



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:  
M A E S T R Í A E N P S I C O L O G Í A  
P R E S E N T A:  
V I C T O R I A E L V I R A C U E N C A M O R E N O**

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

REVISORA:  
TITULAR: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SANPEDRO  
TITULAR: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO  
TITULAR: MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ  
SUPLENTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA  
SUPLENTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY



ENERO DEL 2006.



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.

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por permitirme cumplir uno más de mis sueños.*

*A mi mamá, por creer en mí y por amarme desinteresadamente.*

*A Paco, por caminar junto a mí y llenar mi vida de alegría y amor.*

*A mis familiares y amigos, por brindarme su apoyo, confianza y cariño.*

*A Paty, Lili y Arturo por su compromiso y amistad.*

*A las profesoras que integran mi jurado por ser un gran ejemplo de profesionalismo y dedicación; especialmente a Lulú y Xóchitl por sus valiosas aportaciones a este reporte.*

*A Caro (Rodríguez), por sus enseñanzas, su cariño y su gran calidad humana.*

*A la familia R., por su sensibilidad, fortaleza y entusiasmo para vivir a pesar de la adversidad.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme nuevamente sus puertas y brindarme un espacio de formación profesional de alta calidad.*

# ÍNDICE



## PRIMERA PARTE INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

- |   |    |
|---|----|
| <b>1.1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:</b>   |    |
| 1.1.1. Características del campo psicosocial.   | 1  |
| 1.1.2. Principales problemas que presentan las familias.  | 5  |
| 1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.   | 10 |
| <b>1.2. Caracterización de las entidades y escenarios donde se realiza el trabajo clínico:</b>  |    |
| 1.2.1. Descripción de los escenarios clínicos.  | 13 |
| 1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios clínicos (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.). | 16 |
| 1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos.   | 19 |

## SEGUNDA PARTE MARCO TEÓRICO

- |  |    |
|--|----|
| <b>2.1. Análisis del marco teórico epistemológico:</b> |    |
| 2.1.1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica.   | 23 |
| 2.1.2. Modelo de terapia estructural.                  | 31 |
| 2.1.3. Modelo de terapia estratégica.                  | 35 |
| 2.1.4. Modelo de terapia breve del MRI.                | 39 |

2.1.5.	Modelo de terapia breve centrado en soluciones.	42
2.1.6.	Modelo de terapia del grupo de Milán.	48
2.1.7.	Fundamentos de las terapias posmodernas.	54
2.1.8.	Modelo de terapia narrativa.	59
2.1.9.	Modelo de terapia basado en equipos de reflexión.	61
2.1.10.	Enfoque colaborativo.	63

### TERCERA PARTE

#### DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

##### 3.1. Habilidades clínicas terapéuticas.

3.1.1.	Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con familias.	67
3.1.2.	Análisis del sistema terapéutico total	106

##### 3.2. Habilidades de investigación.

3.2.1.	Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cuantitativa.	114
3.2.2.	Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cualitativa.	120

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

3.3.1.	Elaboración de productos tecnológicos.	125
3.3.2.	Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.	128
3.3.3.	Presentación de trabajos en foros académicos.	134

##### 3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional.

3.4.1.	Consideraciones éticas.	135
--------	-------------------------	-----

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

**4.1. Proceso de elaboración del duelo.**

4.1.1. Concepto de duelo.	144
4.1.2. Reacciones habituales después de la muerte de un ser querido.	147
4.1.3. La muerte de un hijo y su impacto en la pareja y en los hermanos.	153
4.1.4. Abordaje terapéutico.	157
4.1.5. Grupos de autoayuda.	161
4.1.6. Apoyo de familiares y amigos.	162
4.1.7. Presentación del caso clínico.	163
4.1.8. Reflexión sobre el trabajo clínico realizado con una familia en situación de duelo.	169
Consideraciones finales	177
Referencias bibliográficas	185
Anexos	192



**PRIMERA PARTE**

**INTRODUCCIÓN  
Y  
JUSTIFICACIÓN**

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

### 1.1.1. Características del campo psicosocial.

En los últimos cincuenta años, México ha experimentado un profundo cambio demográfico. Por un lado, la población pasó de altos niveles de mortalidad y fecundidad a bajos niveles en ambos fenómenos y, por el otro, alteró sus patrones migratorios. Como consecuencia de lo anterior, la población ha tenido modificaciones importantes en su tamaño y composición, entre las que destacan: su notable crecimiento, el paulatino envejecimiento de la estructura por edad y la redistribución territorial de los residentes del país (INEGI, 2005).

