan información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos. Para ello será importante tomar la experiencia de las personas y de los contextos en los que viven porque este contexto tendrá una gran influencia sobre los sentimientos, pensamientos, informes y percepciones de los clientes. En vez de buscar los sentimientos, problemas o puntos de vista, el terapeuta deberá influir y co-crear activamente estas experiencias tomando lo positivo y utilizándolo para la resolución del problema..

Este modelo da gran importancia al lenguaje, dado que la utilización consciente y creativa del lenguaje, es el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable. Los métodos que a continuación se comentan están dirigidos a producir cambios en la percepción y en la conducta y es a través de presuposiciones. Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente y que tienen el propósito de generar ideas o expectativas de cambio.

Además del lenguaje, para aumentar su efectividad, este modelo, propone adaptarse al lenguaje del cliente, adoptar la modalidad sensorial de éste y encauzar su lenguaje a significados más flexibles, buscando despatologizar o normalizar las situaciones.

A continuación se presenta una tabla de las intervenciones que utiliza el modelo.

Tabla No. 4

Intervenciones del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Intervención sobre el patrón de la queja	<p>Cambiar la frecuencia de la queja.</p> <p>Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.</p> <p>Cambiar la duración de la queja.</p> <p>Cambiar el lugar en el que se produce la queja.</p> <p>Añadir un elemento nuevo al patrón de la queja.</p> <p>Cambiar la secuencia del patrón.</p> <p>Descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños.</p> <p>Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.</p>
Intervención sobre el patrón del contexto	<p>Se alteran los patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja, pero que pueden producir un cambio en el contexto de la queja llevando a su resolución.</p>
Fórmulas para el cambio	<p>Fórmula de la primera sesión.</p> <p>Tarea de la sorpresa para parejas o familias.</p> <p>La tarea genérica.</p>
Hipnosis orientada a las soluciones	<p>Sugestiones hipnóticas.</p> <p>Ilusión de alternativas.</p> <p>Mantener la bola en movimiento.</p>

En el marco del tratamiento se establece que los problemas que la gente lleva a terapia son patrones de habla, pensamientos y acciones constantemente cambiantes. Las intervenciones mencionadas serán complementos para desarrollar nuevos patrones en el individuo o la familia.

1.2.5. Modelo de Milán.

Los principales representantes fueron Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y Mara Selvini quienes trabajaron en un grupo organizado por Mara Selvini Palazzoli, analizando niños gravemente perturbados junto con sus familias. En los inicios el grupo se regía por la orientación psicoanalítica pero debido a la ausencia de mejorías, fueron influenciados por otros grupos como el del Mental Research Institute, en particular el libro de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin, -“Pragmatics of Human Communication”-, el cual tenía como tesis que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente.

En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin se escindieron del grupo original y trabajaron en un marco sistémico con asesoría de Watzlawick. Se reunían dos días por semana y se veía a 2 familias por día. Dirigían la sesión un terapeuta varón y una mujer cada vez (lo cual evitaba caer en estereotipos culturales sobre los sexos) y la otra pareja observaba tras un espejo unilateral.

Mara Selvini y su equipo trabajaron con familias con transacción esquizofrénica, donde todos los miembros evitan definir la relación y la rechazan cuando ésta se llega a dar. Estas familias mantienen una simetría exacerbada y encubierta que no termina. La variedad de las jugadas o intentos por perpetuar la lucha es infinita: cansancio, deterioro, enfermedad, erotismo, incesto, hostilidad, fuga, dependencia, etc.

En la primera generación de la familia, las normas son rígidas y repetitivas. En la segunda se observa lo anterior, además de que manifiestan cautela al exponerse por miedo al rechazo. Se observa el uso de paradojas, ya que se salta de una clase lógica a un miembro de la clase como si se tratara de la misma cosa y piden paradójicamente cambiar una relación que nunca ha sido definida. Este tipo de familias son homeostáticas, no aceptan el cambio y el paciente designado sólo es una manifestación del síntoma del sistema familiar (Rodríguez, 2004).

El grupo de Milán no se centra en las conductas, más bien buscan un mito o premisa que parezca mantener en su sitio las conductas vinculadas a un problema, después tratan de enunciarlo en sus mensajes a las familias. Suelen especificar el problema como si estuviera al servicio de aquel mito (Selvini et al. 1986).

Sus premisas básicas que funcionan como guías para las preguntas de intervención son:

- La formulación de hipótesis, donde se organizan los datos provenientes de la observación.
- La circularidad que consiste en la capacidad del terapeuta de conducirse sobre la base de retroalimentación con la familia acerca de las relaciones.
- La neutralidad significa que el terapeuta es capaz de adoptar varias posiciones para moverse en medio de reclamos antagónicos, sin dejarse atrapar por ellos.
- La elaboración de estrategias que consiste en evaluar los efectos de acciones anteriores y generación de varias alternativas.

Algunas de las estrategias de intervención que propone este modelo son la connotación positiva que consiste en sugerir un buen motivo para una conducta negativa, esto abre la puerta al no cambio y a la paradoja, define claramente la relación entre los miembros de la familia entre sí como complementaria del sistema, lo que hace innecesaria la simetría encubierta. Y los rituales familiares que consisten en tareas prescritas detalladamente (tiempo lugar, orden, etc.) para ser llevadas a cabo por la familia, pueden ser de inclusión y exclusión de miembros, de curación, de identidad, de expresión, de negociación de creencias y de celebración (Imber-Black, Roberts, Whiting, 1990).

1.2.6. Modelos derivados de la Posmodernidad

1.2.6.1. Terapia Narrativa.

Sus principales representantes son David Epston y Michael White; ambos del Dulwich Centre de Sud Australia. Retomaron a Foucault, quien analiza la relación entre el relato y el poder, a Bateson por sus estudios sobre el significado que le atribuimos a los hechos, que está determinado por su contexto receptor y a Derrida por sus mecanismos de deconstrucción (Suárez, 2004).

El trabajo de narrativa está basado en la historia que nos contamos, White y Epston (1980) dicen que se interesa por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la “supervisión” y a la “carrera” del problema. Se plantea que los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder y desaparecerían en el trabajo de externalización, cuyo lugar fuera ocupado por nuevas narraciones no relacionadas con el problema (Suárez, 2004).

El modelo narrativo transita por los niveles cognitivo, social y afectivo: la deconstrucción de las prácticas de poder y de las del saber de los expertos, muy vinculadas a aquéllas, se realiza mediante la diferenciación de los correspondientes constructos como ajenos al sujeto, lo que permite su sustitución por otros inofensivos o simplemente otros diferentes (Suárez, 2004 p.144).

Se utiliza la narración que consiste en eventos organizados en una secuencia a través del tiempo mediante una trama. Existen múltiples narraciones acerca de nuestra vida pero ninguna historia está libre de ambigüedades. Todas las historias pueden coexistir pero los eventos son interpretados según la narración dominante en ese momento, y que es posible variar, por ello se dará vida a las historias alternativas que están libres de la influencia del problema. Todas las historias van a estar influidas por los contextos sociales en las que se viven.

White y Epston (1980) mencionan que el terapeuta va a escuchar la historia dominante y a percatarse de los sucesos extraordinarios, los cuales son palabras, gestos o conductas que

contradicen o confunden la historia dominante y que permiten al terapeuta una vía para encontrar o facilitar que la persona encuentre historias alternativas. Y a la luz de nuevas interpretaciones en el presente, la persona se sentirá alentada a continuar la re-visión de su historia bajo esta nueva interpretación que le permitirá actuar de otra manera. La historia alternativa surgirá a partir de la exploración, por parte del terapeuta, de los sucesos extraordinarios y de crear un contexto que le permita a la persona apreciar el evento desde la visión de los sucesos extraordinarios.

Este modelo plantea diferentes formas de abordaje de las historias. Una de ellas es la externalización del problema que consiste en darle forma y vida propia al problema, separándolo de la persona. Esto tiene como objeto que la persona no sienta que está mal sino que los problemas a veces atrapan y al enfrentarlos como “el otro” se puede tener más armas para luchar contra ellos, que si los problemas están en la persona.

Será necesario darle un nombre, definirlo, analizar sus efectos en los diferentes niveles (relacional, social, emocional, laboral), describir la influencia de las personas en el problema, describir la influencia del problema en las personas, delimitar la responsabilidad real y definir el contexto cultural. Lo mismo sucederá con las historias alternativas; una vez que surgen, es importante engrosarlas a través de conocerlas y de enriquecerlas.

Una forma más de trabajo es la deconstrucción que consiste en “procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas *verdades* divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas. Muchos de los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivizarlas” (White 1989 p.29-30). Se basa en la deconstrucción del relato, de las prácticas de poder familiares y de las prácticas del saber (creencias e ideas).

Para la intervención terapéutica se sugiere generar en las personas la voluntad de ser participantes activos de su propia historia y se utiliza el equipo como testigos externos que validan las historias y las identidades de los clientes (Suárez, 2004).

Dentro de este enfoque es común el empleo de medios narrativos como son:

- Cartas. Pueden ser de invitación, de despido, de predicción, de felicitación, de recomendación, etc.
- Contradocumentos. Consisten en galardones que hacen públicos los logros, como certificados, declaraciones y autocertificados.
- Rituales y ceremonias definicionales. Las celebraciones pueden ser formales o informales y pueden tomar el lugar con la presencia o ausencia del terapeuta. Están encaminados a divulgar la noticia.

1.2.6.2. Equipo Reflexivo

El equipo reflexivo fue creado por Tom Andersen, al norte de Noruega, se desprende inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de von Foerster y von Glaserfeld, de las ideas de Bateson sobre las diferencias y la diferencia que hace la diferencia y de las aportaciones de Humberto Maturana sobre la biología del conocimiento y el multiverso.

Surgió aproximadamente en 1984, cuando Andersen, después de trabajar por varios años con la modalidad de equipo terapéutico, comenzó a sentir incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto y a enfrentar, junto con sus colaboradores, los dilemas que se presentaban cuando tenían que decidir sobre cuáles de los comentarios y las intervenciones discutidas en el equipo darían a sus clientes. Esto los llevó a cuestionarse el porque de que ocultaran las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos (Beltrán, 2004).

El equipo reflexivo busca ofrecer a los consultantes la posibilidad de que se hagan nuevas preguntas y también de que establezcan nuevas distinciones dentro de su discurso y sistema de significados. Para ello los miembros del equipo reflexivo, que están atrás del espejo,

observan en silencio la conversación terapéutica; posteriormente, cuando son requeridos, entran al consultorio y realizan sus reflexiones mirando a la cara de los otros miembros del equipo, dejando a los pacientes en libertad de escuchar o no escuchar (dado que nadie se dirige hacia ellos). Después de esto el equipo sale y el sistema de entrevista continúa.

La idea genérica con la que opera el equipo reflexivo tiene que ver con la creencia de que cada persona tiene su propia versión, diferente, cambiante y siempre válida, lo cual promueve para la familia búsquedas que todavía no se habían contemplado o no se habían encontrado. En los equipos reflexivos se destaca la importancia del lenguaje en la construcción de diversas versiones de la realidad, se valoran las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces. Por tanto no se refleja la realidad, sino que se comparten (ideas, sentimientos) a partir de lo que se oye y que están relacionadas con lo que sienten o han vivido los terapeutas que se encuentran en el equipo.

El objetivo del equipo reflexivo es que los consultantes escuchen diversas voces que le permitan construir nuevos significados y, por tanto, hacer cambios de acuerdo a sus metas particulares. Algunos principios generales que utiliza el equipo reflexivo son no juzgar, no hacer interpretaciones, no tener contacto visual con los clientes, no dar consejos y no sermonear (Limón, 2005; Espinosa, Notas de clase, mayo 2005).

Aunque no existe un formato o esquema preestablecido para desarrollar la terapia, lo más usual es que el terapeuta logre crear un espacio para el relato del cliente, manteniendo una posición de “no saber”, sin asumir una posición de liderazgo y formulando preguntas conversacionales. Con respecto al equipo, existen algunas normas como son:

- Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes, no en algo tomado de otro contexto.

- Se dice a los clientes que pueden escuchar o no, si así lo desean, la conversación del equipo.

- Los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones negativas o que puedan ser entendidas por el oyente de esta manera.

- Por último, cuando todos, los clientes y el equipo completo, están en la misma sala, se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí, es decir, que no miren a los que escuchan, lo cual permite su libertad de no escuchar (Beltrán, 2004).

Andersen (1994) menciona que sólo se puede ayudar a la familia si se tiene curiosidad, comenta, que como en otras áreas de la vida, la curiosidad es el motor de la evolución.

1.2.6.3. Terapia Colaborativa (también llamados Equipos Colaborativos)

Harlene Anderson y Harold Golishian y su grupo de Galveston fueron pioneros en favorecer el giro interpretativo de la terapia, desde esta nueva concepción, la curva de retroalimentación de los sistemas cibernéticos fue reemplazada por la curva intersubjetiva del diálogo, lo que favoreció el desplazamiento de la metáfora central de la terapia hacia la conversación. Ellos consideran al sistema terapéutico como un sistema lingüístico para generar significados alternativos, un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-participante y un facilitador-participante que formula preguntas desde una posición de ignorancia o no saber (Beltrán, 2004).

La teoría desarrollada por Anderson y Goolishian se conoció como sistema determinado por el problema y enfoque de organización y disolución del problema. Posteriormente (aproximadamente en 1987) dichos autores le llamaron enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. Se le da mucha importancia al lenguaje de los clientes (metafóricamente y literalmente), pues a través de él se conocen sus valores y sus visiones del mundo. El lenguaje llegó a convertirse como la esencia del diálogo, y la esencia del proceso terapéutico.

Desde esta perspectiva, los problemas son propios al contexto narrativo del cual derivan su significado y, por tanto, sólo existen en el lenguaje, por lo que el poder central de la terapia

descansa en la capacidad del sistema para relatar o re-relacionar los hechos en un contexto nuevo y diferente. Así con el diálogo se crea una nueva narración: la de las historias aún no contadas. Se trata de un cambio en el relato y en la autonarración como consecuencia inherente a una conversación dialógica y a una colaboración relacional con los clientes durante la terapia, no es otra cosa que una actividad lingüística en la que la conversación acerca de un problema genera el desarrollo de nuevos significados.

En la terapia colaborativa, el papel del terapeuta es el de experto en la conversación y su labor consiste en facilitar el diálogo que, a su vez, generará nuevos significados que permitirán desorganizar el problema. La meta es aflojar rigideces (entre los diálogos internos/externos) y propiciar nuevas explicaciones. El terapeuta debe mantenerse respetuoso, horizontal y curioso para lograr desorganizar al problema. La forma en que se presenta el equipo con la familia muestra un concepto diferente al de terapeutas tras el espejo, se concibe la idea de que su papel consiste en movilizar los recursos de la familia y de la comunidad a través de la autorreflexión, el cambio autogenerado y el aprendizaje con la familia, se valora la diversidad y multiplicidad de voces, se estima más importante comprender puntos de vista diferentes que descartarlos o enjuiciarlos y se evalúa y analiza abiertamente los puntos de vista de sus miembros en presencia de la familia. Se valora el entrenamiento en vivo y la supervisión en equipos organizados no jerárquicamente (Limón 2005, Beltrán, 2004).

Para que el cambio se logre en una conversación, clientes y equipo co-participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión, la cual es descrita por Andersen (1994, p. 34) como el proceso en que algo “es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta”. Es alternar entre diálogos internos y externos en presencia de un tercero que observa y escucha con atención, validando a la persona. La conversación es una oportunidad para buscarle una salida a la situación y, al mismo tiempo, es un acto de reconstitución del yo. Estos aspectos del proceso reflexivo son importantes al asumir una postura de colaboración y para lograr una conversación diferente (Beltrán, L. 2004).

**DESARROLLO Y APLICACIÓN
DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES.**

Habilidades clínicas terapéuticas

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.¹

Tabla No.5

Resumen de Familias Atendidas en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica.

Familia y Sem.	Motivo de consulta	Escenario y Superv.	Modelo empleado	No. Ses.	Estado Final.
Duran, 2° Sem.	Autoagresión, problemas escolares y de identidad sexual en la hija menor.	ISSSTE Mtra. González	Modelo Estructural	9	Alta. Desaparición de la autoagresión, aumento en desempeño escolar y aceptación de la posibilidad de homosexualidad en la hija menor.
Sánchez 2° Sem.	Agresión, depresión y bajo rendimiento escolar del hijo. Proceso de divorcio.	CCHA Mtra. Rodríguez	Modelo Estratégico	11	Alta. Negociaciones entre padres e hijos sin agresiones, eliminación de la depresión y aumento del rendimiento escolar. Aceptación del divorcio evitando la triangulación.
Cruz 3er Sem.	Decidir si continúan o no en pareja.	FES Iztacala, Dra. Suárez y Mtra. Desatnik	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	11	Alta. La pareja decidió separarse, hubo acuerdos parentales, sociales y económicos independientes a la separación conyugal..
Martínez 3er Sem.	Problemas con su hijo por alcoholismo y agresión.	FES Iztacala, Dra. Eguiluz y Dra. Galicia.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	7	Alta. La madre diseñó estrategias para disminuir los problemas y con ello desapareció la agresión. La pareja se acercó entre sí y el hijo disminuyó el consumo de alcohol.
Torres 4° Sem.	Falta de control de impulsos y agresividad	CCHA Mtra. Rodríguez.	Modelo de Terapia Narrativa	5	Baja. Disminuyó su agresividad. Se trabajó con sus miedos y se canalizó a psiquiatría.
Heredia 4° Sem.	Idea de dañar a su hijo menor. Temor y angustia.	ISSSTE Mtra. Espinosa	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	8	Alta. Desapareció la idea, la señora reforzó sus recursos y se reconoció como una buena mujer y madre. El temor y la angustia disminuyeron.

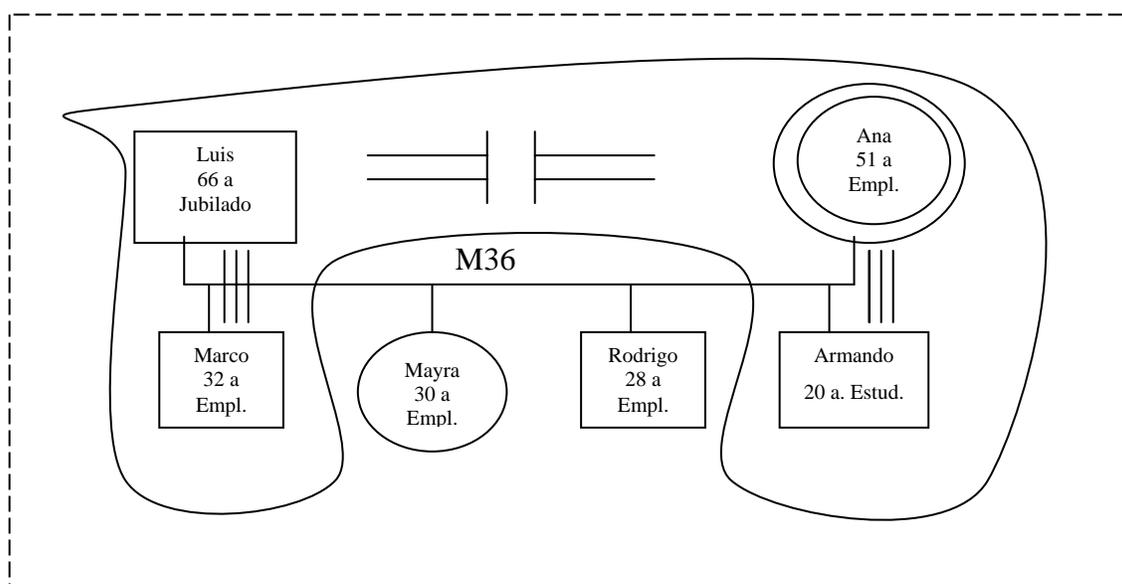
¹ Los nombres y los generales que permitan identificar a las personas han sido modificados para guardar la confidencialidad.