De acuerdo con las cifras censales, en las últimas cinco décadas el número de habitantes en México se incrementó 3.8 veces, al pasar de 25.8 a 97.5 millones. Este aumento de la población no se ha dado con la misma intensidad a lo largo del periodo; mientras que el número de habitantes registrado en 1950 se duplicó en un lapso de poco más de veinte años, el volumen de 1970 (48.2 millones) lo hizo en alrededor de tres décadas. Durante el periodo 1960-1970 la velocidad de crecimiento de la población alcanzó una tasa media anual de 3.4%, que es el nivel de crecimiento más alto registrado en el país. En los siguientes veinte años el incremento medio anual fue de 2.6% y en la última década fue de 1.8 por ciento (INEGI, op. cit.).

En cuanto a la estructura por edad de la población se observa un menor peso relativo de los grupos de edad más jóvenes y una mayor participación de personas en edades avanzadas. Es decir, la población en edad preescolar y escolar ha disminuido notablemente, mientras que la de adultos mayores (65 años y más) se ha incrementado y representa alrededor de 5% de la población total, registrando una tasa de crecimiento insólita en la historia demográfica de México (de más de 3.7% anual) y podría alcanzar ritmos cercanos a 4.6% entre 2020 y 2030, lo que implica que en tan sólo 15 años se duplicará el tamaño inicial de esta población. Como consecuencia, si hoy uno de cada



veinte mexicanos está en ese grupo de edad, en 2030 serán uno de cada ocho, con el correspondiente impacto social y económico (INEGI, op. cit).

En el Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006), se señala que en México persisten la economía informal, el subempleo y la pobreza; también rezagos en alimentación, educación, servicios de salud, vivienda e infraestructura. En este mismo sentido, Moctezuma y Desatnik (2001) considera que nuestro país enfrenta principalmente tres grandes problemas que tienen que ver con la pobreza, la salud y la educación. Estos grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia a la mujer y violencia familiar, etc.

Específicamente haciendo referencia al ámbito de la salud, es alarmante conocer el número de casos nuevos registrados de VIH-SIDA entre 1983 y 2003, tal como puede observarse en la siguiente tabla (INEGI, op. cit.). Y aun cuando los servicios de salud aumentan, es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades de salud y los recursos humanos y materiales disponibles para hacerles frente.

**Indicadores seleccionados de casos nuevos de SIDA por año de diagnóstico, 1983-2003**

Año	Casos nuevos	Tasa de incidencia	Razón de masculinidad	Porcentaje de casos en mujeres
1983	62	0.8	61	1.6
1990	3 719	44.4	6	13.9
1993	4 306	48.5	6	14.7
1996	5 311	56.8	5	15.5
1999 <sup>a</sup>	7 036	NA	ND	ND
2000	5 723	NA	ND	ND
2001	3 476	NA	ND	ND
2002	2 294	NA	ND	ND
2003	324	NA	ND	ND
1983-2003	69 795	NA	ND	ND
<sup>a</sup> Tasa por 1 000 000 habitantes. De 1999 a 2003 no aplica porque el registro se considera afectado por el retraso en la notificación de los casos, además del subregistro, lo que imposibilita calcular la tasa.				
<sup>b</sup> A partir de esta fecha, las cifras corresponden al 30 de junio de 2003.				
NA No aplicable.				
ND No disponible.				
FUENTE: INEGI. <i>Mujeres y Hombres en México</i> , 2005. Aguascalientes, Ags. México, 2005.				

| Definiciones | Siglas |

Fecha de actualización: Domingo, 15 de Junio de 2003

Otro de los problemas serios que nuestro país enfrenta en materia de salud, se refiere al aumento en el consumo de drogas en la población. Esta situación se ha agudizado en los últimos tiempos debido a que la edad de inicio para su consumo ha disminuido notablemente y también porque el tipo de sustancias que se ingieren cada vez son más tóxicas y adictivas. La siguiente tabla muestra el consumo por tipo de droga entre la población de 12 a 65 años de edad (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998).

Consumo por tipo de droga alguna vez, último año y último mes.  
Población urbana de 12 a 65 años de edad

<b>Tipo de droga</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>Último año</b>	<b>Último mes</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Marihuana	<b>4.70</b>	<b>1.03</b>	<b>0.70</b>
Cocaína	<b>1.45</b>	<b>0.45</b>	<b>0.21</b>
Inhalables	<b>0.80</b>	<b>0.15</b>	<b>0.09</b>
Alucinógenos	<b>0.36</b>	<b>0.03</b>	–
Heroína	<b>0.09</b>	<b>0.02</b>	–
Cualquier droga ilegal	<b>5.27</b>	<b>1.23</b>	<b>0.83</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Por otro lado, a partir de la década de los ochenta, los incrementos anuales de la población en edad laboral alcanzaron sus niveles más elevados (de 1.3 a 1.4 millones de personas) durante los periodos más críticos de contracción económica, con el consiguiente aumento del empleo informal y del desempleo. En este contexto, la pobreza creció de manera significativa y continuaron arrastrándose graves rezagos e insuficiencias en materia de desarrollo social, que hoy día se reflejan en el hecho de que más de una de cada dos personas ocupadas (53.9%) recibe ingresos de dos salarios mínimos o menos; alrededor de una de cada cuatro personas de 15 años o más (28.5%) carece de escolaridad o no terminó la primaria; una de cada siete (14.8%) reside en vivienda con piso de tierra, y algo más de una de cada diez (11.2%) no cuenta en su casa con servicio de agua entubada (Plan Nacional de Desarrollo, op. cit.).

De acuerdo con el INEGI (op. cit.), la educación que se imparte a los hombres y a las mujeres dentro del Sistema Educativo Nacional les permite obtener los conocimientos, las habilidades y las aptitudes requeridos para su desarrollo individual, familiar y social. En el

aspecto laboral, una mayor educación se vincula con el incremento de expectativas personales de proyección en el trabajo, contribuyendo más eficientemente al progreso social y económico del país. Según las cifras censales, se han presentado avances importantes en materia de educación, ya que el número de personas sin instrucción ha disminuido notablemente y, paulatinamente, la población va teniendo mayor acceso a niveles educativos más elevados. Sin embargo, aún es preciso cuidar aspectos como la calidad de la enseñanza, el rezago escolar, la deserción y la eficiencia terminal.

**Indicadores seleccionados sobre nivel de escolaridad, promedio de escolaridad, aptitud para leer y escribir y alfabetismo, 1960-2000**

Indicador	1960	1970	1990	2000
Población de 15 y más años	19 471 022	25 938 558	50 103 141	64 896 439
Sin instrucción	40.1	31.6	13.7	10.3
Primaria incompleta	40.3	38.9	23.2	18.1
Primaria completa	12.0	16.8	19.7	19.4
Secundaria incompleta	2.4	3.4	6.3	5.3
Secundaria completa	2.1	3.0	14.0	19.1
Media superior	2.1	3.9	14.6	16.8
Superior	1.0	2.4	8.5	11.0
Hombres	9 538 527	12 708 253	24 165 024	31 077 499
Sin instrucción	35.9	28.1	11.7	8.8
Primaria incompleta	43.2	40.5	23.1	17.8
Primaria completa	12.3	15.6	19.3	18.5
Secundaria incompleta	2.6	4.5	7.0	6.1
Secundaria completa	2.0	3.6	14.5	19.8
Media superior	2.4	4.1	14.1	16.3
Superior	1.6	3.6	10.3	12.7
Mujeres	9 932 495	13 230 305	25 938 117	33 818 940
Sin instrucción	43.9	35.0	15.6	11.7
Primaria incompleta	37.3	37.2	23.5	18.5
Primaria completa	11.8	18.0	20.0	20.1
Secundaria incompleta	2.3	2.4	5.6	4.6
Secundaria completa	2.3	2.5	13.5	18.4
Media superior	1.9	3.7	15.1	17.3
Superior	0.5	1.2	6.7	9.4

ND No disponible.

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

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

DGE. *IX Censo General de Población, 1970*. Base de datos de la muestra censal.

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

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

| [Definiciones](#) | [Siglas](#) | [Metodologías](#) |

Fecha de actualización: Lunes, 09 de Junio de 2003

### **1.1.2. Principales problemas que presentan las familias.**

De acuerdo con el INEGI (1998; citado en: Nieto,2002), la familia constituye un objeto de estudio, a la vez que presenta una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos. En la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.