Como se mencionó anteriormente, el Programa de Maestría, tiene como objetivo desarrollar habilidades y competencias profesionales, para lograrlo existe un alto número de horas de práctica en las que se atiende a familias. A continuación se presenta un cuadro informativo de los casos atendidos.

A continuación se presenta el informe de cuatro de las familias atendidas y el análisis de la Fam. Sánchez y la Fam. Cruz quienes transitaban por un proceso de divorcio.

Familia Heredia.

Familiograma



Antecedentes familiares.

La señora Ana actualmente está tomando medicamento psiquiátrico para controlar la angustia, se encontraba en proceso terapéutico en el ISSSTE pero se le canalizó a Terapia Familiar porque la psicóloga que la atendía comentó que había presentado poca mejoría.

La señora Ana. relató que en una reunión con su hijo Armando, y con un amigo del joven, después de un tiempo de estar tomando alcohol, sintió un temor de querer matarlo, de hacerle daño, y que desde ahí surgió la “idea absurda”, como ella solía llamarle.

Comentó que ella era alcohólica y que se acentuó más cuando trabajaba los fines de semana, ya que tomaba de lunes a viernes. Mencionó que su esposo al principio era responsable, atento, bueno, pero después de un año y medio de relación, se empezó a alejar de ella; dice “yo me sentía muy sola, muy frustrada”, y cree que fue porque él mantenía una relación con otra persona. Comenta “después de años yo también tuve otra relación, cuando yo le pedí el divorcio, me lo negó a pesar de que él seguía con la otra mujer. Mi relación terminó hace 2 años y a raíz de eso también aumentó mi alcoholismo, pero eso lo pude superar al pensar que no podía llevar una doble vida y aceptar que mi realidad era estar con Luis, lo que en realidad me preocupa es mi hijo”. Dejó de tomar hace un año por el medicamento psiquiátrico.

Menciona que ha tenido depresión desde niña; es la segunda de doce hijos, con un padre alcohólico y una madre abnegada, donde no había ni para comer, comenta que trabajó desde los 13 años y ya no le permitieron estudiar. Dice que la depresión le ha quitado el sentido de la vida, que vive en soledad, con inseguridad, y teme mucho a los objetos punzocortantes pues teme dañar a su hijo, también ha disminuido su apetito sexual y ella lo atribuye a su estado anímico.

Motivo de consulta.

La señora reporta una idea de dañar a su hijo menor que la asalta y le provoca mucho temor y angustia.

Objetivos terapéuticos

A corto plazo, controlar la idea de dañar a su hijo y su miedo a los objetos punzocortantes, a mediano plazo, redefinir su relación con su pareja y a largo plazo recuperar las ganas de vivir y salir de la depresión en la que se encuentra.

Hipótesis

Se considera que la señora Ana ha tenido una vida difícil, y la idea que la aqueja puede estar vinculada con la combinación de sentimientos generados por sus experiencias de vida y con los efectos del alcoholismo. Era algo que nunca le había pasado y el no saber controlarlo, el desconocer los alcances que podría tener con “la idea” y las consecuencias posibles le generó temor y angustia.

Intervenciones Terapéuticas

La paciente asistía sola a la terapia y aunque el marido la acompañaba, ella no quería que entrara a las sesiones. El proceso terapéutico fue desarrollado bajo el Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones y la duración total del proceso fue de 8 sesiones, iniciando en febrero y finalizando en junio de 2005.

Inicialmente se trabajó con el Modelo de Terapia Narrativa con el propósito de separar el problema de ella de tal manera que pudiera luchar contra él, para ello se *externalizó el problema* y la señora lo *bautizó* como “el monstruo”, en una sesión posterior, la supervisora entró a la sesión e intentó *entrevistar al problema*, realizando preguntas como ¿desde cuando estás con la señora?, ¿hacia donde la llevas?, ¿qué provocas en ella?, etc. Esto tuvo un gran impacto en la señora ya que *internalizó* al monstruo y dijo que ella no era eso puesto que era una buena mujer, cuidaba de sus hijos, era responsable, nunca había dañado a nadie ni pensaba que sería capaz de hacerlo, entre otras, lo cual fue muy productivo para el proceso terapéutico. Al observar que se fue al cambio y que *internalizó* el problema, se optó por trabajar el Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones ante el que respondió muy bien.

Siguiendo con las cosas positivas que ella dijo de sí misma, se reforzaron los *lados fuertes*, ubicando las acciones positivas que realizaba en su trabajo, con sus hijos, con su familia de origen, así como las habilidades con que contaba y que la habían hecho ser esa buena mujer que ella decía ser. Se analizaron las *excepciones* a la depresión, que regularmente se daban cuando estaba con su familia, ya sea en Cancun, donde vivía su familia de origen o en Guadalajara donde vivía su hija, se ampliaron los momentos en que se sentía libre de la

“idea absurda”, se trabajó con la *pregunta del milagro*, observando qué cosas serían diferentes si ocurriera un milagro, ante esto comentó que se levantaría con ánimo, visitaría algún familiar, a alguna amiga, disfrutaría de su casa, sería independiente, saldría sola al cine, entre otras cosas. Se analizaron los efectos que tendría el milagro tanto en ella como en su familia.

Se amplió la intervención del milagro y se analizó qué parte del milagro ya estaba sucediendo, y ella respondió que ya no le permitía ni a su marido ni a su hijo que fueran groseros con ella, que había salido con una amiga y que ya no había tenido la idea de lastimar a su hijo.

En sesiones subsecuentes se *ampliaron los cambios* y se le preguntó con qué elementos contaba para seguir bien en el futuro a lo que concluyó que ella ya era más independiente, que buscaba socializar en su trabajo, que se sentía viva y que iba a luchar por seguir viva. Ante la pregunta de qué paso con el miedo a la “idea absurda”, mencionó que ahora entendía que había sido sólo eso, una idea absurda, y mencionó “quizá por mi alcoholismo, por lo que estaba pasando pero se que esa no soy yo, que sólo fue una idea”. Tuvo muchas conductas que permitían ver la diferencia, empezó a frecuentar amigas de tiempo atrás, se fue de viaje con su familia, aumentó el contacto con sus hijos y establecía límites claros con su esposo y con su hijo mayor.

Evaluación

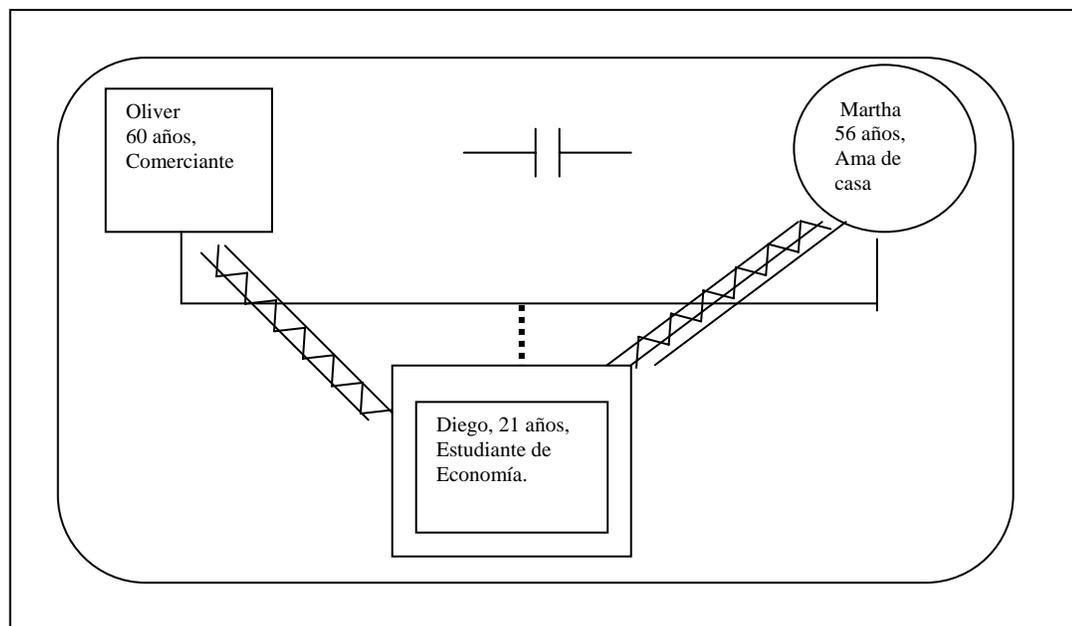
La señora Ana tuvo un proceso terapéutico exitoso pues se cumplieron los objetivos propuestos: Analizó la idea que le había hecho ingresar a terapia y fue capaz de dejarla en solo una abstracción que no estaba dispuesta a llevar a la práctica, aumentó sus redes sociales, reforzó sus lados fuertes y esto le permitió dar un nuevo sentido a su vida. Al final del proceso, ella estaba próxima a jubilarse y pensaba en trabajar en una Casa Hogar, ya fuera propia o en alguna institución, estaba planeando más viajes y era capaz de pedir lo que necesitaba y de poner límites para mantener relaciones cordiales y de respeto con su familia. Con respecto al alcohol, dijo que aunque le gustaba mucho, ya no podía volver a

tomar, por lo que podía causarle en su mente (refiriéndose a la idea) y porque tal vez, siempre tendría que usar sus medicamentos psiquiátricos.

Es importante mencionar que otros especialistas de la salud se habían mostrado fríos y poco sensibles, uno de ellos le comentó “¿qué, todavía quiere matar a su hijo?” y al final de su proceso se despidió del equipo, de la supervisora y de la terapeuta muy contenta y satisfecha con el servicio, lo cual nos permite ver que un proceso respetuoso, que dé importancia a la conversación y a lo que al cliente le preocupa, puede generar mejores soluciones y alternativas para el paciente.

Familia Martínez

Familiograma



Antecedentes familiares.

La señora Martha comentó que ha tenido problemas con su hijo desde que era pequeño, pues era muy retraído. Comentó que fue adoptado y que lo supo a sus 18 años, a partir de lo que cambió mucho, convirtiéndose en un joven agresivo con sus padres, principalmente cuando se encuentra bajo los efectos del alcohol.

La señora comentó: “me engancha demasiado, me preocupo demasiado, salgo y no estoy a gusto, nada más estoy pensando en él..... las preocupaciones me han afectado íntimamente con mi esposo, porque yo ando en mis cosas (refiriéndose a las preocupaciones)”.

Mencionó que han intentado quitarle el alcoholismo a su hijo llevándolo a un grupo de Alcohólicos Anónimos (en adelante AA), manejando veladoras y ángeles, así como un internamiento en un programa de recuperación de AA, pero que nada ha funcionado y lo que más le preocupaba es la actitud de Diego al beber, ya que se volvía muy hostil y agresivo con sus padres.

Motivo de Consulta

Los señores Martínez manifestaron tener problemas con su hijo Diego, al que la madre reporta como “muy agresivo, muy retraído, si hace alguna grosería no pide disculpas y en cuanto toma (alcohol) se transforma”. La Sra. Martha comenta que en estado de ebriedad, el joven ha golpeado a sus padres y que le preocupa mucho el comportamiento de Diego.

Objetivos terapéuticos.

A corto plazo establecer un programa resoluble y delimitar el patrón de sus efectos. A largo plazo, propiciar que la relación entre el hijo y sus padres mejore y disminuyan las escenas de agresión.

Hipótesis.

La hipótesis sistémica que se manejó fue que la Sra. Martha vivía en constante angustia y preocupación por el comportamiento de su hijo, y esto afectaba diversos ámbitos de su vida.

Intervenciones Terapéuticas.

Las intervenciones fueron sustentadas en el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, el proceso tuvo una duración de siete sesiones que abarcaron de septiembre de 2004 a febrero de 2005. Mayoritariamente asistió la señora, y en 2 ocasiones asistió también el padre.

Inicialmente se establecieron los marcos de referencia en los que la familia situaba al problema, se analizaron las *circunstancias* y *secuencias de eventos* de cuando sucedía el problema y se observó que se ponía agresivo cuando sus papás intentaban regañarlo o “meterlo a la casa” en la madrugada, se analizaron las respuestas de cada miembro, se convirtió la queja en un problema resoluble y se trabajó para disminuir la preocupación y la angustia de la señora. A partir de esto se manejaron las *excepciones al problema*, y la señora comentó que cuando ella no le dice nada en la noche, el muchacho no se pone agresivo, se marcaron los cambios, dado que Diego modificó su comportamiento, si tomó

“pero no hasta caerse” y no ha sido agresivo. Se analizaron los efectos en la familia y se localizaron y destacaron las tendencias positivas de la madre, como fue que ya se enojaba menos, que había puesto frases en el cuarto del muchacho que sentía que podían ayudarles, que “le había estado echando porras” y que trataba de estar más relajada.

Se trabajó con los *lados fuertes, las capacidades y los recursos de la familia*, como el hecho de que se estaban organizando con otros padres para poner horarios a los jóvenes y que no estuvieran en la calle tomando, o el que ellos expresaran su preocupación al hijo cuando él estaba sobrio, el tener prudencia y no tratar de meterlo a la fuerza, entre otras. Se *normalizó y despatologizó* la conducta de Diego, explicándoles que los hijos, tanto adoptados como biológicos a veces son groseros o irresponsables y necesitan límites claros, los padres cambiaron y comentaron que ya no le aguantaban cosas incorrectas ni en su juicio (situación que antes era permitida por ser hijo adoptado).

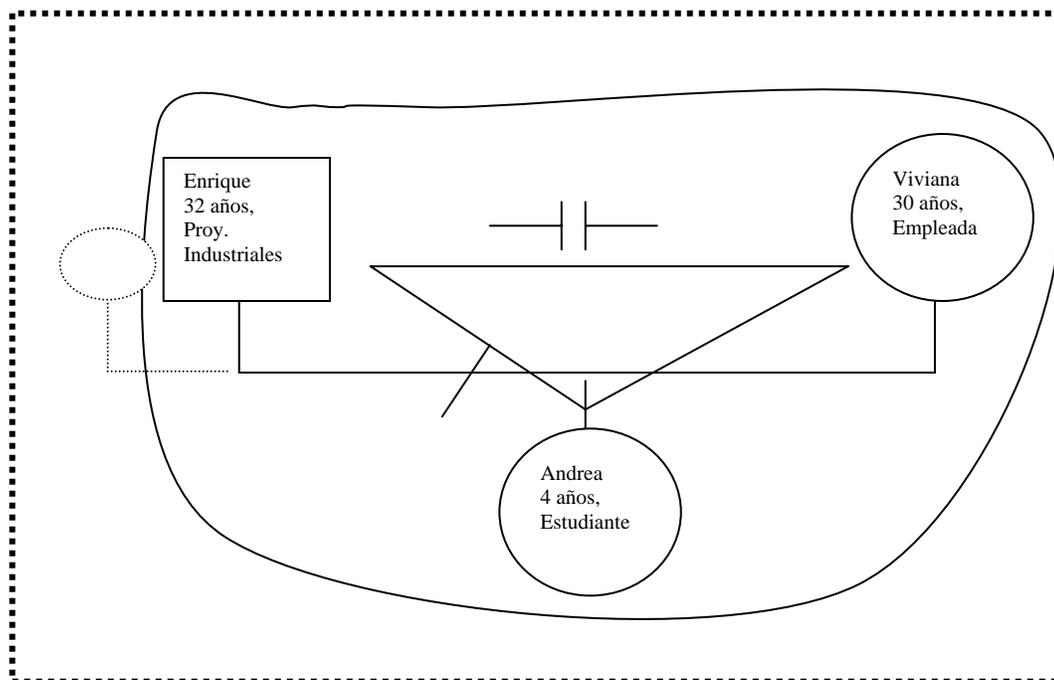
Se utilizó un ritual en el que la señora puso una botella de vino en el centro de la mesa, la botella tenía un letrero que decía, “todos giran alrededor de mi” y aunque nadie habló del tema, el joven comenzó a presentar cambios en su conducta, tomaba menos y en menos ocasiones y las veces que salía en la noche, avisaba donde estaba y a qué hora llegaría. Se amplió y se mantuvo el cambio al preguntarle a la señora que estaba haciendo ella, qué estaba haciendo su esposo, cómo estaban contribuyendo para que se dieran los cambios, y comentó que seguía con las frases, que hablaba más con él, que ya no se preocupaba tanto, y que Diego también contribuía porque ahora se mostraba más cercano y respetuoso con sus padres. Ella comenzó a fortalecer también la relación con su esposo, salían más, y procuraban dormirse temprano aunque no hubiera llegado Diego (situación que antes era impensable). Aunado a lo anterior, la señora Martha retomó sus estudios y empezó a tener reuniones frecuentes con sus amigas.

Evaluación.

En la última sesión la señora comentó que su hijo casi no había tomado, (aún siendo épocas decembrinas) y que no había vuelto a mostrarse violento con ellos por lo que se sentía más tranquila. Ya no se preocupaba tanto ni se quedaba a esperarlo; ella estaba retomando las cosas que le permitían estar mejor como el yoga, sus estudios y sus amistades, También realizaba muchas más actividades con su marido lo cual no le permitía estarse preocupando “demás” por el comportamiento de Diego, por lo que, la familia, el terapeuta y el equipo terapéutico consideraron que era tiempo de terminar el proceso.

Familia Cruz

Familiograma



Antecedentes Familiares.

La señora Viviana comentó que por cambios de actitud de su esposo se percató de que tenía otra pareja y que le pidió que se fuera de la casa y el señor Enrique se fue. Sin embargo, ella comenta que no han podido definir nada, que a veces se ven como pareja y están bien, que en ocasiones tienen muchos pleitos y que hay muchos sentimientos encontrados y resentimientos.

Motivo de Consulta.

La pareja menciona que no saben qué hacer, por lo que solicitan el servicio para que se les ayude a tomar una decisión, no importa si es divorcio o reencontrarse, pero que desean sentirse más tranquilos.

Objetivos Terapéuticos.

Los objetivos a corto plazo fueron identificar los patrones de comportamiento que les habían funcionado y que les permitían estar tranquilos y cordiales entre sí, para focalizarlos y continuarlos. Establecer claramente como sería un bienestar personal aún cuando no se haya tomado la decisión de la separación, dado que son decisiones que pueden llevar tiempo. A largo plazo establecer acuerdos parentales y clarificar que quieren en el futuro para la niña y cómo lo van a lograr, independientemente de si decidían separarse o no. Otro objetivo a largo plazo fue definir que rol quieren jugar como pareja, ya sea seguir como esposos, como pareja pero separados físicamente, como divorciados o como enemigos, entre otras.

Hipótesis

La hipótesis sistémica que se consideró es que Enrique y Viviana se encuentran en una crisis dentro de su relación de pareja y se están dando la oportunidad de un nuevo tipo de relación que aún no está definida, pero que está marcada por las vivencias y los resentimientos del pasado. Esta indefinición los mantiene incómodos y en la incertidumbre, está afectando su relación como padres y la toma de acuerdos con respecto a la niña.

Intervenciones terapéuticas.

La duración del tratamiento fue de 11 sesiones, de septiembre de 2004 a mayo de 2005, las primeras 9 sesiones fueron cada 14 días, las últimas dos fueron cada mes, el cambio fue circunstancial porque la señora cambió de trabajo y le resultaba más difícil asistir, sin embargo se considera que fue apropiado para el tratamiento porque permitió ver la permanencia de los cambios. El modelo que sustentó el trabajo fue el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Inicialmente se analizaron los *intentos de solución* previos para tratar de definir la relación; se trabajó intensamente en conocer los marcos de referencia en los que se sitúa el problema, los cuales son muy amplios e incluyen: sus premisas de género, lo que consideran que debe ser y no una pareja, cómo se han involucrado las familias extendidas y la influencia en su relación, los resentimientos y los recuerdos positivos que existen y que dificultan la toma

de decisiones, así como los nuevos prospectos de relación que ambos mantienen. Se *normalizó* que es difícil tomar una decisión de divorcio.