Actualmente, las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual está relacionado con la transformación demográfica y con las modificaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad.

La situación económica general ha provocado que muchas familias estén adoptando estrategias tendientes a reducir o mitigar el impacto del desempleo y de los bajos salarios. Estas estrategias de adaptación involucran tanto a la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias emparentadas, más allá de los muros de la vivienda. De hecho, se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema del jefe como proveedor único, está cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar (Moctezuma y Desatnik, op. cit.). Estas transformaciones se manifiestan en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales.

Por otro lado, la violencia doméstica que afecta a niños y mujeres constituye uno de los grandes problemas actuales que preocupa a diferentes profesionales de la salud. La

violencia familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo, en donde se manifiesta en el bajo rendimiento o la deserción escolar y en el tiempo de trabajo perdido. La violencia que se ejerce contra las mujeres no distingue grupos socioeconómicos, edad, regiones geográficas o niveles educativos.

De acuerdo con Moctezuma y Desatnik (op. cit.), uno de los aspectos más notables de la violencia ejercida sobre la mujer es que en gran parte se da en su entorno más cercano, el hogar, y proviene de su pareja conyugal. Los actos violentos a los que recurren con mayor frecuencia los hombres contra las mujeres son los golpes, las amenazas, la agresión verbal, el encierro doméstico, las prohibiciones, el ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a las amenazas de muerte y a los homicidios.

**Mujeres y porcentaje de mujeres con al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por nivel de instrucción, 2003**

Nivel de instrucción	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
Total	19 471 972	9 064 458	46.6
Sin instrucción	2 182 046	828 622	38.0
Con primaria incompleta	3 985 014	1 847 390	46.4
Primaria completa y secundaria incompleta	5 014 192	2 427 524	48.4
Secundaria completa	3 214 961	1 678 247	52.2
Algún año en media superior	2 770 216	1 347 669	48.7
Algún año en superior	1 669 738	650 691	39.0
No especificado	635 805	284 315	44.7

NOTA: Se refiere a las mujeres de 15 y más años con pareja residente en el hogar.  
 FUENTE: INEGI. *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003*. Aguascalientes, Ags., México, 2004.

| [Definiciones](#) | [Siglas](#) | [Metodologías](#) |

Fecha de actualización: Miércoles, 01 de Diciembre de 2004

Según los datos obtenidos a través del INEGI (op. cit.), en lo que respecta a la violencia infantil, podemos observar en la siguiente tabla que los tipos de maltrato más frecuentes hacia los niños son el físico, el emocional y la omisión de cuidados, aunque no debemos

olvidar que en la mayoría de los casos no se presentan en forma aislada. También es preciso, señalar que no puede saberse con exactitud la cifra de niños maltratados puesto que muchos casos no se denuncian, además de que algunas clases de violencia infantil son muy difíciles de precisar e identificar porque no dejan huellas visibles en las víctimas, tal es el caso del maltrato emocional, la negligencia o de algunos tipos de abuso sexual.

**Porcentaje de menores atendidos por maltrato infantil, por tipo de maltrato, 2001-2003**

Tipo de maltrato	2001 <sup>a</sup> <sup>b</sup>	2002 <sup>a</sup> <sup>b</sup>	2003 <sup>a</sup> <sup>b</sup>
Físico	27.5	31.2	28.6
Abuso sexual	4.1	4.7	4.6
Abandono	6.4	6.5	9.2
Emocional	20.7	20.4	26.7
Omisión de cuidados	26.6	23.4	25.2
Explotación sexual comercial	0.1	0.3	0.2
Negligencia	10.0	13.4	7.6
Explotación laboral	1.2	1.1	0.9
<sup>a</sup>	La suma de los diferentes tipos de maltrato en este año es inferior al cien por ciento, ya que no se logró especificar el tipo de maltrato de algunos niños.		
<sup>b</sup>	La suma de los diferentes tipos de maltrato en este año es superior al cien por ciento, porque un menor puede sufrir más de un tipo de maltrato.		
<sup>c</sup>	Cifras preliminares.		
FUENTE: DIF. Dirección de Asistencia Jurídica.			

| Definiciones | Siglas | Ligas a fuentes |

Fecha de actualización: Miércoles, 03 de Marzo de 2004

Al mismo tiempo, cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. Las disoluciones y en especial la separación voluntaria de los cónyuges originan variados y complejos patrones de organización y reproducción familiar que tienen su expresión en una diversidad de arreglos domésticos. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo con el INEGI (op. cit.), las separaciones y los divorcios son más frecuentes en los últimos años y hay más mujeres que hombres en esta situación, lo que en parte se explica por la mayor tendencia de los varones a contraer segundas o posteriores nupcias.

**Población por sexo y estado conyugal, 1950-2000**

Sexo	Estado conyugal	1950	1960	1970	1990	2000
Total		15 057 867	22 042 801	29 697 303	55 913 847	69 235 053
	Solteros	4 194 120	8 274 032	12 012 444	22 691 676	25 665 924
	Casados	7 191 928	9 837 778	13 479 542	25 585 392	30 808 375
	Unidos	1 795 167	1 852 184	2 427 232	4 124 512	7 103 366
	Separados	ND	ND	407 111	679 817	1 799 035
	Divorciados	67 810	119 045	135 762	406 777	687 444
	Viudos	1 109 168	1 322 979	1 235 212	2 034 337	2 992 514
Hombres		6 957 591	10 852 867	14 625 590	27 084 182	33 271 132
	Solteros	2 069 432	4 435 383	6 464 267	11 754 855	13 239 762
	Casados	3 524 162	4 866 796	6 590 367	12 481 960	15 170 879
	Unidos	850 689	880 507	1 161 989	1 960 002	3 461 466
	Separados	ND	ND	103 407	162 515	468 175
	Divorciados	19 847	38 190	44 596	110 563	209 540
	Viudos	250 622	320 426	260 964	414 532	627 762
Mujeres		8 100 276	11 189 934	15 071 713	28 829 665	35 963 921
	Solteras	2 124 688	3 838 649	5 548 177	10 936 821	12 426 162
	Casadas	3 667 766	4 970 980	6 889 175	13 103 432	15 637 496
	Unidas	944 478	971 677	1 265 243	2 164 510	3 641 900
	Separadas	ND	ND	303 704	517 302	1 330 860
	Divorciadas	47 963	80 855	91 166	296 214	477 904
	Viudas	858 546	1 002 553	974 248	1 619 805	2 364 752
NOTA:	El total de población incluye a la que no especificó su estado conyugal; el Censo de 1970 no presenta el concepto <i>No especificado</i> . Para 1950 las cifras se refieren a hombres de 16 y más años y mujeres de 14 y más años; para 1960 a 2000 a hombres y mujeres de 12 y más años.					
ND	No disponible.					
FUENTE:	DGE. <i>VII Censo General de Población, 1950</i> . México, D.F., 1953.					
	DGE. <i>VIII Censo General de Población, 1960</i> . México, D.F., 1962.					
	DGE. <i>IX Censo General de Población, 1970</i> . México, D.F., 1972.					
	INEGI. <i>XI Censo General de Población y Vivienda, 1990</i> . Aguascalientes, Ags., 1992.					
	INEGI. <i>XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos</i> . Aguascalientes, Ags., 2001.					

| Definiciones | Siglas | Metodologías |

Fecha de actualización: Miércoles, 11 de Junio de 2003

Por otra parte, las estadísticas del INEGI (op. cit.) muestran que entre las causas de los suicidios se encuentran principalmente aspectos relacionados con conflictos familiares y amorosos, enfermedades graves, incurables y mentales. Y aunque estos son los principales motivos para desencadenar esta situación es preciso considerar también la presencia de aspectos socioeconómicos como un elemento relevante en esta problemática, debido a que la situación económica demanda que los individuos se vean en la necesidad de buscar fuentes de recursos económicos y al enfrentarse con una realidad difícil, desigual y competitiva pueden tener una repercusión en sus estados emocionales, generándoles ansiedad, depresión, tensiones familiares, etc.