Se marcaron los cambios y los efectos en los miembros de la familia y principalmente en la niña quien presentaba conductas que pueden estar relacionadas con la indefinición de la situación, como el llorar constantemente, no querer comer y mostrarse muy triste, según reportaban los padres. Se trató de localizar y destacar las tendencias positivas, principalmente, en cuanto al trato con la niña, como convivir con ella, procurar que no tenga cambios demasiado drásticos en su cotidianidad, escucharla, entre otras. Ambos se comprometieron a mantenerlas y a procurar no triangularla con “ve y dile”, con hablar mal del cónyuge con la niña o con manipulaciones para lograr que el otro haga cosas “por la niña”, como en ocasiones se presentaba (en una sesión el esposo se fue de paseo con la esposa y se mostró cariñoso y muy amable con ella, él comentó que sólo era para que la niña no estuviera triste, aunque la esposa percibió interés en ella).

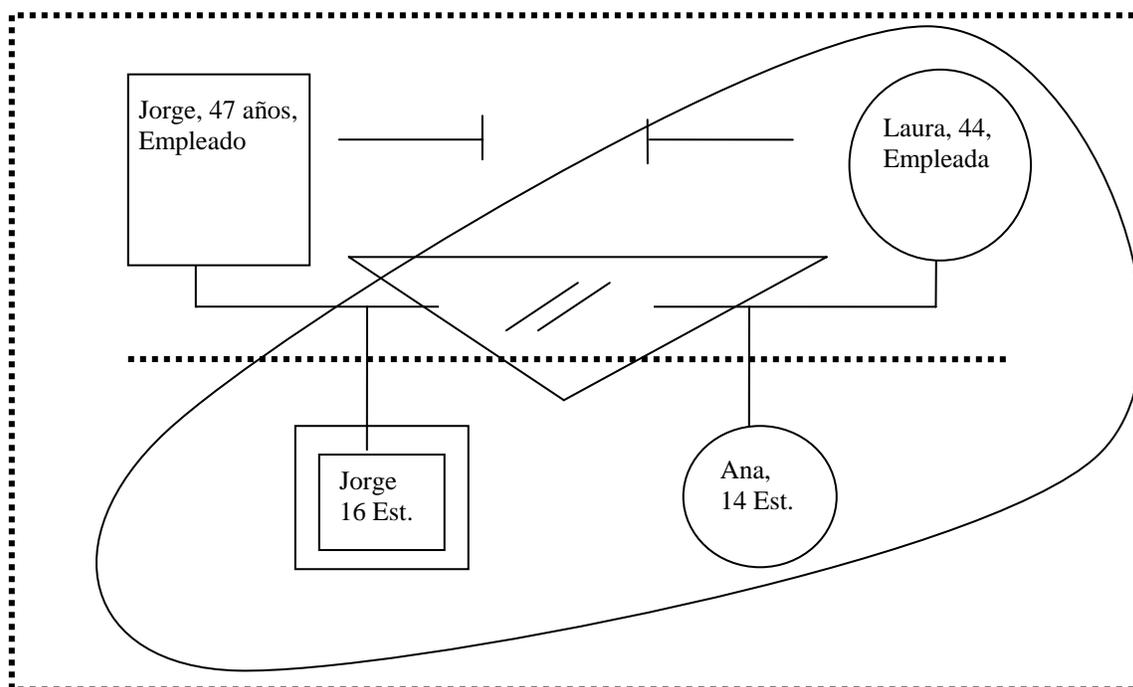
Para las últimas sesiones, el señor Enrique dejó de asistir y la señora Viviana se mostró convencida de que no quería continuar con esa relación, se reforzaron los *lados fuertes* y se analizaron los elementos con los que cuenta para continuar exitosa estando sola. Se delimitó claramente porque, para ella, él no resultaba una pareja deseable, así como la forma en que podrían iniciar una nueva relación como padres sin involucrar la relación de esposos, que ella estaba decidiendo dar por terminada. Ella se permitió iniciar una relación con otra persona y comentó que deseaba comenzar los trámites del divorcio.

Evaluación

Se le presentó la pregunta de escala y la señora mencionó que se sentía muy bien, muy contenta y muy segura, en la escala mencionó que se encontraba en el ocho punto cinco. Se le *prescribió la recaída* y se analizaron los efectos que podría haber. Mencionó que ya no quería regresar con él, pero que tampoco se iba a pelear con ella misma, que si en algún momento las cosas se daban estaría bien, pero mencionó que por ahora está clara de querer divorciarse.

Familia Sánchez

Familiograma



Antecedentes Familiares

La madre y el padre se separaron hace aproximadamente año y medio, por alcoholismo, maltrato e infidelidades por parte de él, actualmente están en el proceso de divorcio. Los hijos han cambiado a raíz de la separación y de que la madre empezó a trabajar, comenta que no le quieren ayudar en las labores del hogar y que le contestan groseramente cuando les da una indicación. La madre piensa que están abandonados porque ella no trabajaba y siempre estaba con ellos, pero ahora tiene que trabajar porque no le alcanza. Ella está en un grupo de Neuróticos Anónimos, el cual la ha ayudado sin embargo considera que no ha sido lo suficiente como para ayudar a sus hijos. Dice “la niña también bajó los brazos, no quiere hacer nada y está agresiva”.

En agosto, Jorge hijo tuvo una depresión y fue diagnosticada porque el chico sentía taquicardia y dolor de cabeza, al otro día lo llevaron al médico y lo internaron, le bajo la presión, el azúcar, se desmayó, la psicóloga platicó con ellos y después de estudios médicos diagnosticaron que era depresión. Lo canalizaron al servicio psicológico, fue algunas veces y en una ocasión que lo llevó su papá ya no quiso ir más.

Motivo de Consulta

La madre dice “me preocupa que mi hijo se ha tirado al total abandono”. Comenta que el muchacho estaba reprobando, “ya no quiere ir a la escuela ni hacer nada, se la pasa viendo la televisión o jugando juegos de video”, dice que está muy agresivo con su hermana y con ella y que, en general, Jorge está poco tolerante.

Objetivos Terapéuticos

A corto plazo, delimitar la conducta problema, en términos de duración y frecuencia, indagar para quién es un problema, cómo actúan los otros ante el problema, así como identificar las soluciones intentadas y sus efectos. A mediano plazo, definir qué se espera que haga el muchacho y lograr la asistencia regular a sus clases. A largo plazo propiciar que el joven desarrolle actividades que fomenten su bienestar y que sean de acuerdo a su edad como estudiar, aumentar sus redes de apoyo con sus iguales y utilizar sus recursos y fortalezas personales para generar un proyecto de vida.

Hipótesis

La hipótesis que se manejó fue que el joven estaba atrayendo la atención de sus padres y así dejaban de pelear entre ellos y se preocupaban por él, lástima que con ello dejara de lado su actividad como estudiante y cómo adolescente.

Intervenciones terapéuticas

Los asistentes regularmente eran los dos hijos y un progenitor, y sólo a finales del proceso terapéutico se logró que en una sesión estuvieran presentes ambos padres. Se trabajó con el Modelo Estratégico y la duración total del proceso fue de 11 sesiones, iniciando en marzo y finalizando en septiembre de 2004

Se ubicó claramente el problema y cómo se presentaba, se manejó la técnica de *aliento a la resistencia* y la de *ofrecimiento de una alternativa peor* diciéndole que actuaba como viejito pero que era necesario para que la familia estuviera unida, y se le prescribió que siguiera así y que su familia lo trataría con extremos cuidados y atención, tapándolo con una cobijita, sirviéndole la comida tipo papilla, y que él no tenía que hacer nada, que no debía salir, sólo ver televisión y en ratos tomar el sol bajo la ventana,. El joven decidió no actuar como viejito y presentó conductas acordes con su edad, empezó a salir a jugar fútbol con sus amigos, se reincorporó a la escuela, y cuando estaba en casa, su madre comentó que se mostraba más activo y ayudaba en algunas labores del hogar, posteriormente se utilizó la técnica de *aliento a la recaída*, al decirle que aunque por un tiempo no estuviera actuando como viejito, seguramente volvería a hacerlo después; Jorge respondió favorablemente al reto y se mantuvo la mejoría.

Se trabajó con la técnica de *énfasis en lo positivo*, marcando sus avances, como el que estuviera más activo en casa, el que tuviera más actividades propias de su edad y la técnica de *siembra de ideas* para destacar y ampliar sus deseos de ser un buen dibujante y de tener una profesión, con lo que el paciente fue clarificando su proyecto de vida, independientemente del divorcio de sus padres. Se trabajó *despertar y desenganche* que consiste en observar o destacar las motivaciones del paciente y separarlas de la problemática de sus padres, centrando las intervenciones en el logro de la autonomía por parte de los jóvenes y del cumplimiento de sus metas.

Durante las sesiones, Jorge y su hermana fueron analizando las conductas de sus padres respecto al divorcio, a sus nuevas parejas y a la familia extendida, y cómo éstas afectaban sus emociones. En la sesión donde estuvieron juntos los padres, se logró el acuerdo de hablar por teléfono cuando quisieran tomar una decisión o necesitaran apoyo para algún asunto de los hijos.

Evaluación

En la actualidad el muchacho ya asiste a clases con regularidad, está recuperando las materias que había perdido, sale con amigos de su edad y realiza actividades como jugar fútbol, ir a fiestas, y platicar con otros chicos. La madre reporta que “ya actúa como adolescente” y que está mucho mejor. Ambos jóvenes conviven con su papá y su mamá y son más hábiles para no permitir que información negativa entre a ellos.

1.2. El divorcio y sus efectos en los hijos.*

1.2.1. Divorcio. Concepto e incidencia

El divorcio es un suceso cada día más común y más aceptado en México y en el mundo, ahora desde el momento del matrimonio puede estar la opción del divorcio. En el Distrito Federal uno de cada 8 matrimonios termina en divorcio, en nuestro país uno de cada 13, esto sin contar las separaciones sin legalizar que se dan entre las parejas que están casadas civilmente. La disolución del vínculo continua con una incidencia en aumento por los problemas sociales, políticos y económicos que ponen a prueba la interacción social y la salud mental de las personas de nuestro país (Román, 2005).

Actualmente, se ve al divorcio con mayor naturalidad como consecuencia de su incremento, en México se ha abordado desde el punto de vista legal, pero no se han tomado en cuenta los efectos colaterales que viven los involucrados (Román, 2005). La adaptación al divorcio no ha sido tema estudiado en nuestro país. No existe institución que se dedique exclusivamente a la investigación sistemática del problema (Román, 2005, Aguila, 1987).

El divorcio, estrictamente, es la disolución legal de una relación marital socialmente y legalmente reconocida entre un hombre y una mujer que altera, sus obligaciones y privilegios, sin embargo, no sólo cuando se consuma el trámite legal se experimenta el divorcio, en ocasiones no se concreta por cuestiones económicas o porque la pareja no estaba legalmente unida. Por lo anterior, en el desarrollo del tema se considera como

* Este tema será presentado en el examen de Competencias y Habilidades Profesionales

divorcio cuando una o las dos personas que viven juntas, deciden no continuar con su vida de pareja, independientemente de su estado civil.

El divorcio es considerado con frecuencia como un acontecimiento o una crisis momentánea pero tal punto de vista es demasiado simplista; es más adecuado considerarlo como una secuencia de experiencias que implican una transición en la vida de la familia. En esta vivencia se entrecruzan los procesos de desarrollo individual y familiar, a lo largo del tema se analizarán dos de las familias atendidas, la familia Sánchez que se encuentra en la etapa de desarrollo de matrimonio con hijos adolescentes y la familia Cruz en la de matrimonio con hijos pequeños. Ambas se encontraban en algún punto del proceso de divorcio con diferentes momentos de desarrollo familiar.

Frecuentemente la separación va precedida por un período de conflicto y desacuerdo entre los miembros de la familia y en general, tras la separación existe un prolongado período de desorganización y ruptura y, al mismo tiempo, una búsqueda de otros procedimientos para enfrentarse con una situación de vida nueva y diferente (Parke, 1986). Un ejemplo de esto se observa en la familia Sánchez, en la que durante la primer sesión la hermana menor decía: “tienen un año de separados y aunque ya no están juntos, se siguen peleando mucho (refiriéndose a sus padres)”.

El proceso de divorcio frecuentemente es doloroso y Sanz (1994) comenta que su extensión tiene una durabilidad aproximadamente de dos años, aunque en su práctica clínica ha encontrado quienes se recuperan aproximadamente al año y quienes nunca llegan a recuperarse.

Este proceso implica a la persona, la pareja, la familia nuclear, la familia de origen, la familia extensa, y amigos cercanos. En ocasiones la familia puede contribuir a aumentar el problema o a contenerlo. En la familia Cruz, Enrique y Viviana pelearon frente a la familia de ella, la madre de Viviana se involucró en la riña y esto desencadenó un maltrato colectivo. La problemática trascendió a las familias de origen de la pareja.

Estas implicaciones determinan que sea un proceso complejo, que exige tomar medidas preventivas para limitar el daño y evitar que puedan emerger de una manera autónoma y complicar el desarrollo del divorcio.

Sanz, (1994) comenta que la ambivalencia es quizás el primer paso en todo divorcio, en ella se muestra la duda y la insatisfacción, se caracteriza por un alejamiento inicialmente entre la pareja, pero que puede presentarse en otros miembros de la familia. Las diferentes fantasías se apoderan de cada miembro de la familia (sobre qué va a pasar, habrá posibilidad de evitarlo, etc.) la pareja transita del pasado al futuro, mezclándose probablemente la añoranza (por lo que fue o por las expectativas que se habían puesto) y la incertidumbre y la inseguridad por lo que vendrá. El presente se vive muchas veces como caótico y puede haber frustración.

Bohanna citado en Rage (1997), Kessler (1975), Wiseman (1975), Brown (1976), Fraus (1979) y Smart (1979); citados en Águilar (1987) presentan etapas del divorcio que pueden ocurrir en secuencias diferentes y en distintas intensidades, sin embargo cada una de ellas es experimentada en algún momento del proceso, antes, durante o después de la separación física. Estas son:

El *divorcio emocional* donde existe conciencia de inconformidad e insatisfacción en la relación. Puede ser por uno o por ambos miembros. Continúa la *separación física* la cual puede estar caracterizada por la ambivalencia. Una tercera fase es el *divorcio legal* que incluye romper el lazo legalmente adquirido, la división y reestructuración de la economía de ambos y el acuerdo de las funciones y responsabilidades parentales. Por último, la familia pasa por el *divorcio comunitario* y el *divorcio psicológico* que consiste en presentarse ante el mundo social como personas divorciadas, con nuevas formas de funcionamiento y la correspondiente reestructuración de los estilos de vida.

1.2.2. Implicaciones para los miembros de la familia.

La experiencia de un divorcio variará de acuerdo a las condiciones en las que éste ocurre. Es distinto un divorcio sin hijos que con hijos, con niños pequeños, adolescentes o hijos adultos, con amor o con desamor de uno o de ambas partes, con infidelidad o sin ella, con enfermedad o sin ella. También influirá si es una pareja joven, madura o una pareja de adultos mayores, así como los contextos y creencias que rodean a la familia.

Los efectos de un divorcio son muy variados, dependiendo de las circunstancias que lo rodean, sin embargo, durante el primer año consecutivo al divorcio, un grupo de esposos estudiados por Hetherington (citado en Parke, 1986), presentaban alteraciones emocionales, se sentían más angustiados, deprimidos e irritables que un grupo de no divorciados.

El divorcio en la pareja puede ser considerado como un fracaso en una de las tareas que algunas personas consideran de las más importantes de su vida, puede provocar una sensación de inadecuación personal y autodevaluación, algunos cónyuges se recriminan y se atormentan sobre lo que pudieron haber hecho para que su matrimonio fuese exitoso y no lo hicieron. Se pueden observar también sentimientos de desilusión, culpa, depresión, soledad, tensión, pérdida de seguridad y en ocasiones, alteraciones en la vida sexual (Siliceo y Uribe, 1994). No todos los divorcios presentan todas las características ni pasan por el mismo proceso, sin embargo independientemente de las condiciones, se reporta como un proceso difícil aunque en la mayoría de las veces, necesario.

Se vive una sensación de pérdida no atribuible solamente a la privación del cónyuge, sino a la desaparición de una forma de vida, aunque ésta ya no resultara agradable; el cambio requiere de un proceso de adaptación. Laura decía en alguna sesión:

“Yo estoy cansada, de repente llego gritando, no es que venga enojada, es el panorama que encuentro en la casa, pareciera que estoy jalando pero sin avanzar, ...me siento frustrada porque todo esto lo hice para estar bien, tenía que haber sido así, porque si no, no me hubiera desatado, sí estoy haciendo algo por mí, yo no quería seguir viviendo así, no lo hice por ellos, es una

relación que no daba para más, pero parece que no lo quieren ver, es como una autodefensa, ya me cansé de que su papá diga tú lo quisiste”.

En este ejemplo, se observa a una mujer que requería de un cambio, pero que el cambio, aunque necesario, no es fácil y requiere de una adaptación de todos los miembros de la familia.

En el estudio de Hetherington, se analizó el impacto del divorcio en el funcionamiento de la vida familiar. Se analizaron 96 familias, la mitad con padres divorciados y la otra mitad con padres viviendo juntos. Los hijos tenían aproximadamente 4 años de edad en el momento de la separación. Hetherington buscó responder a ¿Cómo les va a los padres? ¿Cómo les va a los hijos después del divorcio?

En los resultados se observa que todos se ven afectados por la situación de divorcio, mayor estrés en todos los miembros de la familia y los roles de madre y padre se veían alterados.

El divorcio es un proceso difícil de superar, pues, en muchas ocasiones, existe un período donde no hay un cierre definitivo, por lo que se convierte en un duelo del tipo de pérdida ambigua, que puede iniciar con una ausencia psicológica con presencia física que se presenta cuando alguno o ambos miembros de la pareja empiezan a separarse emocionalmente, quizá porque existe una tercer persona, por exceso de trabajo, por exceso de cuidados a la familia de origen o a los hijos, etc. Este tipo de proceso es el que se observa en la familia Cruz, entre Viviana y Enrique, quienes tienen un alejamiento importante, en primera instancia por los constantes viajes de trabajo del esposo y posteriormente por el inicio de una relación extramarital entre Enrique y otra mujer. Se considera ambigua, porque a pesar de la ausencia psicológica, no existía un cierre ni una definición para considerar la terminación de la pareja.

Probablemente, si desde el alejamiento, la pareja acepta la pérdida y experimenta el divorcio psicológico, no viviría un segundo tipo de duelo, que se refiere a la dificultad de aceptar la ausencia física o la ambivalencia. Pero la mayoría de los casos observados durante la práctica clínica, pasan por el segundo tipo de pérdida en la que uno de los

cónyuges se va pero sigue estando presente de forma intermitente y uno o ambos miembros de la pareja muestran ambivalencia. Esto es porque visualizan la posibilidad de que sea una pérdida irrecuperable, y se resisten a ello, lo que genera emociones contradictorias. En la pareja de Enrique y Viviana, podían decir en una sesión que estaban decididos a separarse y que ya no querían estar juntos, justificarlo y mostrarse muy convencidos y en la siguiente sesión comentar que se fueron de paseo de fin de semana con la familia de origen de él y que la pasaron muy bien. En la pareja de Jorge y Laura, a pesar de que ya habían tomado la decisión de separarse, Jorge le proponía que regresaran y en varias ocasiones lo hicieron, pero cuando se suscitaban eventos de violencia, ella lo corría de la casa.

Las parejas durante el proceso de divorcio, pueden vivenciar todas las características de la pérdida ambigua, inseguridad (que no viene del exterior como en un desaparecido, pero si del interior, principalmente por la esperanza de que las cosas pudieran cambiar, y por las expectativas que se habían puesto en la relación), desconcierto, desconocimiento, indecisión entre si será temporal o definitivo, incertidumbre, falta de ritos de cierre y una situación que puede tornarse poco racional y justa (Boss, 1999, García, 2004).

En un divorcio, no sólo se pierde al cónyuge, se pierden las expectativas que se tenían puestas en la pareja, en el matrimonio (como proceso social), en un proyecto de vida y en un futuro, en ocasiones se pierden hasta las funciones parentales que se habían idealizado. Con frecuencia, surgen la depresión, la ansiedad y las enfermedades somáticas. Esos síntomas pueden afectar primero al individuo, pero pueden irradiarse como el efecto de una ondulación sobre toda la familia, pues en algunas ocasiones, se hace caso omiso de esas personas, o se les abandona. Los miembros de la familia se preocupan tanto con la situación que pueden apartarse unos de otros, con distintos grados de severidad en función de la familia.

Esto es muy claro en la familia de Laura y Jorge, donde cada hijo se encerraba en su cuarto y evitaba el contacto con los demás miembros, asimismo, los siguiente fragmentos permiten observar como la madre consideraba lo que sucedía:

“...en lo personal surge la preocupación por ellos (refiriéndose a los hijos, él agresivo, no quería ir a la escuela, encerrado en su cuarto y ella triste, apartada, menos comunicativa), sé que tiene un origen, son el resultado de un matrimonio que se disuelve, yo sé que siempre hemos tenido problemas pero ahora se han acentuado..... ahora me preocupo o me estoy ocupando (refiriéndose a que ya estaba en la terapia) porque ya no es solamente yo, sino que veo que mis hijos están siendo perjudicados o manifestando su descontento, he tratado de hablar con ellos , de ver qué hacer , pero ya me dá cuenta de que eso ya no puedo, quiero arreglar lo mío, pero sé que lo mío son ellos también”.

Regularmente la pérdida ambigua no es sólo un acontecimiento y va acompañada de un período de tiempo porque se prefiere la ambivalencia a la resolución del dolor, porque, al menos temporalmente, preserva la situación y nos deja libres de culpa. No se le puede reprochar nada a nadie porque todavía no se ha perdido nada. Alrededor de la situación hay muchos miedos, no se sabe si se podrá vivir con las nuevas condiciones, por ejemplo, Enrique menciona:

“Hubo discusiones muy fuertes, incluso agresividad, jaloneos y nos separamos. Pienso que puedo dejarla, pero no tengo confianza en dejarle toda la responsabilidad”

En otra sesión dicen:

Viviana: “No hemos podido ni separarnos, ni estar juntos, queremos definirnos”

Enrique: “Quiero tener el valor de tomar una decisión, ninguno de los dos está siendo feliz”

Algunas personas no pueden tolerar la ambigüedad de un divorcio, utilizan soluciones superficiales y absolutistas como quitar de su vida, en todos los sentidos, al antiguo cónyuge (incluso, cortando las fotografías), comportándose como si nada pasara, como si nada hubiera cambiado o manteniendo un enojo permanente, pero esto acarrea más angustia, aunado a que los vuelve impotentes y los aleja, incluso pueden ser incapaces de tener un funcionamiento adecuado en las cosas de la cotidianidad y por supuesto esto tiene repercusiones con los otros miembros de la familia.

Laura decía:

“Con todo esto, si por mí fuera, si de mí estuviera, que no volvieran a ver a su papá,... aún en contra de mí, cuando les he dicho que no le hablen, yo misma les digo que le hablen”; “cuando quiero hablar con él, empieza con su actitud prepotente y empezamos a pelear, no podemos llegar a nada”.

En cuanto a los efectos que se observan en los hijos, existe gran controversia entre los autores que hablan de ello. Durante años, la separación y el divorcio han sido considerados como un factor determinante para problemas psicológicos en los hijos, de hecho, hay investigaciones que lo confirman, Frías, Mestre, Barrio y García-Ros (1992) realizaron un estudio donde analizaban la relación entre estructura familiar y depresión infantil y encontraron que son los niños de familias intactas los que presentan menor número de síntomas depresivos, seguidos de los hijos de padres separados y de los de familias en las que ha fallecido uno de los cónyuges. Se revisaron los estudios de Brody y Forehand (1988), donde se analizan las implicaciones del divorcio de forma global en niños y adolescentes, la investigación de Wallerstein, Corbin y Lewis (1988), quienes analizaron en 60 familias y 131 niños y adolescentes los efectos del divorcio en un estudio longitudinal de 10 años, y en ambas investigaciones, los resultados indican que los niños se ven afectados negativamente por el proceso.

Otros autores refieren los efectos del divorcio desde una posición positiva, donde el niño adquiere habilidades de independencia, madurez, autonomía, entre otras, derivadas de la vivencia de divorcio. Existe acuerdo en que no sólo es el divorcio o la separación por sí misma la que determina las alteraciones en los hijos, sino ciertas variables que frecuentemente acompañan la ruptura, como la tensión y hostilidad previa y posterior a la separación, los sentimientos diversos que viven los padres, las comunicaciones negativas, la falta de comunicación de lo que pasa o la prolongación del proceso, entre otros (Beinenfeld, 1997, Rodríguez, 2003, Urdaneta, 1994).

Puede ser menos dañino un divorcio, que mantener a los niños en un ambiente de conflicto y/o desamor y en muchas ocasiones, los problemas emocionales que llegan a tener los hijos

de padres divorciados están mayoritariamente asociados al período anterior al divorcio, a la conflictividad vivida que al momento mismo de la separación (Fernández y Godoy, 2002, Rodríguez 2003, Parke, 1986, Bienenfeld, 1997). Asimismo, algunas investigaciones reportan que los niños de familias intactas con un alto nivel de conflictos tienen más problemas de adaptación y de autoestima que los de familias intactas o divorciadas con baja conflictividad (Amaro y Keith, 1991, Amato, Loomis y Booth, 1995; Hetherington, 1999; citado en Fernández y Godoy, 2002 p.30).

Al respecto, se presenta un fragmento de una conversación que se observó durante el inicio del proceso terapéutico en la familia Sánchez:

Terapeuta. “¿Qué crees tú que está pasando Ana?”

Ana. “Lo que nos está afectando es que se separaron mis papás, es que a pesar de que están separados se siguen peleando, cómo que me saca de onda”.

La madre decía del joven:

Laura. “Yo lo veo que el está sufriendo mucho por esto, es algo que realmente le genera angustia, no lo quiere reconocer, pero yo lo veo, ha asumido el papel de hombre de la casa, el papel de su papá, por eso yo creo que se ha olvidado de si mismo, de que es un jovencito.

Yo quisiera que su papá lo viera llorar como yo lo he visto llorar, dos ocasiones yo he visto cimbrarse de dolor a mi hijo”.

Los efectos del divorcio variarán de acuerdo a la edad de los niños y a las circunstancias en las que éste se dé. Autores como, Fernández y Godoy (2002), Rodríguez (2003), hacen una descripción de los efectos por edad, y en lo que todos coinciden, es que los niños tienen que adaptarse a nuevas y diferentes situaciones, lo que genera estrés y descontrol.

Algunos de los síntomas, que muchos autores, desde su experiencia clínica o desde la investigación han observado independientemente de la edad son la tristeza, el miedo, la hiperresponsabilidad, el enojo, la culpa, soledad, regresiones, problemas escolares, trastornos de sueño, de alimentación y la fantasía de reunificar a sus padres. Puede aparecer uno o más de un síntoma.

En el caso de Viviana y Enrique, en una sesión llegaron muy preocupados y contaron la conversación que Andrea su hija de 4 años, había tenido con su madre, mencionaron que la niña le decía llorando con desesperación a su mamá:

Andrea. “mamá verdad que mi papito ya va a regresar y que vamos a estar juntos los tres, verdad que ya no se va a ir y va a vivir con nosotros, por favor mamá yo quiero que estemos juntos los tres”

Viviana. Pregúntaselo a tu papá

Andrea. (secándose muy rápido sus lágrimas) No mamita, no te vayas a enojar con él porque yo te dije esto, no, mamita, no se vayan a enojar mamita”.

Ana, hija de Laura y Jorge mencionaba:

“hay veces que me pongo muy triste y me pongo a llorar, lloro más cuando él (su hermano) no va a la escuela”

Fernández y Godoy (2002) mencionan que:

Uno de los aspectos más perjudiciales de la separación es el período de discusiones y de incertidumbre que caracterizan las relaciones de pareja durante el tiempo en que deciden si se separan o no. Los padres, inmersos en sus propios conflictos, son incapaces de darse cuenta -en muchas ocasiones- del efecto que esta situación provoca en sus hijos.

La vivencia de conflicto en el seno familiar representa al reverso de la moneda de la necesidad de relaciones interpersonales de calidad. En la mayoría de los casos, el conflicto se produce entre marido y mujer, y el niño es observador indirectamente involucrado y testigo de la desintegración de la relación entre dos personas a las que le unen fuertes lazos emocionales. Es esta lealtad dual lo que convierte la desavenencia parental en una experiencia extremadamente dolorosa para el niño. (p. 31)

Linares (2002) citado por Pérez (2004) menciona que los hijos son invitados a participar en los juegos conflictivos de la pareja como aliados o como antagonistas, a esto se le llama triangulación. La triangulación provoca conflicto de lealtades, una sensación de desprotección y les impide contar con sus padres, porque, en estos casos, son los padres lo que están contando con el hijo para que les ayude a resolver su problema conyugal.

Puede ser de diferentes formas, como involucrando a los hijos al conflicto, emitiendo juicios del otro cónyuge, polarizando la actitud de la antigua pareja convirtiéndolo ante los hijos en bueno o en malo, condicionando a los hijos para que elijan entre alguno de los dos, tomando decisiones sin considerar sus opiniones, entre otras. Se observan algunos ejemplos de triangulación en ambos casos. Cuando Viviana le dejaba a la niña en fin de semana, Enrique le decía a su hija de 4 años “vente hija, a tu mamá le estorbas”, o Viviana le decía a Enrique “hoy es día de la familia y la niña quiere que salgamos juntos” y salían y se comportaban como pareja bajo el argumento de que la niña quería que estuvieran juntos.

En el otro caso, Jorge decía en una sesión:

“...(refiriéndose al papá) luego le compra cosas a su pareja y a mí no me parece porque *según mi mamá* dice que está agarrando de lo que le pagan, casi la mitad del sueldo se lo gasta en refacciones y la otra mitad la divide entre la señora y nosotros y no se me hace justo...”

En los siguientes fragmentos se puede observar cómo los padres triangulan a sus hijos, aunque no de manera intencional ni dolosa.

Jorge. “Cuando estamos platicando con mi papá y sale algo de mi mamá, empieza: ‘no, si siempre te lo he dicho, ella está loca, es la que necesita la terapia’, no sé qué, y entonces ya no podemos platicar bien con mi papá porque él empieza a tirarle a mi mamá, y era lo que hacía antes mi mamá, cualquier cosa, y decía cosas malas de mi papá, por lo menos ahora, siento que ya podemos hablar más de mi papá, pero con mi papá no, porque desde que se dio cuenta de que mi mamá está con alguien, ya no podemos hablar bien de mi mamá, ‘tu mamá esto, tu mamá el otro’, y si le digo llévame aquí o allá él dice, ‘dile a tu mamá, tu mamá no está nunca’, no sé qué”.

A lo largo de mi práctica clínica observé que la mayor parte de los padres saben qué cosas no deben hacer con los niños, como hablar mal del cónyuge, usarlos como mensajeros, platicarles por qué consideran al otro culpable de la separación, expresar enojo cuando el hijo prefiere estar con el otro cónyuge, cargar en ellos responsabilidades que no les tocan, entre muchas otras, no obstante lo hacen. La mayoría de los padres y madres, por conocimientos escolarizados o por consejos de amigos y familiares, saben que deben dar fortaleza a los hijos, ofrecerles seguridad, demostrarles que el amor hacía ellos continua, independientemente del divorcio, hablarles de lo que pasará y de cómo cambiará su vida, y

de qué continuará intacto, etc. Sin embargo esto tampoco sucede. Y no es que a estos padres no les importen sus hijos, que echan en saco roto los buenos consejos o que no saben cómo hacerlo, más bien, ellos mismos están necesitados de apoyo por lo que están viviendo y se pueden paralizar ante sus descendientes, esto impide ofrecer una estabilidad y seguridad a los niños. Entonces, son sus sentimientos confusos y ambivalentes, lo prolongado de los procesos, la dificultad de las decisiones que se toman durante un divorcio, la prolongación y la vivencia de las pérdidas, lo que les encierra, les hace perder su línea de parentalidad. La pareja que participa en un proceso de divorcio está inmersa en una pérdida, pero además una pérdida ambigua, por lo que disminuye su nivel de competencia parental aunque los miembros sufran por estar implicados en esta complejidad.

Particularmente, en el divorcio, algo se ha perdido, pero algo todavía está ahí, el matrimonio ha terminado, pero se sigue siendo padre y madre, para los niños, identificar lo que se ha perdido y pasar el correspondiente duelo, al tiempo que reconocen los vínculos que siguen existiendo en sus vidas es un acercamiento más saludable que decirles sin más “mamá y papá ya no se quieren pero siempre te querrán” a los niños les resulta a menudo difícil confiar en esa afirmación (más cuando el que vean a papá o a mamá o no depende de su estado emocional, un padre en proceso de separación decía, “no quiero ver a los niños, me duele mucho y cuando los dejo me siento peor, prefiero por un tiempo no verlos”, también puede depender del grado de enojo de la madre. El problema no es sólo el divorcio sino la ambigüedad y la pérdida sin resolver que con frecuencia lo acompañan.

Para determinar los nuevos esquemas de familia, se puede preguntar a quién se invitaría a una celebración familiar especial o un rito. Esa relación de invitados muestra a quién se considera la familia. En los niños esto resulta muy difícil porque están los miedos, las lealtades y las influencias de lo que los padres están vivenciando y cómo lo manifiestan.

Se requiere también, abandonar una definición absoluta y precisa de familia, lo que no resulta fácil, porque las creencias y los valores asociados con la familia regularmente están arraigados. Es necesaria cierta flexibilidad para aceptarse como otro tipo de familia y para

iniciar nuevos procesos, Boss (1999) menciona “hay que abandonar el concepto de monogamia para que el divorcio y el segundo matrimonio funcionen, ya que el primer matrimonio no deja de existir sin más cuando empieza una segunda unión. Forma parte para siempre de la historia vital de la persona”. El antiguo compañero se encuentra muchas veces presente, sobre todo si hay hijos que criar.

Una de las fuertes dificultades de vivir con esta pérdida ambigua es que aunque en ocasiones existe el divorcio en papel, uno o ambos de los excónyuges, sigue buscando ser parte de la vida del otro, o utilizan a los hijos para mantener un hilo del matrimonio entre ellos, cuando sólo debería existir ya el hilo que los une por funciones parentales.

Esto se observa tanto en la familia Cruz como en la familia Sánchez, cuando el cónyuge le pregunta a los hijos sobre la nueva pareja de su mamá/papá y muestran actitudes que podrían considerarse como celos.

Con el tiempo, un pariente, un amigo o las propias circunstancias presionan para que se defina la condición de las personas y de las familias, por lo que intentan adivinar lo mejor que pueden el desenlace probable de su pérdida poco clara. Boss (1999) llama a esto la apuesta de la familia. Se puede apostar por posiciones absolutas, tanto de optimismo como de pesimismo, pero es arriesgado, será mejor optar por opciones flexibles, para ello un tratamiento psicológico será lo idóneo.

1.2.3. Intervención Terapéutica

¿Qué hacer como profesionales ante esta compleja problemática?. Evidentemente, el porcentaje de divorcios es cada vez mayor, existen diversas publicaciones de lo que se debe hacer y lo que no en un divorcio, pero ni con ello se logra que los padres dejen de invitar a los hijos al conflicto, es importante mencionar que a pesar de que los padres de las familias atendidas se esforzaban intensamente por disminuir las triangulaciones y su comunicación negativa para con los niños, en ninguno de los dos casos se logró evitarlo. En la familia Sánchez, los resultados fueron positivos en tanto que los jóvenes aprendieron a poner

límites, cuando alguno de los padres quería hablar mal del otro, le decían “recuerda que es mi papá” o “si quieres decirle algo, díselo tú”, pero en el caso de la familia Cruz, la niña seguía siendo triangulada, aún cuando ellos deseaban no hacerlo más, por ejemplo, al final del proceso terapéutico, donde Viviana ya había decidido concluir con la relación y estaba iniciando una nueva, Enrique le decía a la niña, “estoy muy triste porque tu mamá ya no me quiere”, o le decía, “verdad que tú quieres que me dé un beso, ándale dile que se deje”, él lo refería como bromas, jugueteos con la niña, pero jugueteos que probablemente generaban conflicto en la infante.

Por lo anterior, se considera que no basta con estar informados, no es suficiente con que los padres quieran, ellos están en un proceso personal fuerte, y aunque lo deseen no cuentan con los elementos para brindar a los hijos el apoyo que requieren. En algunos casos, será necesario un proceso terapéutico que pueda trabajar a diferentes niveles, a nivel individual para poder apoyar a los miembros de la pareja y que encuentren el soporte necesario para llevar de la mejor manera su pérdida ambigua, un espacio para los hijos donde aprendan a crear protecciones y evitar ser triangulados, y un espacio para sensibilizar a todos los integrantes de lo que cada uno está viviendo y desarrollar puentes de comprensión.

Trabajo con los padres encaminado a ser muy conscientes con su actuar y a aprender a identificar cuándo se podría estar triangulando a los hijos, para de esta manera poder evitarlo. Por ejemplo en el caso de la familia Sánchez se les preguntaron las ventajas y desventajas de que los padres se comunicaran a través de los hijos:

Laura. “De repente los tomamos como vehículo, a veces yo le digo cosas de él a Ana o él le dice cosas para que me las diga a mí. Lo positivo es que tú no tienes que pasar la molestia de enfrentarlo y lo negativo es que es como teléfono descompuesto, ni él sabe lo que le voy a decir, ni se soluciona nada, queda como puros comentarios”.

El proceso es gradual, por la complejidad del mismo, se pueden dar dos pasos adelante y uno atrás. Es importante sentirse cómodo con soluciones que son imperfectas. Puede ser difícil que se llegue a aclarar del todo quiénes están dentro o fuera de la familia, o de qué manera lo están, en su caso, pero, si se logra aceptar el cambio, se puede aprender a vivir

con ambigüedad, esto sería esencial para los hijos, dado que no depende de ellos que se termine o no la ambigüedad.

El trabajo terapéutico tendrá diferentes objetivos, se encaminará a que exista un puente generacional de comprensión entre los miembros de la familia, de tal forma que se entienda por qué cada integrante hace lo que hace y sea más fácil de sobrellevarlo o de frenarlo. Otro objetivo será que la familia tome el camino de la esperanza, que se arriesgue a flexibilizar sus creencias con el fin de conseguir adaptarse a una situación nueva. Habrá que desistir de buscar la solución perfecta y crear nuevas soluciones con lo que se tiene, reconstruir de modo gradual los papeles, las normas y los ritos de la familia.

Un objetivo más que se considera necesario cubrir en una intervención terapéutica es que cada miembro de la familia aprenda a cuidarse a sí mismo y a vencer la soledad y el aislamiento.