**Suicidios registrados según causa, 1990-2004**

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave e incurable	Enfermedad mental <sup>a</sup>	Remordimiento	Se ignora	Otras causas
1990 <sup>b</sup>	1 405	87	31	128	100	60	20	63	916
1991	1 826	148	69	122	126	218	18	972	153
1992	1 955	106	55	133	109	359	27	1 003	163
1993	2 022	110	77	198	95	306	17	1 035	184
1994	2 215	132	86	183	137	78	28	1 227	344
1995	2 428	156	126	238	171	122	40	1 407	168
1996 <sup>c</sup>	2 233	170	89	239	144	103	31	1 288	169
1997 <sup>c</sup>	2 459	165	100	247	155	119	31	1 466	176
1998 <sup>c</sup>	2 414	181	94	258	131	94	39	1 428	189
1999 <sup>c</sup>	2 531	195	67	281	143	134	48	1 472	191
2000	2 736	221	90	291	187	110	49	1 569	219
2001	3 089	237	87	275	197	142	32	1 771	348
2002	3 160	239	112	331	158	119	31	1 831	339
2003	3 327	246	110	301	170	140	42	2 037	281
2004	3 324	230	94	280	172	141	33	2 087	287

<sup>a</sup> Hasta 2003 se refiere a Enajenación mental.

<sup>b</sup> Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal, Guerrero y Campeche.

<sup>c</sup> Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.

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

| Definiciones | Siglas | Metodologías |

Fecha de actualización: Miércoles, 29 de Junio de 2005

De acuerdo con Moctezuma y Desatnik (op. cit.) la preocupación nacional e internacional por las diversas situaciones mencionadas refleja implicaciones sociales y políticas, que focalizan a la institución familiar como un asunto de interés público, lo que ha conducido, en la última década, 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).



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

En la solución de dichos problemas y los derivados de éstos, se requiere de la intervención de diversas disciplinas, incidiendo cada una de ellas en la dimensión que define su propio campo disciplinar. En el caso particular de la psicología, es inminente la necesidad de la formación de personal altamente capacitado que haga frente a la problemática demandada por la población. Es necesario formar psicólogos competentes, capaces de delimitar y detectar las variables asociadas a problemas psicológicos específicos y proponer alternativas de solución efectivas.

Una de las funciones más importantes de la Universidad Nacional Autónoma de México es la formación de profesionales capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana y que se reflejan en muy diversas áreas, entre ellas la Salud Mental, pues la situación social, política y económica del país puede disparar situaciones de estrés, agresión, violencia, alcoholismo, desintegración familiar, etc. Es por ello que la residencia de Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología (UNAM), surge para dar respuesta a la necesidad de adecuar los conocimientos obtenidos por los profesionales de la psicología ante las problemáticas sociales, tomando en cuenta el contexto nacional, caracterizado por “transformaciones políticas y sociales que conlleva la modernización del país y su inserción en un mundo globalizado” (Nieto, op. cit., p. 2-3). Esta residencia se imparte en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; se propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Una de sus características peculiares es que promueve el desarrollo de habilidades clínicas en el contexto de la práctica clínica supervisada y bajo la modalidad del trabajo en equipo con casos reales.

La terapia familiar proviene de diversas teorías que abarcan distintos campos del saber: la cibernética, la antropología, la lingüística, los sistemas, la lógica matemática, la comunicación, avalados todos ellos por una nueva fuerza en la psicología 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 familia (Eguiluz, 2001).

La terapia familiar, con su visión integradora, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia y sociedad), tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional, religioso, cultural, político y económico). El trabajo en terapia familiar se encuentra sustentado por el enfoque sistémico, el cual puede identificarse como una de las aproximaciones para el estudio y la atención de los procesos humanos en función del contexto y de las relaciones. La epistemología sistémica pone el acento en la interacción tomando en cuenta el contexto donde ésta ocurre y no trata con elementos aislados sino con la totalidad, lo que implica que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar preciso (Eguiluz, op. cit.).

Debido a que la terapia familiar es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre un individuo aislado, resulta significativamente diferente a otras formas de tratamiento clínico y puede ser descrita como un tipo de tratamiento para los sistemas familiares. Se trata de un proceso que altera la forma habitual de funcionamiento de la familia, es decir, la manera como se comunican, los roles que cada uno juega, las reglas de comportamiento, los patrones de relación que ocurren y las formas de control que se usan entre ellos (Eguiluz, op. cit.). El propósito de la intervención sistémica será lograr la introducción de un cambio significativo en la interacción familiar que haga innecesaria la manifestación sintomática del paciente identificado.