Esto fue particularmente enriquecedor el proceso de Jorge quien al cuestionársele su actitud “de viejito” y al cuestionarle sus deseos de vida y de futuro, se centró más en sus problemáticas que en las de sus padres y focalizó su atención en su crecimiento personal.

Será conveniente que utilicen herramientas que ayudan en cualquier circunstancia adversa como es el humor, las creencias diversas y la espiritualidad, así como su actitud ante la vida (optimismo o pesimismo). Cada integrante deberá cuestionar la visión que tiene sobre el funcionamiento del mundo (orden y justicia) y sobre los pensamientos lineales (si haces tal te pasará tal, qué debes que estás pagando, si te hubieras acercado a Dios esto no te habría pasado), dejar de esperar explicaciones racionales para lo inexplicable, desistir de intentar controlar lo incontrolable y abrirse a la espontaneidad, aunque no siempre se sepa a dónde se llegará. Esto fue muy útil en el caso de la familia Cruz, donde se les pedía que se flexibilizaran y que no se esperara una forma estricta o rígida de hacer las cosas, ahora que estaban separados totalmente, podían seguir manteniendo una rutina cercana por la niña, sin que esto representara compromiso entre ellos, situación que en principio era muy difícil, Enrique decía “si tú no puedes con la niña, déjamela, yo me hago cargo”.

Y para cerrar el proceso se considera importante trabajar la resolución de la pérdida, que implica como cualquier duelo, la aceptación y la búsqueda de nuevos sentidos individuales a la pérdida ocurrida, analizar las cosas positivas que se tuvieron y cómo se puede transformar la relación en una amistad que permita una paternidad unida y eficaz.

El trabajo aquí iniciado busca una mayor conciencia de la inmensa necesidad de dar mayor protección, cuidado y atención a las familias que fragmentan su estructura, para prevenir los efectos en los hijos de divorciados y dar soporte a los padres.

1.3 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con familias

Durante la intervención con familias, el terapeuta en formación tiene la oportunidad de escoger la aplicación entre los diferentes modelos que se han revisado en la teoría y resulta muy interesante identificar cuál es el idóneo para cada caso, así como aprender a distinguir sus técnicas y emplearlas para lograr objetivos específicos y reales. Permite al terapeuta conocer la funcionalidad de las técnicas tanto en los casos que tiene a su cargo como en los que participa como equipo.

La mayoría de las familias aceptan al equipo aunque algunas lo rechazan, probablemente por ser muy sensibles a la crítica, por sus creencias de lo público y lo privado o porque no tienen el contacto directo con el equipo. Un ejemplo de esto es una paciente de CCH quien había solicitado el servicio pero al manifestarle la forma de trabajo prefirió desertar. Otro ejemplo es un empleado de la FESI que al saber que se trabajaba con equipo prefirió no regresar dado que tenía miedo a que su intimidad fuera ventilada en ese que era su lugar de trabajo. Sin embargo, hubo pacientes que de hecho saludaban y eran muy amables con el equipo y lo percibían como un gran apoyo.

La intervención de las supervisoras es muy enriquecedora, ya que guían cuando el terapeuta se está saliendo de lo que la familia necesita, hacen preguntas oportunas y acertadas que como terapeuta te dejan ver que una intervención asertiva vale más que muchas sesiones y

que lo importante es ver y saber qué es lo que el otro necesita. También el que sean diferentes supervisoras permite diferentes modalidades de trabajo, que combinan creatividad y experiencia pero también la teoría.

En el trabajo con familias, el que exista una variedad de personas con formaciones, personalidad y formas de actuar distintas, permite gran riqueza de aprendizaje; pero lo mejor es cuando los supervisores son abiertos y permiten que el terapeuta haga lo que cree conveniente, es decir, el terapeuta no es una extensión del supervisor, es un profesionalista en formación, que tiene la libertad y el derecho de decidir su forma de actuar y que es apoyada y asesorada por los terapeutas más experimentados.

Leer las actas con el supervisor permite al terapeuta en formación tener mayores posibilidades de acción, dado que tanto el profesor como el equipo aporta cosas positivas para el buen desarrollo del caso, se ve lo que se ha hecho y hacia dónde vamos y proporciona al terapeuta elementos para reflexionar sobre su actuar después de haberse visto en el video, todo lo cual será en beneficio directo de la familia.

Aplicar la teoría en la práctica es un arte y, afortunadamente, es un arte que nuestras profesoras buscan implementar en nosotros como terapeutas, lo cual te permite ser claro e identificar qué estilo y qué modelo es el que se puede adecuar más a tu personalidad y a tu forma de trabajo y que será el mejor para cada caso particular.

Sin embargo, el terapeuta será el encargado de cuidar que los conocimientos teóricos adquiridos no sean llevados a la práctica si la familia no está lista para ello o si la familia aún no se dispone, porque aunque exista el más genuino deseo de buscar el bienestar familiar y probablemente ese pudiera ser un buen camino, la familia puede sentirse poco comprendida o hasta forzada y esto puede no ayudar con los resultados esperados.

Otro punto que el terapeuta no debe olvidar son las creencias y las cuestiones de género, que deben ser investigadas en cada familia, porque puede suceder que las actividades estén encaminadas a una mejoría general, pero si esto choca con lo esperado para ese sexo,

seguramente habrá un freno; si el terapeuta no se percata que ese freno puede estar relacionado con las creencias familiares, puede que la familia nunca se lo diga y que tampoco actué en la dirección prevista por el terapeuta.

Es importante mencionar que la familia va verse enriquecida con las diferentes voces de los sistemas en interacción; por ejemplo, el que una persona del equipo pueda compartirle su experiencia (que es similar a lo que están viviendo) y cómo lo resolvió permite abrir más visiones y, por tanto, más caminos de acción para sentirse mejor; el que puedan tener la oportunidad de interactuar con los miembros del equipo y escuchar sus mensajes de forma individual a través de los equipos reflexivos, complementa al trabajo realizado por un solo terapeuta, el que existan diferentes opiniones tras el espejo, que unas los apoyen y otras los reten permite mucho mayor juego que lo que un terapeuta en aislado podría realizar.

1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas

Deseo analizar el sistema terapéutico total desde mi visión como terapeuta y como observadora a la vez. Como terapeuta por mi experiencia previa y como observadora por mi participación en el equipo de supervisión.

Durante todas las sesiones pude reconocer una diferencia sustancial entre mi formación personal como terapeuta y el ejercicio profesional desde el enfoque sistémico dado que ahora observé cómo realmente se van vinculando los otros miembros de la familia para buscar cambios no sólo en las conductas ni en los pensamientos ni siquiera en los sentimientos individuales, sino en las interacciones. A partir de la observación pude notar que desde el hecho de vincular a los miembros de la familia, van cambiando sus concepciones del problema, dejan de visualizarlo como focalizado en alguien y esto les permite avanzar en más direcciones desde la pura concepción. Esto fue muy claro en el caso de la familia Rodríguez que trajeron a su niña por problemas escolares y de conducta y que le atribuían gran parte de este comportamiento a un abuso sexual que ella había tenido

hacía 1 año; la madre estaba segura que el problema a solucionar era su hija. Sin embargo, a través de que estuvieron la mamá, el hijo y la hija, salieron otras cosas que permitieron ver que la madre también había tenido un abuso de niña y que eso la hacía ver el problema con más dolor; en este caso se observó que no sólo la niña vivía el problema, lo vivían todos y tal vez otros con tanta intensidad que no permitían a la niña trabajarlo ni superarlo.

Esto en una visión individual (sin visión sistémica) se trabaja de otra manera, pues es muy difícil pensar y conocer las vivencias del otro que pueden estar influyendo en la vivencia de la persona que asiste. Esta forma de encarar las problemáticas desde perspectivas más amplias me parece muy interesante ya que, como dije anteriormente, desde la concepción sistémica se inician movimientos que permiten cambios y que, por tanto, permitirán opciones no consideradas y ni siquiera concebibles desde una perspectiva lineal.

Pienso que el hecho de que varias voces hablen ofrece a todos los participantes la posibilidad de aumentar sus capacidades de escucha y de comprensión; particularmente a los pacientes les permite ver que existen muchas puntuaciones para una misma problemática. Esto es imposible en la terapia individual sin equipo sistémico.

Otro aspecto comparativo entre la terapia individual y la terapia bajo el enfoque sistémico es la oportunidad que tiene el paciente de encontrarse con su familia en un lugar neutro donde todos buscamos estar mejor, esto permite que no se den interpretaciones falsas o que si ya existían se puedan confrontar positivamente.

En el trabajo con los niños es muy interesante ver cómo, en el marco de la terapia familiar sistémica, los niños toman una importancia mayor que a veces para la terapia individual, porque en esta última al niño se le atiende como un problema que trae el papá y aunque existe siempre un compromiso importante con el niño, éste se encuentra supeditado a lo que los padres quieren o deciden; en cambio en la terapia familiar los niños toman la misma importancia que los padres, son libres de expresar lo que deseen y tienen la oportunidad de colaborar con la familia como parte igualitaria en ella.

Otro aspecto importante a analizar es el manejo de las jerarquías y la iluminación del tipo de interacciones que se están dando en un núcleo familiar, situación que en la terapia individual no es fácilmente manejable porque no es posible ver la danza familiar, sólo vemos cómo la ve uno de sus miembros y trabajamos desde una visión más lineal; sin embargo, en la terapia familiar sistémica se observa lo que ve cada uno de sus miembros y cómo se interconectan entre sí las diferentes visiones.

Será necesario saber cuándo validar a cada quién y cuándo decir qué, de tal forma que todos se sientan involucrados en la solución de la problemática familiar y contribuyan a ella. Esto es particularmente valioso si pensamos que aunque se encuentren en el mismo núcleo familiar cada quién es diferente, siente diferente y puede esperar cosas diferentes del espacio terapéutico.

Una ventaja más de este tipo de intervención es que el equipo permite mandar opiniones y mensajes que pueden contradecir al terapeuta y que le permiten a la familia tener más opciones de acción y/o de pensamiento. Se puede jugar con el lenguaje y con las intervenciones de manera tan peculiar que le da mucho más fuerza e intensidad a los manejos de las problemáticas que traen las familias.

Y hablando de los diferentes sistemas, la función del supervisor resulta muy agradable además de enriquecedora cuando éste se entrega a su papel, tanto de cuidador del seguimiento de las familias como del proceso del terapeuta, y comparte con los alumnos su saber y motiva para que ellos desarrollen también su propio saber, con comentarios cómo: expresen lo no dicho, tomen notas, ¿les puede servir?, ¿qué crees que te esté faltando?, ¿cómo te sientes?, ¿qué te gustaría hacer?, creo que movió algo personal ¿es así?, ¿con qué te conectaste de la persona?, etc. Cuando analizan el genograma del terapeuta y te dicen, “parece que esa debilidad es parecida a una tuya, ¿cómo podrías usarlo para ayudar a la familia?”, “tú eres experto en esto porque lo has vivido”, “no tengas miedo, tu experiencia te va a ayudar”, o “no pienso lo mismo que tú, pero dime desde dónde lo estás viendo”, “ustedes ¿qué opinan del tema de esta familia?, veamos nuestros prejuicios”, entre muchas otras intervenciones. A veces parece un juego de maestra, mamá y papá a la vez, maestra

que enseña, mamá que apapacha y corrige y papá que guía e invita a la independencia (estas características de maestro, mamá y papá son una premisa de la autora, pero ejemplifican cómo puede sentirse un terapeuta en formación con los supervisores).

2. Habilidades de investigación.

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

Se elaboró una investigación de corte cuantitativo y a continuación se presenta un resumen de la misma.

Exploración de conductas resilientes en adolescentes y descripción de su contexto familiar.

La resiliencia es un concepto que se inició entre los 70 y 80's principalmente en Estados Unidos, Francia y Latinoamérica; se empezaron a investigar las razones por las que personas que provenían de condiciones extremas de pobreza, violencia, adicciones, etc, se desenvolvían en la vida adulta de manera exitosa. Walsh (1998) dice que la resiliencia puede ser definida como la capacidad para resurgir de la adversidad fortalecido y con más recursos, es un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento en respuesta a las crisis.

Se trabajó con estudiantes entre 12 y 15 años de edad, que fueron elegidos por muestreo probabilístico.

Las variables que se midieron fueron *resiliencia* (a través de 3 pruebas psicológicas) y *contexto familiar*. Todas se evaluaron con instrumentos de autoinforme y de aplicación colectiva, los cuales fueron: Detección de riesgos (IRPACO), Escala de Habilidades Sociales, Escala de Autoconcepto, Escala de Afrontamiento y Escala de Clima Social Familiar.

El diseño que se empleó en la presente investigación fue transaccional-descriptivo, es un diseño de tipo no experimental cuyo objetivo es recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Kerlinger, 1999).

El primer objetivo fue explorar la presencia o ausencia de factores de resiliencia en adolescentes, y se encontró que un 11.3 % se consideró resiliente: dos varones y una mujer ya que puntuaron alto tanto en la prueba de factores de riesgo como en las de afrontamiento, autoconcepto y habilidades sociales. Ahora bien, el segundo objetivo fue describir el contexto familiar (cohesión familiar, conflicto, autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad, organización y control) de estos participantes, a quienes denominamos resilientes, y se encontró que cuentan con un nivel de cohesión alto así como también de expresividad, y por el contrario, en el área de conflicto se obtuvo un nivel bajo; Estas características son congruentes con lo señalado en otras investigaciones (Ehrensaft y Tousignant, 2001).

A manera de conclusión, sólo un bajo porcentaje de la muestra pudo ser considerado resiliente y los contextos familiares de estas personas coinciden en la mayoría de los casos, se observan aspectos positivos que posiblemente influyen para que a pesar de las condiciones de riesgo y eventos traumáticos que han vivido, logren afrontarlos y salir adelante.

Para futuras líneas de investigación resulta importante analizar las diferencias de género, dado que los resilientes que se hallaron fueron dos varones y una mujer cuando la distribución por sexo en la población estaba en sentido inverso.

Esta investigación fue complementada con otra de corte cualitativo y a continuación se presenta un resumen.

Las vivencias de una joven resiliente.

Cómo se comentó anteriormente, la resiliencia es un concepto joven que ha sido definido como la capacidad para resurgir de la adversidad fortalecido y con más recursos; es un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento en respuesta a las crisis, por ello sólo puede hablarse de resiliencia cuando una persona ha estado expuesta a diferentes factores de riesgo contando al mismo tiempo con factores de protección personales, ambientales y/o familiares.

Este fenómeno se ha investigado desde la psicología para señalar el peligro de patologizar y victimizar a las personas que han vivido alguna situación riesgosa, pues esto no implicará necesariamente un deterioro en su desarrollo. Ante este panorama, se realizó una investigación cualitativa en la que se manejó el estudio de caso de una adolescente, teniendo como objetivo conocer la vivencia de esta persona catalogada como resiliente.

De este caso, se identificaron los factores de riesgo que existían en su ambiente y en su sistema familiar así como los factores protectores personales (actitud de vida, capacidad para planificar, uso del humor, capacidad para resolver problemas, entre otros), los familiares (relación positiva entre los miembros, expectativas, apegos, etc.) y los ambientales (escuela, religión, grupos de autoayuda, etc.) mediante la entrevista profunda y se encontró en esta chica que la resiliencia está altamente vinculada con su percepción de la vida. De hecho se pudo observar que la joven racionalizaba sus vivencias de riesgo y las transformaba en otra historia que no representara una vivencia emocional dolorosa y con ello, a pesar de haber estado en situaciones de alto riesgo como abandono, hacinamiento, un ambiente de adicciones y delincuencia, ha logrado superarlas y salir fortalecida de ellas, presentó afrontamiento positivo, una autoestima alta, buenas habilidades sociales, capacidad de planeación, cumplimiento de metas, entre otros.

Se observó que, tal como dice la teoría respecto al tema, la existencia de un apego favorable fue determinante para esta chica, sin embargo, otra conclusión que se observó es que las funciones parentales, aunque en muchas ocasiones estuvieron ausentes, sus padres nunca abandonaron el rol de padres como tal, la niña podía quedarse con la abuela, pero quienes daban las indicaciones de educación y supervisaban las actividades de autocuidado,

escolares o de comportamiento eran sus padres, y ello contribuyó a que la chica siempre se sintiera apoyada.

La investigación también reporta que el racionalizar sus vivencias dolorosas la ha llevado a generalizar y ha limitado a la joven en la manifestación de sus emociones. Ella mencionaba que tanto su familia como su novio se quejaban de que parecía que no sentía nada por los demás.

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

3.1. Productos tecnológicos

3.1.1. Manual de Técnicas de Terapia Familiar desde el Modelo Estructural.

El Manual de Técnicas de Terapia Familiar desde el Modelo Estructural, está dirigido a los terapeutas en formación y a todas las personas interesadas en conocer la aplicación de las técnicas. Presenta una explicación clara y concisa de los fundamentos teóricos del Modelo Estructural elaborado por Salvador Minuchin.

Dentro de los postulados teóricos podemos encontrar: los orígenes del modelo, los axiomas que sustenta, su conceptualización de familia y de las funciones que requiere cumplir para el desarrollo armónico de sus miembros, el concepto de estructura y sus parámetros (límites, jerarquía, subsistemas, alianzas, coaliciones, geografía y territorio), el concepto de desarrollo que alude a las etapas del ciclo vital por las que atraviesa la familia y las fuentes de estrés que enfrenta la familia para lograr su adaptación.

Se exponen también sus principales técnicas para el cuestionamiento del síntoma, de la estructura y de la realidad, En cada técnica se realiza una descripción teórica y un ejemplo real de su aplicación para que al terapeuta lector le quede claro cómo podría ocuparla en sus intervenciones con familias. Se procuró ser muy específicos con los diálogos de tal forma que el terapeuta en formación pueda discernir claramente en qué momento y cómo pueden ser utilizadas las técnicas del modelo estructural al servicio de las familias. Se utilizaron casos reales dado que así se observa que las técnicas no están separadas entre sí, que pueden utilizarse simultáneamente o primero una y después la otra, que son herramientas al servicio de la visión y pericia del terapeuta.

3.1.2. Manual de técnicas de terapia familiar desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas

El Manual de Técnicas de Terapia Familiar desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas -en adelante MTBP-, está dirigido a los terapeutas en formación y a todas las

personas interesadas en conocer la aplicación de las técnicas de este modelo. Presenta una explicación clara y concisa de los fundamentos teóricos desarrollados por Watzlawick, Weakland, Fisch, y Segal los cuales surgen de su práctica en el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto, California, y de la gran influencia de la obra innovadora de Milton Erickson y que dan vida al MTBP.

En el Manual se indican los postulados teóricos del MTBP referentes a una pequeña reseña histórica y descriptiva del MTBP, la capacidad de maniobra del terapeuta, la fijación del marco del tratamiento, la entrevista inicial, la postura del paciente, la planificación del caso, las intervenciones y la terminación del tratamiento. Se exponen también sus principales técnicas con ejemplos aplicados en los diferentes escenarios de la Maestría.

3.1.3. Manual de técnicas de terapia familiar desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

El Manual de Técnicas de Terapia Familiar desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones -en adelante MTBS-, está dirigido a los terapeutas y a todas las personas interesadas en conocer la aplicación de las técnicas de este modelo. Presenta una explicación clara y concisa de los fundamentos teóricos retomados del trabajo de Milton Erickson.

Integra una reseña histórica y descriptiva del MTBS, así como el manejo de la descripción y las excepciones del problema, el uso de la normalización y despatologización, la definición de objetivos, el uso de las pausas y los elogios, las preguntas de avance rápido, las preguntas sobre el problema y el uso de las prescripciones para el cambio.

Aunado a lo anterior se describen los tipos de intervenciones que se mencionan a continuación:

Intervenciones del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

Intervención sobre el patrón de la queja	<p>Cambiar la frecuencia de la queja.</p> <p>Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.</p> <p>Cambiar la duración de la queja.</p> <p>Cambiar el lugar en el que se produce la queja.</p> <p>Añadir un elemento nuevo al patrón de la queja.</p> <p>Cambiar la secuencia del patrón.</p> <p>Descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños.</p> <p>Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.</p>
Intervención sobre el patrón del contexto	<p>Se alteran los patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja, pero que pueden producir un cambio en el contexto de la queja llevando a su resolución.</p>
Formulas para el cambio	<p>Fórmula de la primera sesión.</p> <p>Tarea de la sorpresa para parejas o familias.</p> <p>La tarea genérica.</p>
Hipnosis orientada a las soluciones	<p>Sugestiones hipnóticas.</p> <p>Ilusión de alternativas.</p> <p>Mantener la bola en movimiento.</p>

3.1.4. Video didáctico del Modelo Estructural

Para apoyar a la enseñanza de las técnicas de Terapia Familiar Sistémica, se realizó un video en donde se ejemplifica en una sesión terapéutica el uso de las técnicas desde el modelo estructural. Se presentan tres casos: el primero de una pareja que presenta problemas en su relación, en la segunda participación se observa a la misma pareja pero con la compañía de la familia extendida, y en la tercera fase una joven con problemas de relación con su madre. En ellos se pueden observar la aplicación de las técnicas en su conjunto, lo que permite que su comprensión sea mucho más clara para quien se encuentre interesado en conocerlas. El video ejemplifica las técnicas y, a su vez, menciona en qué consisten teóricamente.

El video tiene una duración de 34.17 minutos. Inicia con la presentación del objetivo que se persigue, el cual es *mostrar la aplicación de las técnicas del Modelo Estructural dentro de la Terapia Familiar, desarrolladas por Salvador Minuchin.*

La organización del video se compone de tres bloques: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura y cuestionamiento de la realidad. Cada bloque inicia con la presentación del familiograma de un caso en particular y con la exposición del motivo de consulta. Enseguida se presenta el desarrollo de una sesión simulada y cuando el terapeuta recurre al empleo de alguna técnica se observa en el video la aparición de su nombre; al finalizar la sesión se presenta de manera esquemática el resumen de las técnicas empleadas.

Este video se realizó para que pueda servir a terapeutas en formación a familiarizarse con el modelo, así como también para conocer una modalidad particular de aplicar las técnicas. Cabe señalar que el manejo de ellas no es una cuestión sencilla, se requiere de mucha práctica para poder implementarlas.

3.1.5. Video didáctico del Modelo Estratégico

Se realizó un video en donde se ejemplifica con pequeñas representaciones las diferentes técnicas del modelo Estratégico. Se observa su utilidad en todas las etapas del ciclo vital de la familia.

El video tiene una duración de 35 minutos, la parte teórica y el guión fueron desarrollados por los terapeutas, quienes además participaron como actores e invitaron a otros más. El video fue grabado y editado por el CRAPA, quien lo incluyó para participar en una muestra de video documental denominada “Primera Muestra Seminario de Video” de las áreas de audiovisuales de la UNAM y fue uno de los seleccionados para ser parte de la primera elección de materiales que tendrán uso didáctico, en la categoría de apoyo a la docencia, y formará parte del material didáctico de la Facultad de Psicología Campus Ciudad

Universitaria, tal distinción nos enorgullece y honra como estudiantes de la FES Iztacala. También formará parte del acervo didáctico del CRAPA.

Este tipo de materiales son muy útiles porque las técnicas regularmente no se aplican en aislado ni desvinculadas unas de otras y puede resultar difícil su utilización y su comprensión si se les maneja como partes individuales. El video permite este tipo de integración de una manera más clara y de mejor visibilidad que un manual o cualquier otro tipo de documento impreso. Se considera que el video es un instrumento de apoyo al conocimiento y la difusión de la terapia familiar.

3.2. Programas de intervención comunitaria

3.2.1. Taller de comunicación no violenta.

Se elaboró un Taller de Comunicación No Violenta dirigido a niños de educación primaria dado que la Comunicación no violenta puede proporcionar a los infantes la posibilidad de establecer vínculos más sanos y relaciones más agradables con las personas que lo rodean tanto en su ambiente escolar como en el familiar y el social. La comunicación no violenta permite a las personas (incluyendo a los niños) identificar sus necesidades y sentimientos y expresarlos de tal forma que resulten claros, objetivos y precisos para que las demás personas los conozcan y puedan responder a ellos.

La Comunicación No Violenta (CNV) es un modelo creado por el Dr. Marshall Rosenberg (1999) con el propósito de enseñar una forma de comunicación que favorezca el que las personas resuelvan sus diferencias aún las más extremas, en un ambiente de mutuo entendimiento. La CNV promueve la expresión de sentimientos, necesidades, aspiraciones e intereses de manera honesta, sin críticas, culpas y temores, ilustra los patrones que empleamos cotidianamente y brinda la oportunidad de aprender un proceso de intercambio comprensivo.

Todos los mensajes de comunicación tienen efectos tanto en quienes los emiten como en quienes los reciben, por lo que consideramos necesario que existan procesos de autoanálisis en donde se cuestione qué estilos de comunicación son los que manejamos mayoritariamente y que si existen otras posibilidades mejores, sean tomadas en cuenta para poner en práctica, tal como la comunicación no violenta.

El taller fue elaborado e impartido por la Psic. Patricia Aguilera Hermida y la Psic. Lilia Bueno Nieves y está diseñado para niños de entre 6 y 9 años en grupos de 10 a 15 participantes y para impartir en 3 sesiones de 2 horas cada una.

Se aplicó a 9 menores de 1er a 3er grado de primaria, los cuales fueron seleccionados por la directora y los profesores de grupo, el criterio de selección fue que presentaban alto porcentaje de conductas de comunicación violenta y/o vivieran algún tipo de violencia en casa. Eran tanto niños como niñas, pero el número de cada sexo fue diferente cada día ya que algunos faltaban a clases y por tanto no asistían al taller.

Se consideró la población infantil porque en ocasiones ellos no tienen muchas oportunidades de conocer otras formas de comunicación que no sean las de su familia o las de su escuela y con base en ello responden. Sin embargo, creo que entre más posibilidades de conocimiento tengan, más posibilidades tendrán de realizar elecciones y decidir cómo quieren manejar su vida, entre ello, su comunicación. El Taller consta de carta descriptiva, los materiales a utilizar así como los textos y la bibliografía necesaria para ser impartido.

En los resultados se observó que los niños inmediatamente captaron el sentido del taller y fueron muy cooperativos y participativos en sus intervenciones. Al principio pensaban que la CNV se refería estrictamente a golpes, sin embargo, lograron entender que con las palabras también se puede ser violento. De hecho en la primera sesión se les dejó de tarea que platicaran del taller a sus familiares y al otro día los niños nos llegaron a decir quiénes en su familia utilizaban comunicación no violenta y comunicación violenta, aún cuando no se les preguntó. Uno de los niños comentó que su mamá se había comportado como chacal (representación de la comunicación violenta), ya que le había sacado sangre de la nariz de

un golpe la noche anterior. Esto nos permitió observar que los niños estaban adquiriendo los conocimientos, pero también se trabajó con este comentario para que observaran que aunque el ambiente a veces es chacal uno puede intentar no serlo y buscar las maneras más jirafescas (representación de la comunicación NO violenta) de comportamiento para ir frenando la chacalidad.

Consideramos que aunque se dieron cuenta de que no podían cambiar a los demás, sí tenían la posibilidad de elegir un estilo propio de comunicación, y que si ellos eran violentos, generarían violencia en el otro. Esto fue muy claro en los ejemplos que ponían cuando se les preguntaba, aunado a que sabían identificar casi inmediatamente de que se les estaba hablando o cuando se dramatizaba frente a ellos.

Estos resultados muestran el éxito de la CNV y creemos que a pesar de que se habían escogido los “peores” niños de la escuela, se comportaron muy bien y fueron muy trabajadores porque las facilitadoras propiciaron un ambiente cordial y permisivo, donde ellos trabajaban a su ritmo, tenían que hacer ciertas actividades en las que se les permitía participar y se les trataba con respeto en todo momento, respondieron amable y cooperativamente.

3.2.2. Taller para construir relaciones de pareja libres de violencia

Se elaboró un taller, de tipo preventivo, para evitar la violencia en las relaciones de pareja desde el noviazgo. Fue dirigido a jóvenes de 17 a 23 años de edad para proporcionar a los muchachos (as) la posibilidad de establecer vínculos más sanos y relaciones de pareja más agradables.

La violencia es un fenómeno denigrante que lesiona los derechos que como seres humanos tenemos. Se define como un “acto intencional, que puede ser único o recurrente y cíclico, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a otra persona”(Campana de prevención de noviazgos violentos, p.29) La violencia puede expresarse desde una ofensa verbal hasta el homicidio y, en cualquiera de sus formas, puede causar daños irreversibles.

La violencia en las relaciones de pareja puede surgir desde el noviazgo, y los noviazgos regularmente inician en la juventud, por ello resulta importante crear conciencia y prevenir en esta etapa en la que van a iniciar sus esquemas de relación de pareja. Será primordial que identifiquen los tipos de violencia y que aprendan a reconocerla desde sus formas iniciales, para así poder evitarla.

El taller fue elaborado e impartido por la Psic. Patricia Aguilera Hermida y está diseñado para jóvenes de entre 17 y 23 años en grupos de 3 a 10 participantes y para impartir en 3 sesiones de 2 horas cada una.

Se aplicó a 3 muchachas que se mostraron interesadas en la invitación. Es importante mencionar que la instructora hizo la invitación a varios grupos scouts, sin embargo se considera que por el diseño de la invitación, la cual mostraba agresiones, hubo poca audiencia.

Se impartió en la calle de Viveros de Tlalnepantla No. 38 B, Viveros de la Loma de 5:00 pm a las 8:00 pm., en un salón amplio, bien ventilado e iluminado y con todos los materiales necesarios para ser impartido.

En los resultados se observó que las chicas captaron el sentido del taller ya que en la evaluación expusieron que era importante poner límites para que la violencia no entre en las relaciones de pareja. Mencionaba una de ellas: “aprendí que uno debe de valorarse y no permitir los extremos”; comentaron que conocieron la violencia, otra chica mencionó “aprendí que no sólo yo puedo salir lastimada sino que también yo puedo lastimar”, y la otra chica dijo: “aprendí a conocer la violencia en todos sus aspectos”.

3.2.3. Taller de prevención del uso y abuso de sustancias adictivas.

Este taller tuvo como objetivo general que los participantes analizaran los efectos del consumo de drogas en relación con su proyecto de vida, así como las alternativas disponibles para evitar el consumo.

Se llevó a cabo en el Instituto Alher, ubicado en Boulevard del Temoluco No. 113, Col. Acueducto de Guadalupe, en colaboración con la Psic. Nancy Torres, estuvo dirigido a 70 estudiantes de secundaria y preparatoria de ambos sexos, divididos en dos grupos de acuerdo al nivel de escolaridad, trabajando con cada uno de ellos en una sesión de dos horas.

Los contenidos del taller se centraron inicialmente en el bosquejo de un proyecto de vida y el impacto que pueden tener las adicciones en el mismo; posteriormente a través de un manejo de tipo colaborativo, ellos eligieron lo que más les interesaba de las drogas y se trabajó la identificación de los diferentes tipos de adicciones, el análisis y discusión de las principales causas de las adicciones así como la generación de alternativas para hacerles frente.

En general, los alumnos dijeron que el taller les había sido de gran utilidad, notándose una mayor participación en los temas de definición de adicciones y análisis de las causas, entre las cuales se observó, en esa población, una tendencia a minimizar los riesgos del consumo, lo cual fue señalado y reflexionado por los grupos. Hubo una gran diferencia en cuanto a participación entre los jóvenes de secundaria y los de preparatoria. Los primeros presentaron una disposición y actitud reflexiva, cooperaron en la generación de ideas y mostraron interés en la búsqueda de alternativas y, contrario a lo que se esperaba, el grupo de preparatoria adoptó una actitud de poco compromiso y como si las adicciones y las drogas fueran ya lo normal, como parte de la cotidianidad y de lo que toca a los jóvenes. Esta actitud percibida les fue reflejada.

3.2.4. Conferencia de prevención del abuso sexual a menores.

En el ISSSTE se presentaron diversas conferencias a la comunidad. El tiempo de cada una de ellas fue de 30 minutos. A continuación se presenta un breve resumen de los temas impartidos.

El objetivo de la conferencia fue que los participantes conocieran en qué consiste el abuso sexual infantil, algunos de los mitos alrededor del tema y como pueden prevenirlo. Para ello se explicó el concepto de abuso sexual infantil, que consiste en cualquier acto de naturaleza sexual entre un menor y un adolescente o adulto, con el fin de estimular o satisfacer la sexualidad del que está agrediendo; asimismo se explicó que se considera abuso porque existe una relación desigual de poder, aunque sea con el consentimiento del menor.

Por último, se especificó cómo puede prevenirse el abuso sexual a menores:

- Hablando de él en la familia y enseñando a distinguir lo que es un abuso de lo que no lo es.
- Dar oportunidad de que los niños hablen en casa para que tengan confianza y sientan apoyo de sus familiares
- Saber que un niño no tiene los conocimientos ni la fuerza física ni emocional para defenderse.
- Informar acerca de lo que es un chantaje y una amenaza y cómo pueden responder a ello.
- Si existe la más mínima sospecha y no se sabe como manejarlo acudir a un centro donde puedan ayudar al adulto y al niño.
- Saber que el abuso deja secuelas tanto físicas (enfermedades de transmisión sexual, laceraciones, etc.) como psicológicas (depresión, suicidio, aislamiento, dificultades para relacionarse, baja autoestima, problemas de alimentación, etc.) y que el no enfrentarlo puede perjudicar al niño por años (Corsi, 2003).

3.2.5. Conferencia sobre las funciones parentales:

El objetivo de la conferencia fue que el participante reflexionara sobre qué incluyen las funciones parentales y la importancia de llevarlas a cabo adecuadamente. Para ello se informó el esquema del yo integral, que se refiere al ser biopsicosocial, que incluye el:

El yo físico, que es el organismo, el cual necesita de atención y cuidados para poder desarrollar sus capacidades, incluye alimentación, techo, abrigo, etc.

El yo psíquico es la parte interna, se divide en tres para entenderlo mejor: lo emocional, lo espiritual y lo mental. La parte emocional está conformada por los estados de ánimo, sentimientos y emociones; esta área necesita, amor, comunicación, libertad, seguridad, adaptación, aceptación, protección, pertenencia, entre otros. La parte espiritual se refiere a la parte más interna, al núcleo de identidad, se manifiesta a través de lo que se quiere lograr y cómo, son los valores y creencias de una persona, la actitud de vida, la fe, etc. Y la parte mental hace referencia a los talentos de pensamiento como la percepción, la inteligencia, la razón, la intuición, entre otros.

Y el yo social que se refiere a los papeles que vive el individuo como hermano, amigo, padre, alumno, etc. y que determina su relación con otros y con el medio humano.

Los padres en sus funciones parentales deben contemplar todas las áreas del yo integral y, aunque probablemente no se realice un ejercicio perfecto de la paternidad, entre más se conozcan las necesidades de los hijos, mejor estimulación y salud se podrá ofrecer. Todas las áreas son importantes y los padres procurarán tomarlas en cuenta en su desarrollo como padres de familia.

Por último se comentó el siguiente esquema:

Padres que buscan cumplir lo mejor posible
la función parental (se preocupan por todas sus necesidades,
buscan dejarles valores, les demuestran amor, etc.).

<p>La atención y preocupación de sus padres los salva</p>	<p>Hijos sanos y productivos</p>
<p>Hijos Difíciles (Prob. de atención, carácter fuerte, agresivos, enfermizos,etc)</p>	<p>Hijos Fáciles (Guiables, tranquilos, cooperativos, sanos etc.)</p>
<p>Delincuentes o con muchos problemas de salud (física y/o mental)</p>	<p>Varía. Resilientes o niños con problemas.</p>
<p>Padres poco cuidadosos de la función parental (Abandono y desinterés, no hay metas como padres, hay maltrato y/o abuso, los ven como extensión o como salvación, etc.)</p>	

Por supuesto no es un esquema rígido ni determinista ya que las condiciones pueden variar, pero lo que se trató de ejemplificar es que hay diferentes circunstancias para los padres y para los niños y que influirá de manera significativa la forma que en que se manejen como padres, en el comportamiento y desarrollo del yo integral de los niños.

3.2.6. Conferencia sobre cómo ayudar a los hijos en un proceso de divorcio.

Esta conferencia fue impartida a la comunidad del ISSSTE; se les explicó que un divorcio consiste en la separación de la pareja dentro de una familia y que se trata de un proceso

difícil para todos los miembros de la familia porque implica una readaptación a nuevas condiciones de vida.

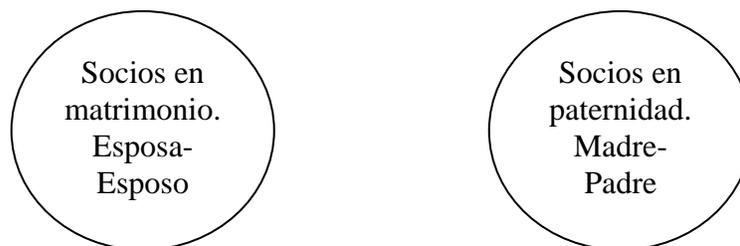
La sintomatología puede variar de acuerdo a la edad del hijo y, primordialmente, de acuerdo a cómo sea manejado el proceso por parte de los padres. Deberá buscarse asesoría profesional en caso de que cualquiera de estos síntomas persista o en caso de reconocer que como padres no sabemos como manejar la situación, qué decirles y qué no, cómo y en qué momento.

Algunas recomendaciones que pueden ayudar a los padres para hacer este proceso menos difícil a los hijos son:

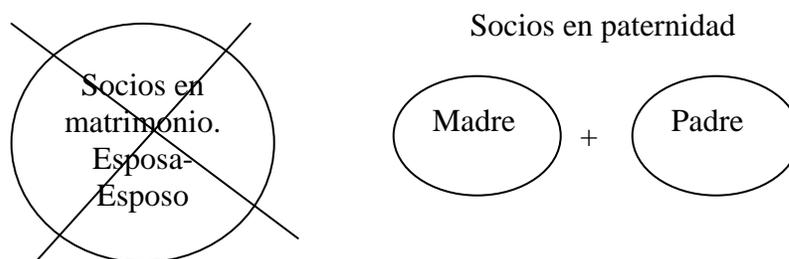
- Hacerles saber que el amor de los padres por sus hijos no cambiará, aunque sus padres se separen.
- Demostrar su amor incondicional a través de la convivencia (de ambos padres aunque no estén juntos), demostrar interés en sus cosas y decirles cuanto los quieren.
- Explicarles que aunque intentaron estar juntos, no les fue posible y que no hay culpables (procurando que en ningún momento ellos asuman alguna responsabilidad por el divorcio o separación).
- Permitirles que expresen sus sentimientos, cualesquiera que éstos sean.
- Evitar triangularlos en la pareja, esto es, evitar usarlos de mensajeros entre los padres, hablarles mal del cónyuge, buscar alianza con los hijos en contra del cónyuge o pedirles que hagan cosas que los sitúe en un conflicto de lealtad.
- Procurar compartir las decisiones parentales de forma cordial y mantener los acuerdos independientemente de si es en casa de la madre o de el padre (Rodríguez, 2003).

Se les presentó el siguiente esquema para tener más claro el tipo de proceso que ayuda a los niños cuando sobreviene un divorcio o una separación en la familia.

Durante el matrimonio



Después del divorcio



Este esquema de actuación permitiría que el niño tenga seguridad en la situación, aunque sus padres ya no estén juntos.