La epistemología sistémica pasa de una visión lineal a una circular que permite no sólo colocar el problema en el contexto dentro del que se manifiesta, sino que además permite analizar cómo el paciente identificado y el resto de los miembros familiares participan en la aparición y en el mantenimiento del síntoma.

La terapia familiar constituye una alternativa eficaz para dar atención a diferentes problemáticas como las señaladas en el apartado anterior, ya que al abordarlas dentro de

uno de los contextos en donde se gestan, desarrollan y mantienen resulta ser más factible contribuir a su solución. Además las intervenciones se dirigen a cada uno de los miembros del sistema familiar aun cuando no se encuentren presentes en las sesiones terapéuticas, pues se formulan hipótesis sistémicas sobre el problema de la familia que conecten la conducta de cada miembro con la de todos los demás y el foco de la intervención se centra en las características de la organización del sistema en el que el motivo de consulta tiene sentido.

Son diversos los problemas que pueden abordarse desde las distintas corrientes de la terapia familiar, siendo los más frecuentes: depresión, abuso sexual, violencia, adicciones, conflictos intergeneracionales, etc. Es posible lograr resultados más alentadores si el abordaje de éstos y otros conflictos se hace partiendo de una visión familiar, puesto que si se limita la atención al individuo en aislado (sin tomar en cuenta el contexto en el que se desenvuelve y las interacciones que establece con su grupo) se corre el riesgo de obtener cambios parciales o descontextualizados. Si pensamos, por ejemplo, en un problema de adicciones en adolescentes es preciso vislumbrar el papel que juega la familia en el desarrollo y mantenimiento del mismo, ya que es muy probable que se encuentren factores de riesgo en ciertos aspectos del funcionamiento familiar como: una deficiente calidad en la relación entre padres e hijos, conflictos familiares crónicos, consumo de drogas por parte de otros miembros del grupo, etc. De igual manera, en las situaciones de violencia se requiere abordarlas tomando en cuenta todas sus aristas e involucrando a todas las personas implicadas –en caso de ser posible- para obtener resultados más satisfactorios.

La posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos y el hecho de que la terapia familiar sea un proceso terapéutico que se caracteriza por su brevedad, constituyen características que han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones. Podemos decir que la terapia familiar ha cambiado de forma marcada el tipo de prácticas realizadas en el campo de la Salud Mental, pues este nuevo paradigma ha llevado a reconocer la contextualización de la conducta humana y a comprender al individuo en relación con otros.

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

### 1.2.1. Descripción de los escenarios clínicos.

Son tres los escenarios clínicos donde los alumnos de la residencia en Terapia Familiar realizan el trabajo clínico con familias:



#### Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI)

La FESI fue creada en el año de 1975 y a partir de entonces ha impartido licenciaturas y posgrados que se encuentran dentro de las áreas de la salud: psicología, enfermería, medicina, odontología y optometría. Además de impartir la enseñanza formal de estas carreras, la FESI cuenta con diferentes clínicas para dar atención y servicio a la comunidad. En el caso particular de la residencia en Terapia Familiar, la FESI inauguró en el año de 2002 la Clínica de Terapia Familiar para uso exclusivo de los residentes de este programa. Esta Clínica se ubica en Avenida de los Barrios, Tlalnepantla, Estado de México, y se encuentra en el primer piso del edificio de Endoperiodontología.

La clínica cuenta con dos cubículos separados por un espejo de visión unidireccional. En uno de los cubículos se reúne el terapeuta y la familia, mientras que en el otro se localiza el equipo de supervisión para observar la dinámica del proceso terapéutico. Ambos espacios se encuentran comunicados por medio de una línea telefónica con sistema de intercomunicación. El equipo electrónico con el que se cuenta consiste en un micrófono ambiental, un aparato amplificador, una videocámara, una videocasetera VHS y una televisión.





## Clínica Familiar de Tlalnepantla, ISSSTE

La Clínica se inauguró en octubre de 1988, y el servicio de psicología empezó a brindarse en el año de 1989. En esta clínica se ha ofrecido servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar (División de Educación Continua UNAM Iztacala). A partir del año de 2002 los residentes del programa de Maestría se incorporaron a la institución para brindar también el servicio de Terapia Familiar a los derechohabientes. La clínica se encuentra ubicada en la Calle Xalapa N° 68 Ceylan, Tlalnepantla, Estado de México.