3.3. Presentación del trabajo realizado en foros académicos

Se presentó un cartel en el XXIII Coloquio de Investigación de la FES Iztacala, acerca de la investigación cuantitativa elaborada por la que suscribe en colaboración con la Lic. Liliana Hernández Mendoza y la Lic. Nancy Vargas Gama, denominada “Exploración de conductas resilientes en adolescentes y descripción de su contexto familiar”.

También se presentó una ponencia en el Coloquio de la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) acerca de la investigación cualitativa “Las vivencias de una joven resiliente” elaborada por la que suscribe en colaboración con la Lic. Liliana Hernández Mendoza y la Lic. Nancy Vargas Gama. El resumen de ambos trabajos fue presentado anteriormente en las habilidades de investigación.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

1.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

Un aspecto ético que quisiera resaltar y que durante el ejercicio de la práctica terapéutica se pudo observar es la importancia de ser claros con la confidencialidad, dado que bajo esta modalidad de trabajo se utilizan grabaciones de las sesiones y que está más de una persona, es muy importante que desde el primer contacto se explique la forma de trabajo y se tenga cuidado en el manejo de la información de los pacientes para uso didáctico, en el sentido de no utilizar nombres reales, de que la información no se puede comentar ni siquiera en pasillos, de que los videos no pueden ser vistos por nadie que no sea el terapeuta y el equipo de la sesión, entre otras cosas.

Un aspecto más que se considera importante, es el respeto de los diferentes escenarios y de las necesidades de cada uno, el que existan diversos escenarios de ejercicio profesional permite al terapeuta en formación trabajar con diferentes espacios físicos, reglas y modalidades que amplían su visión y su aprendizaje, pero algo profundamente ético es el adaptarse a los lugares, las personas y las condiciones manejando en todo momento un servicio de muy alta calidad.

El terapeuta tiene una visión del mundo; sin embargo, un aspecto ético que debe respetar es escuchar todas las versiones de los pacientes con la mente y los oídos abiertos, para evitar que lo llame “lo correcto” o lo que cree que debería ser, es como saber cuándo y qué es lo que necesita el otro independientemente del juicio de valor que desde la vivencia o la visión personal se pudiera generar respecto al caso. Para ello el equipo es muy importante porque ayuda a ver qué está pasando tanto en la familia como en la persona del terapeuta.

Franco-Tarrago (1996) expone que “el terapeuta es quien define o diagnostica la información según su propio sistema de creencias y teorías” (p.22), pero en el ejercicio de la terapia familiar se busca el mayor grado de neutralidad posible, procurando hacer a un lado su propio sistema de creencias. Un ejemplo muy claro de esto fue cuando una joven

comentaba que regresaría con su pareja, la cual anteriormente le había pegado, la terapeuta, vista desde el equipo parecía como si quisiera convencerla de que eso era una mala idea, porque él podía violentarla otra vez, finalmente el equipo rescató al terapeuta comentándole que debía ayudar a que la joven analizara los riesgos pero que no debía tratar de convencerla de que hiciera lo que ella consideraba correcto. Lo interesante es cómo el terapeuta debe tener mucho cuidado con lo que el otro está viviendo, por un lado, se sabe que la violencia puede repetirse si existe una historia previa de la misma pero, por otro lado, es importante que la gente conozca y enfrente sus propias problemáticas. Es menester respetar al otro más allá de lo que el terapeuta crea que deba ser, pues de lo contrario el paciente se sentirá presionado y poco entendido y probablemente decida no regresar. Cabe aclarar que se deben evitar situaciones que pongan en peligro a la persona, pero será a través de las reflexiones de los pacientes y no a través de la persuasión o el convencimiento porque el terapeuta crea que así debe ser.

El terapeuta tiene que trabajar hasta con sus pensamientos porque permean el actuar, si piensa “qué tonta”, o “cómo aguanta eso”, no se permite entender realmente que es lo que está pasando con el otro (ya le puso una etiqueta) y en esa medida no tendrá posibilidades de desarrollar estrategias que puedan ayudarlo, porque “los tontos son tontos”.

Aunado a lo interior, a lo largo de la práctica supervisada, se observa lo necesario que es respetar los sentimientos del otro, si la persona se siente triste y preocupada por algo que tal vez para nosotros es fácil o simple, lo importante es lo que el otro vive y que debemos acompañarlo en lo suyo.

Otro aspecto ético muy importante es el tener un motivo de consulta y objetivos claros, diseñados a partir de la necesidad del paciente, pues son el camino a seguir, metas claras que permiten que los tratamientos resulten eficaces; si no existen objetivos el terapeuta puede divagar y el paciente sentir que está perdiendo su tiempo. Por supuesto los objetivos pueden llegar a cambiar, pero es importante que exista una meta para saber a dónde dirigir el timón.

Otro comentario ético que quisiera mencionar es que el terapeuta no olvide su papel de acompañante, de especialista respetuoso y que evite entrar en escaladas simétricas con los pacientes (a menos que sea como parte de la estrategia terapéutica), dado que las escaladas generan una competencia y eso puede mermar la confianza y la cooperación, elementos indispensables para un proceso terapéutico.

Dentro de esta ética profesional será responsabilidad del terapeuta analizar si es el momento de trabajar una técnica o una intervención determinada, no hay que presionar para que el paciente responda a una forma de trabajo que tal vez al terapeuta le agrada, quiere aprender o considera conveniente. Será importante preguntarse ¿qué necesita el paciente ese día?, hay que escuchar su discurso, ver su actitud, su postura y ante ello trabajar, más allá de un deseo personal.

En ello los supervisores tienen un papel fundamental para el trabajo desde la cibernética de 2º orden, puede pasar que el terapeuta y el equipo se emocionen por lo que creen que debería ser (como salirse de su casa, confrontarse con algún miembro, etc.), pero lo importante será ver lo que la familia requiere y será papel del supervisor no permitir que se dé un efecto mimético que pueda involucrar a los miembros en un deseo común.

En una sesión de duelo, la terapeuta utilizó la fé y la creencia en Dios, lo que podría interpretarse como que se está faltando al Artículo 18 del Código Ético del Psicólogo que especifica “renunciar a diagnosticar, prescribir, tratar o aconsejar a un cliente, cuya problemática esté fuera del ámbito de su competencia” (p.11), orientando hacia aspectos religiosos a la familia o que se está influenciando a la persona; sin embargo, se utilizó porque es importante trabajar con las creencias de la familia y era una familia muy creyente y por supuesto, su fé, resultó ser un gran apoyo. Por lo que el terapeuta no lo induce a nada, únicamente tomará lo que ya trae la familia (Brugmann, Castaño, Cicero, Colotla, Esponosa, Gallegos,1984).

Cuando un equipo terapéutico se muestra respetuoso e imparcial con todos los miembros de la familia, más allá de los problemas internos, cada miembro establecerá un joining

individual que lo invitará a resolver de la mejor manera la problemática familiar. Esto fue muy claro en una sesión de intervención en red, donde la hija de la familia peleó con la madre y se fue de su casa, el equipo fue neutral, ni a favor ni en contra; la joven, aunque ya no estaba en casa, continuó asistiendo al grupo y toda la familia desarrolló estrategias para adaptarse a la nueva situación.

Es necesario en la terapia familiar creerle a la familia, si ellos dicen que se sienten bien y que ya superaron su problemática, pues ya lo superaron aunque para el terapeuta parezca algo difícil (por su experiencia previa, porque “ese tipo de problemas no es tan rápido”, etc.), será necesario seguir con el discurso del individuo y no con el del terapeuta, de esta forma se asentarán mejor los cambios y en caso de que no fueran reales, la misma familia se dará cuenta y podrá retomar el camino que le ofrece el terapeuta, pero si el terapeuta afirma que no es verdad que la familia ya está bien, corre peligro de que la familia se sienta poco escuchada y/o comprendida, que el terapeuta desea seguir con el proceso sin ser necesario, entre otros.

Es importante para poder llevar a la práctica un proceso desde la perspectiva de la cibernética de 2º orden, que la voz del equipo y los oídos del terapeuta estén en contacto, si uno de los dos no reconoce la importancia del otro se rompe la interacción y, por tanto, el sistema se fragmenta, dado que puede pasar que lo que dice el equipo no entre al sistema terapeuta-paciente porque el terapeuta no le da entrada y, entonces, será importante que cuando el terapeuta perciba que sus oídos no quieren escuchar las voces del equipo, lo abra para que se comente, de lo contrario la familia podría resultar afectada al no estar recibiendo las otras visiones que quizá podrían ayudarlos también.

Lo mismo sucedería si los oídos del supervisor sólo se escucharan a sí mismos, sin tomar en cuenta lo que opinan los demás terapeutas o el terapeuta que está con la familia; en este caso también se recortarían las visiones y la familia tendría menos riqueza de trabajo terapéutico. Se estaría cayendo en el problema ético de querer imponer una forma a la familia, al no escuchar nada más allá de lo que el terapeuta ve.

Otro punto relevante y sano que no se debe perder de vista, es que una de las funciones de la supervisión es salvar a la familia (y al terapeuta) de intervenciones que pudieran no ser tan benéficas y que pueden darse por la inexperiencia de los terapeutas en formación; esta función promueve que el terapeuta sea reflexivo con su propio actuar, lo que seguramente lo llevará a ser mejor terapeuta.

Por último, un aspecto ético crucial es respetar la interacción de los sistemas y obtener el máximo aprovechamiento de los mismos; es necesario un ambiente de confianza, flexibilidad y cordialidad entre los subsistemas involucrados, así cuando existen desacuerdos o comentarios que ayudan a estar mejor (cómo respetar los tiempos, no centrarse sólo en una persona y no escuchar a los demás, etc.) se pueden externalizar y todos se ven favorecidos.

CONSIDERACIONES FINALES

1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas.

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia familiar me permitió ampliar mi visión como terapeuta. Al inicio mi formación y experiencia estaban basadas únicamente en la terapia individual y tenía completo desconocimiento de la visión sistémica y circular, fue a través del contacto con las familias, tanto como observadora, como terapeuta y como equipo, que fui ampliando mi visión a círculos más abarcativos, que por supuesto se ve reflejado en trabajo de mejor calidad y más eficiente.

Una competencia profesional adquirida en este programa que quisiera mencionar más específicamente es el trabajo con grupos de red, el cual es una forma de intervención que no es parte del programa de la Residencia pero que es dirigida y supervisada por la Mtra. Carolina Rodríguez en el CCHA como un añadido a la formación de los terapeutas, siempre que exista el tiempo y la disposición por parte de los estudiantes. Tuve la oportunidad de participar como terapeuta en 2 grupos y como equipo en tres más.

El grupo de red se lleva a cabo en 5 sesiones de dos horas cada una, con una periodicidad de 14 días, se trabaja con 5 familias, donde asiste el paciente identificado (que regularmente es el adolescente) y un adulto significativo (madre, padre, hermano mayor, tutor, abuela). Tiene como objetivo establecer un puente de entendimiento y comprensión entre las dos generaciones y usando este puente, resolver los conflictos o problemáticas por las que solicitan el servicio.

Esta forma de intervención es muy enriquecedora, por las características bajo las que se desarrolla, por un lado, se trabaja con dos terapeutas al frente del grupo, que en mi caso, era un varón y yo mujer, lo que permitió compartir el sistema paciente-terapeuta en coterapia, discutir las visiones de género desde las cuales uno está parado y cómo esto podía repercutir en la familia. Por otro lado, la supervisora que nos enseñó esta modalidad de supervisión, la Mtra. Carolina Rodríguez es una persona muy preparada en muchos ámbitos, uno de ellos es el Psicodrama, y tuvimos la oportunidad de verla trabajando con

un grupo de red desde el psicodrama. Posteriormente nos animó a llevar a cabo algunas técnicas tanto del psicodrama como de terapia del arte, lo cual enriqueció mucho nuestros conocimientos y, particularmente, me animó a interesarme en nuevas visiones y a seguir ampliando mi desarrollo como terapeuta. Es importante comentar que siempre nos informo que cada área es todo un cúmulo de conocimiento y que tendríamos que profundizarlo para poder aplicarlo en nuestra práctica privada; sin embargo, existió la oportunidad de adquirir visiones nuevas que pueden ser muy redituables en nuestra práctica profesional, tanto para el terapeuta como para las familias, por el éxito de los resultados observados.

2. Incidencia en el campo psicosocial.

La incidencia en el campo psicosocial del programa de Maestría en Terapia Familiar es muy alta, dado que la mayor parte de los pacientes atendidos son dados de alta en un tiempo relativamente corto (entre 7 y 10 sesiones). A modo de ejemplo, de las 6 familias que atendí como terapeuta, 5 de ellas lograron sus objetivos terapéuticos y sólo una fue canalizada para una valoración y seguimiento psiquiátrico. En mi opinión, esto se debe al compromiso expresado por todos los actores (coordinador del programa, supervisoras, escenarios participantes, equipos terapéuticos y terapeutas) y a la forma de organización de la Maestría; implica el conocimiento teórico con los módulos de cada modelo, el que las supervisoras sean gente muy experimentada en los diferentes modelos y el que le exijan al estudiante un compromiso tanto con la familia como con el aprendizaje, dan por resultado los éxitos terapéuticos.

Por la visión familiar sistémica de esta Maestría, la cantidad de personas beneficiadas es muy alta, a modo de ejemplo, se atendieron familias donde asistían 6 integrantes por sesión o en los grupos de red se atendían 5 familias por grupo, lo que equivale a un promedio de 20 personas beneficiadas por sesión, y la constancia de la gente permite dar muy buen servicio a la población de las entidades que se atiende. Aunado a lo anterior, las temáticas abordadas son muy variadas, de hecho en la clínica del ISSSTE, la psicóloga elegía las problemáticas más complejas, que en ocasiones ya habían sido tratadas por terapeutas de la institución pero que no presentaban mejoría, y en el servicio de Terapia Familiar, superaban

sus motivos de consulta y eran dadas de alta con el cumplimiento de sus objetivos terapéuticos.

Como última anotación, menciono que el impacto social es directo en el trabajo terapeuta-familia, pero que no sólo es de esa forma en la que la Maestría incide, también lo hace a través de las investigaciones realizadas, de las conferencias impartidas, de los talleres elaborados e impartidos, de los productos tecnológicos desarrollados así como de las capacitaciones a futuros terapeutas a través de los videos y los manuales.

3. Análisis del sistema terapéutico total

El sistema terapéutico total es un sistema de mutua alimentación donde cada una de las partes aporta a las otras y donde la supervisión en vivo permite al terapeuta compartir la responsabilidad de la familia al mismo tiempo que aumenta su capacidad para observar lo que no observaría si estuviera solo.

Otro comentario sobre la intervención con las familias es que el hecho de que las profesoras entren y hagan co-terapia con el terapeuta en formación o intervengan directamente con el paciente, ofrece mucho aprendizaje porque permite ver estilos muy probados por la experiencia que te brindan guías más claras para actuar, situación que no siempre puede verse con los compañeros en formación.

El sistema de grabación de las sesiones permite analizar todas las partes que intervienen, principalmente en los escenarios donde no hay espejo bidireccional, ya que se observa el trabajo del supervisor, del equipo, del paciente y del terapeuta y eso genera una multiplicidad de visiones que amplían las posibilidades del tratamiento del caso en cuestión.

A pesar de que tantos sistemas convivan entre sí (sistema terapéutico total, sistema familia-terapeuta, sistema terapeuta-equipo, sistema supervisor-familia, sistema supervisor-terapeuta, sistema supervisor-equipo), la mayoría de las veces el terapeuta siente el respeto

hacia su propio estilo de trabajo y el beneficio de las observaciones de los otros sistemas, así como del apoyo en cuanto a recomendaciones de bibliografía que enriquecen el desarrollo del proceso terapéutico con una familia.

El equipo de supervisión para un terapeuta es una herramienta muy buena. Por un lado, permite que otras visiones vean el actuar de la familia y con ello se amplía la visión del terapeuta; asimismo, el equipo ve la persona del psicólogo y su actuar y le refleja algunas interpretaciones de sus intervenciones que pueden ayudar en mucho al terapeuta a mejorar, a identificar cuando pudiera estarse enganchando por cosas personales y a reforzar las intervenciones efectivas, entre otras cosas. Por otro lado, es también una herramienta para dar a las familias información que de manera directa podría ser muy dura o confrontante

El que te digan cómo te ven y vivenciar diferentes modelos donde el terapeuta desarrolla diversas habilidades, permite tener más visiones de si mismo y confronta con el tipo de terapeuta que se quieres ser.

Otro de los importantes aprendizajes que sólo se desarrollan con supervisión es aprender a reconocer tus debilidades por tu historia personal de vida, en donde un terapeuta experimentado, a través de verte, de escuchar tu genograma y de escuchar tu historia de vida, detecta las áreas en las que podrías ser vulnerable con los pacientes. Particularmente me tocó la experiencia de tener una familia en donde se reflejaba muy claramente una situación que para mí había resultado difícil, un divorcio con hijos adolescentes (yo viví el divorcio de mis padres en la adolescencia), la supervisora fue muy sensible y abierta para frenar mi actuar y hacerme reflexionar cuando probablemente estaba llevando directrices que respondían a mi vida y no a lo que la familia necesitaba, de hecho, fue necesario parar para sentir y soltar lo que es del terapeuta y poder trabajar con lo que es de la familia. Como es lógico, la supervisora no empezó a llevar un proceso terapéutico conmigo, pero si dio el apoyo en el momento de emergencia y sugirió que trabajara con ello en mi terapia personal. Poder tener a alguien experimentado que desde afuera ve, permite que el terapeuta en formación sea capaz de cuestionarse y trabajar consigo mismo, cuando no hay

alguien que te vea como terapeuta haces cosas que seguramente harán que la familia se vaya y no obtenga ningún apoyo ni beneficio con tu servicio.

El participar en un equipo terapéutico, ya sea como terapeuta o detrás del espejo, permite situarte en dos posiciones distintas y ver con mejor claridad en la que uno no está parado, esto fue claro con el ejercicio que una de las supervisoras nos puso, el cual consistió en dividir al equipo en dos partes y una parte del equipo tenía la tarea de encontrar qué intervenciones podían ser buenas para la familia y la otra mitad qué intervenciones podrían retrasar o frenar el trabajo terapéutico, y en la postsesión se comentaban con el terapeuta. Esto genera un crecimiento enorme, porque a la vez que el terapeuta reconoce sus avances personales y su dominio de la técnica, también puede caer en cuenta de las intervenciones que realiza que son susceptibles de mejorar y que definitivamente se ven mejor desde afuera y desde otro punto de vista.

En el trabajo con equipo se aprende de uno mismo y del otro, ya que puedes ver reflejados tus errores en el otro y puedes identificar lenguajes diferentes que son muy funcionales y que puedes adquirir para ampliar el tuyo, así como tu proyección como terapeuta, sin embargo, si no hay flexibilidad entre los miembros puede haber fracturas que afecten el trabajo clínico. Sucedió durante la práctica que un equipo se distanció, siendo cinco miembros, cuatro mantenían una relación cordial pero no así con el quinto, esto llegó a afectar el trabajo porque este integrante se sentía incómodo con el grupo, la participación y la forma de trabajo no era tan enriquecedora, pues no existían los mismos niveles de comunicación ni la misma confianza para los comentarios.



Otro aspecto interesante de analizar es cómo la modalidad del equipo reflexivo varía desde la práctica de los diferentes especialistas, aunque existe la forma original (que procede de los Modelos Posmodernos), los profesores lo van adecuando a lo que ellos manejan, resulta de mucho aprendizaje como una especialista de Milán va a manejar un equipo donde además de los elementos básicos (hablar desde el sentimiento, no mirar a las personas de frente, evitar juicios, etc.), se incluye el manejo de paradojas, o desde el modelo estratégico donde la supervisora coordina las participaciones y desde una especialista en narrativa, que en el equipo reflexivo, deja preguntas o reflexiones del lenguaje externalizante. Muy diferentes entre sí y también eficientes.

Dentro del Sistema Terapéutico Total algo que acrecenta las habilidades profesionales terapéuticas es que las profesoras nos acerquen a su saber, y una forma de acercamiento complementaria al programa fue cuando una profesora presentó casos clínicos de su práctica privada a modo de ejemplo de aplicación de un modelo, al ver las grabaciones con

la destreza y la experiencia del manejo resulta más fácil identificar las técnicas y los procesos para después aplicarlos.

En este mismo sentido, otra experiencia que enriquece las habilidades clínicas y que por supuesto redundan en beneficios directos a la familia, son las tareas que algunos profesores designan como “necesarias para cada terapeuta”; un ejemplo de esto es: si la dificultad son las metáforas, la tarea especial es traer cinco metáforas que se puedan aplicar en la familia que estás atendiendo, practicar una forma de coparticipación diferente con la familia a la comúnmente empleada, entre otras.

Una forma más en que el sistema terapéutico total se ve beneficiado es cuando las profesoras dicen a los terapeutas “¿les parece bien equipo reflexivo?”, sin estar preparado en ese momento para esa intervención y eso provocaba estar siempre listo, tanto para un mensaje de terapeuta como de equipo, significa que el terapeuta durante todas las sesiones contacta con su persona, con la familia y con la problemática que se está planteando, tiene que pensar qué podía decirle al terapeuta y qué podría decirle a la familia, en caso de ser requerido, esto se convierte en un excelente entrenamiento.

Otra área muy interesante es el sistema de supervisión, dado que permite al terapeuta individual tener la visión y el aprendizaje de profesionistas del área sistémica con mucha experiencia que se encuentran tras bambalinas compartiendo todo su saber. Es muy enriquecedor el que el terapeuta pueda confrontarse consigo mismo y con el equipo a través de las observaciones y análisis que se realizan junto con los supervisores, y ello permite un amplio crecimiento en primera instancia para el terapeuta, pero esto también repercute en las familias y en sus avances.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

Este formato educativo de supervisores y de tutores da al terapeuta en formación grandes oportunidades de crecimiento por lo mencionado anteriormente, y porque el tener un tutor que ofrece la confianza de comentar tanto los avances como las necesidades, que supervisa

de cerca los productos tecnológicos y el actuar del estudiante permite vincular todos los sistemas de aprendizaje teóricos y prácticos y de esta manera el terapeuta va adquiriendo conocimientos integrales que podrá aplicar en su desempeño posterior. Las tutorías también permiten al estudiante ubicar sus necesidades teóricas específicas, así como plantear sus análisis y sus aprendizajes particulares de la Maestría a través de los reportes semestrales.

En cuanto a los seminarios de tronco común, es necesario mencionar que la Universidad Nacional Autónoma de México fomenta en los alumnos de Maestría el insertarse en la investigación y generar conocimientos en todas las áreas y, particularmente en la Maestría de Terapia Familiar es muy interesante que sea obligación de los terapeutas no sólo saber y ejercer la terapia, sino también generar aportaciones científicas y presentarlas en los foros adecuados, dentro del marco de la Terapia Sistémica. Las asignaturas de tronco común permiten al terapeuta en formación tener herramientas alternativas para un mejor desempeño, como es el caso de “Teoría y Modelos de Intervención” y de “Medición y Evaluación”.

Un comentario muy relacionado a lo anterior, es que el terapeuta en formación está en un proceso de adquirir nuevos conocimientos para lo cual debe cumplir con las tareas que se requieren en los seminarios, pero es realmente cuando está el paciente enfrente y el supervisor le dice: “lee por aquí o por aquí” cuando se ve más comprometido a internalizar los conocimientos teóricos.

Aunado a esto, el estar con compañeros que se encuentran en el mismo proceso de aprendizaje y con los que se comparten los procesos terapéuticos de las familias, permite un conocimiento más disfrutado, disfrute que se obtiene tanto en los comentarios durante las pre y post sesiones como en los debates casuales de posibles acciones para los diferentes casos (que necesariamente implica conocimiento de los modelos). Este tipo de aprendizaje sólo es posible mediante la combinación de sistemas en un sistema terapéutico total.

La experiencia de participar en una Maestría que no sólo se enfoque al desarrollo de la investigación sino también que busque dar aplicabilidad a los nuevos conocimientos de la

ciencia, me enorgullece y me enriquece, resulta una Maestría exigente, que en momentos puede ser tanto el trabajo y el compromiso que requiere, que pudiera parecer difícil de lograr, sin embargo se logra y se logra bien, porque hasta el último momento se acompaña al terapeuta para concluir con esta meta académica, no por nada lleva tan excelente record de egresos y de titulaciones, en esta máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México.

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

La vivencia de una formación en terapia familiar permite a la persona del terapeuta revisar sus debilidades, tanto por su historia de vida como por su familia actual, ya que al tener contacto con todos los miembros de una familia, en más de una ocasión puede verse reflejado o ver reflejados a algunos de los integrantes de su propia familia, lo cual podría provocar alianzas o coaliciones que no favorecerían el desarrollo óptimo del proceso terapéutico del cliente, y entonces cuando la persona del terapeuta recibe retroalimentación de su supervisora y/o de su equipo, replantea su situación interior y la trabaja para ofrecer mejor servicio a la población atendida. De hecho, recuerdo las palabras de una de las supervisoras, la Mtra. Carolina Rodríguez, quien decía, “tus debilidades, una vez trabajadas, pueden ser tu mejor herramienta pues ya pasaste por la experiencia y eso te ayudará a entender mejor al otro” (comunicación personal, 7 de junio de 2005).

Desarrollas habilidades de tolerancia, aprendes a entender el actuar del otro, aunque no estés de acuerdo; por ejemplo, a veces uno piensa “pero porqué hace eso”, “le dijo algo muy importante”, y en lugar de interrumpir, debes esperar y entender otra lógica que probablemente no se te había ocurrido y que al final te hace aprender más.

Hubo la oportunidad de trabajar sin supervisoras, solos con equipo en los seguimientos y esto te hace comprometerte mucho más con el paciente y con tu compañero y te hace sentir que esa familia es también responsabilidad tuya, lo cual se vuelve muy positivo en tanto

que todos los participantes del equipo dedican su esfuerzo a buscar y desarrollar las mejores estrategias para el caso.

El conocer y ejercer la terapia familiar convierte al terapeuta en un profesionalista de la salud con mayores elementos para responder a las necesidades sociales, el trabajar con interacciones y visión sistémica es una oportunidad para superar la eficacia en los resultados a diferencia de si se trabaja sólo con una persona o con una visión lineal. En muchas ocasiones el paciente intenta modificar sus hábitos o sus interacciones, pero los avances son mucho más lentos que cuando va la familia y escucha las diferentes visiones de los miembros así como su disposición para el movimiento familiar, esto motiva y acelera los beneficios.

Por último, la terapia familiar es un área de gran auge laboral, dado que las familias y las personas buscan espacios donde poder trabajar en conjunto y resolver sus conflictos de relaciones (por supuesto también podrían hacerlo en la práctica individual, pero el trabajo con la familia les permite escuchar las visiones de los otros y esto acelera los procesos), aunado a que es muy útil para el trabajo con los niños, donde muchas veces las conductas problemáticas son el resultado de una necesidad de estabilizar al sistema familiar o de llevarlo a crisis, por supuesto para algún fin homeostático.

BIBLIOGRAFÍA

Ackerman, N. (1958). *Diagnosis and treatment of family relationship*. New York: Basic Books

Águila M. (1987), La adaptación de las mujeres al divorcio. *Tesis de Maestría en Psicología Clínica*. México. UNAM.

Ámela, V. (2003, 5 de mayo). La felicidad es siempre posible. *La vanguardia*. p. 20

Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa

Andersen, T. (1995). Reflexionando sobre la reflexión con familias. En: S. McNamee y K. Gergen. (Eds.) *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós. P. 77-92.

Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A necessary unit*. Nueva York: Dutton.

Beltrán L. (2004) El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 197-222

Berger M. Milton (1978). *Más allá del doble vínculo*. México: Paidós

Bienenfeld F. (1997). *Cómo ayudar a los hijos de padres divorciados*. México: Selector.

Boss P. (1999) *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona. Edit. Gedisa

Boscolo, L. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós

Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, S. (1985). *Terapia Familiar Intensiva*. México: Trillas

Brody, G. y Forehand R. (1988) Multiple Determinants of Parenting; Research findings and implications for the divorce process. En. Hetherington E., Arasteh J. (comps.) *Impact of Divorce, Single Parenting and Stepparenting on Children*. New Jersey , Lawrence Erlbaum.

Brugmann, A., Castaño, D., Cicero, M., Colotla, V., Esponosa, A., Gallegos, X. (1984) *Código Ético del Psicólogo*. México Trillas.

Cade, B. y Hudson, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. México: Paidós

Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z. y Giaconia, R. M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 251-272.

Castro, M. y Margain M., (2003) *Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: Un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida*. México: Cuadernos de Prevención del Instituto Nacional para la Prevención de Riesgos, A.C.

- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad. Una invitación a la curiosidad. *Revista Sistemas Familiares*.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Corsi, J. (2003) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. México: Paidós.
- Cyrulnik, B. (2002) *Los Patitos Feos, La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Desatnik, O. (2004) El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 49-79
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1992). *Pautas para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Duhl, B. S.& Duhl, F.J. (1976). Integrative Family Therapy. En: A. Goorman y Kristen (Eds.). *Hand Book of Family Therapy*.
- Dumont, M. y Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth an Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Efran, J.S., Lukens, M.D. & Lukens, R.J. (1994). *Lenguaje, estructura y cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Efran, J.S. y Libretto, S. (1997). La psicoterapia en la encrucijada: ¿qué puede aportar el constructivismo? En: M. Pakman (comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. II. Barcelona: Gedisa, p. 63-86.
- Eguiluz, L. (1997). El sentimiento amoroso desde la visión de Humberto Maturana. *Psicología Iberoamericana*. 5 (3), 70-72.
- Eguiluz,. L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM-UAT.
- Eguiluz, L. (2004) La terapia familiar sistémica en México en *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 225-259
- Ehrensaft, E. y Tousignant, M. (2001) Ecología humana y social de la resiliencia. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 159-173) Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas no me ames*. Buenos Aires: Gedisa.

Espinosa, R. (2004) El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 116-137

Fernández, E. y Godoy C. (2002) *El niño ante el divorcio*. Madrid, España: Pirámide

Fish, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

Fishman, H.Ch. y Rosman, B.L.(Comps) (1990). *El Cambio Familiar: Desarrollo de Modelos*. Barcelona: Gedisa.

Foerster, Von. H. (1990). Construyendo una realidad. En: P. Watzlawick (comp.) *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa. P. 38-56.

Foerster, Von. H. (1997). Reflexiones cibernéticas. En: H. R. Fischer, A. Retzer y J. Schweizer. (Comps.) *El final de los grandes proyectos*. Barcelona: Gedisa. P. 128-135.

Franco-Tarragó, O. (1996) *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética*. Bilbao. Desclée De Brower .

Freedman, J. & Comos, G. (1996). *Narrative*. New York: Norton.

Frías D., Mestre V., Barrio, V. García-Ros R., (1992) Estructura Familiar y Depresión Infantil en *Anuario de Psicología No.* 52, p.121-131. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

Fox, V. (2001) *Plan de desarrollo Nacional 2001-2006*, Obtenido el 28 de julio de 2005 desde <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=40#top>.

Galicia, X. (2004) Terapia Estratégica. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 81-112

García, R. (2004), Reporte de Experiencia Profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México: UNAM.

Gergen, K. (1992). *El Yo saturado; dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En: M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I. Barcelona: Gedisa. P. 139- 182.

Gergen, K., Hoffman, L. & Anderson, H. (1996). Is diagnosis a disaster?: A constructio-nist trialogue. En: I. Kaslow (De.) *Relational diagnosis*. Wiley. URL <http://www.swarthmore.edu/kgergen1/recent.html>

Glaserfeld, Von. E. (1988). Introducción al constructivismo radical. En: P. Watzlawick (comp.) *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa. P. 20-37.

- Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En: M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa, p.23-49
- Gobierno del D.F., Secretaría de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social (1997) *Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y reglamento*. México: autor
- Gobierno del D.F., Secretaría de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social (2002) *Campaña "Amor es sin violencia" para la prevención de noviazgos violentos. Manual de Capacitación*. México: autor
- Goolishian, H. & Anderson, H. (1992). Strategic and intervention versus nonintervention: a matter or theory. *Journal of marital and family therapy*, 18, 5-15.
- Goldrick, M. (1985). *Genogramas*. Barcelona: Gedisa.
- Guerin, P. (1976). *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Amorrortu..
- Haley, J. (1993). Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En: M. Berger. (Ed.) *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.
- Hay, L. (1991). *Tú puedes sanar tu vida*. México: Diana
- Heims, S. (1975). "Encounter of behavioral sciences with new machine-organism analogies in the 1940's". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 11, 368-373.
- Heims, S. (1991). *The cybernetics group*. USA: MIT Press
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista., P. (1999). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Hoffman, L. (1991). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee y K. Gergen. *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1992). Constructing Therapeutic Possibilities. en McNamee S. *Therapy as a Social Construction*. London: Sage.
- Ibáñez, T. (1993). Psicología social y la retórica de la verdad. *Revista de cultura psicológica*. 2(1), 50.59

Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1990). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa

INEGI (1998). *La familia mexicana*. México: autor

INEGI (2000). *Mujeres y hombres de México*. México: autor

Jackson, D. (Ed.) (1968). *Therapy, communication and change*. Palo Alto: Science & Behavior books.

Jackson, D. (1977). El problema de la homeostasis familiar. En: D. Jackson (Ed.) *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Keeney, B. y Ross, J. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kerlinger, F. (1999). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw-Hill.

Kotliarenco M., Cáceres I., y Fontecilla M. (1996). *Estado del Arte en Resiliencia*, Washington: OPS

Liberman, R. P., Wheeler E. G., Louis A.J.M. de Visser, Kuehnel, J. y Kuhnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Barcelona: Desclée de Brouwer.

Limón, G. (2005) *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa, y construcción social*. México: Pax

Limón, G. (en prensa). Del constructivismo al construccionismo; una nueva analogía para la terapia familiar. *Psicología y Ciencia Social*.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.

Lipset, D. (1991). *Gregory Bateson: El legado de un hombre de ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.

Madanes. C. (1990). *Terapia familiar estratégica*. Argentina: Amorrortu.

Masías, C. (2001). *Resiliencia y programas preventivos*. Perú: Universidad Cayetano Heredia.

Mastache, C. y Limón, G. (1997). La transición construccionista en la terapia familiar. *Psicología y Ciencia Social*. 1 (2), 44-54.

- Maturana, H. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Maturana, H. (1995a). *La realidad ¿objetiva o construida? I. Fundamentos biológicos de la realidad*. Barcelona: Anthropos/Iberoamericana
- Maturana, H. (1995b). *La teoría biológica del conocimiento*. Taller impartido en la BUAP. México.
- Maturana, H. (1996a). *La realidad ¿objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento*. Barcelona: Anthropos/Iberoamericana
- Maturana, H. (1997). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I. P. 51-138
- McNamee, S. y Gergen, K. (1995). (Eds.) *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. (1988). Family Therapy Development: A Parable. En C. Falicov et al (Eds) *Family Transitions*. New York: Basic Books.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F., y Grotberg, E. (1998) *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia*. U.S.A.: Organización Mundial de la Salud.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Papp, P. (1983). *El proceso de cambio*. México: Paidós.
- Pakman, M. (Ed.) (1991). *Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Pakman, M. (1996). Introducción. En: M. Pakman (comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa. P. 17-21.
- Pakman, M. (1997). La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodología para la acción. En : M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. II. Barcelona : Gedisa. P. 245-262.

- Parke, R. (1986) *El papel del padre*. Madrid. Ed. Morata
- Penn, P. (1982) Circular Questioning. *Family Process*, 21: 267-280.
- Penn, P. (1985) Feed-Forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24 (3): 299-310.
- Pérez, L. (2004) Reporte de Experiencia Profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, UNAM.
- Piercy, F. y Sprenkle, D. (1986). *Family Therapy Sourcebook*. New York: Guilford Press.
- Rage (1997) *Ciclo Vital de la Pareja y la Familia*. México. Edit. Plaza y Valdés.
- Robles, R. (2000). *Declaraciones al periódico reforma*. Agosto.
- Rodríguez M., Pellicer G. y Domínguez, E. M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, C. (2004) La escuela de Milán. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 161-195
- Rodríguez, L. (2003). *Como ayudar a los hijos de padres divorciados*. México: Aguilar.
- Rosenberg, M. (1999) *Comunicación No Violenta*. Barcelona: Urbano
- Sanz L. (1994) "El proceso del divorcio en los dos primeros años" Urdaneta, Y. (comp.) *Los hijos del divorcio*. Caracas, Venezuela: Disinlimed, C.A.
- Satir, V. (1995). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax.
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1992). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978) Hypothesizing, circularity and neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), 3- 12
- Selvini, M., Boscolo L., Cecchin G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja, Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Siliceo V y Uribe L. (1994) El divorcio y la Terapia Familiar Sistémica: Enfoque de abordaje en una pareja que atraviesa por un periodo de divorcio. *Psicología Iberoamericana* Vol. 2, NO. 3. p. 105-125
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Shotter, J. (1996). El lenguaje y la construcción de sí mismo. En: M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I. Barcelona: Gedisa. P. 213-226.

Theis, A. (2001) La resiliencia en la literatura científica. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (45-57) Barcelona: Gedisa.

Tomm, K. (1984). One perspective of the Milán systemic approach: Overview of the development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy* 10, 113-125.

Tomm, K. (1984). One perspective of the Milán systemic approach: part II. Description of sessions format interviewing style and interventions. Overview of the development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy* 10 (3), 253-271.

Ulloa, O. P. (1997). Salud y seguridad social, controversias de la reforma. *Revista del Senado de la República*, 3(9), 195-225.

Urdaneta, Y. (1994) *Los hijos del divorcio*. Caracas, Venezuela: Disinlimed, C.A.

Vanistendael S. (2001). La resiliencia en lo cotidiano. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (227-238) Barcelona: Gedisa,

Vanistendael, S. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos. Construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Varela, F. (1989). Reflections on the circulation of concepts between a biology of cognition and systemic family therapy. *Family Process*, 28 , 15-24.

Vargas, P. (1995). *Naturaleza/hombre, una aproximación desde el pensamiento Batesoniano-no de una posible ética de relación*. México: UAM Iztapalapa (inédito)

Vázquez J., (1999). *Dios mío hazme viuda por favor. El desafío de ser tú misma*. México: Panorama.

Wallerstein, J., Corbin S., Lewis, H. (1988) Children of Divorce: A 10 year study. En. Hetherington E.. Arasteh J. (comps) *Impact of Divorce, Single Parenting and Stepparenting on Children*. New Jersey , Lawrence Erlbaum

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.

Watzlawick, P. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (1976). *La Realidad Inventada*. Barcelona: Paidós.

Watzlawick, P; Weakland, J. H.; y, Fish, R. (1995). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Watzlawick P. (1995). *El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Barcelona: Herder

Weakland, J. Fisch, R. Watzlawick P. y Bodin A. (1974). "Brief Therapy: Focused Problem Resolution", *Family Process*, 13, 141-168

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

White, M. y Epston D. (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.

White, M. (1995). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1989). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Australia: Gedisa.

Wilson, S. R. (1985) Risk and resilience in early mental development. *Developmental Psychology*. 21(5), 796-805