El servicio de Terapia Familiar se ofrece dentro del espacio destinado para el área de Psicología del ISSSTE. Se trata de un consultorio pequeño que se encuentra distribuido de la siguiente forma: en un extremo se encuentra el terapeuta y la familia; esta última se ubica dando la espalda al equipo de terapeutas y supervisoras, quienes observan el desarrollo del proceso terapéutico desde el otro lado del consultorio. El equipo de supervisión se comunica con el terapeuta a través de anotaciones en un pizarrón. El equipo electrónico con el que se cuenta consiste en una pantalla de televisión, una videocasetera VHS y una videocámara.





**Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCHA)**

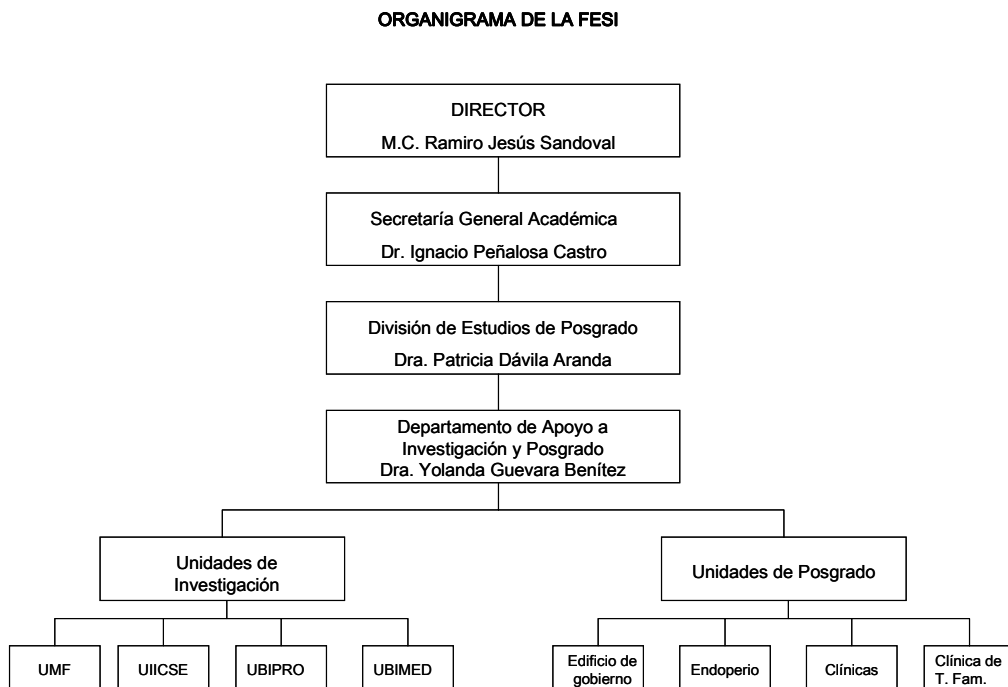
El 12 de abril de 1971 el CCHA fue uno de los primeros planteles de educación media superior en abrir sus puertas. Fue creado para atender una creciente demanda de ingreso en la zona metropolitana y, al mismo tiempo, para resolver la desvinculación existente entre las diversas escuelas, facultades, institutos y centros de investigación de la UNAM, así como para impulsar la transformación académica de la propia Universidad con una nueva perspectiva curricular y nuevos métodos de enseñanza. El CCHA empezó a proporcionar el servicio de Terapia Familiar en el año de 2002, estando a cargo de los residentes del programa de Maestría en Psicología. El CCHA se encuentra ubicado en Avenida Aquiles Serdán N° 2060, Azcapotzalco, México, D.F.

A partir del año de 2003, el servicio de Terapia Familiar se ofrece en un salón ubicado en el edificio del SILADIN (Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación), que fue destinado exclusivamente para este fin. Se trata de un salón amplio que se encuentra dividido en dos secciones por medio de un espejo de visión unidireccional: en un lado se reúne el terapeuta con la familia y, en la otra sección, se localiza el equipo de terapeutas y la supervisora. Ambos espacios se encuentran comunicados a través de una línea telefónica de intercomunicación. El equipo electrónico con el que se cuenta consiste en una televisión, una videograbadora VHS, una videocámara y un micrófono ambiental.



**1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios clínicos.**

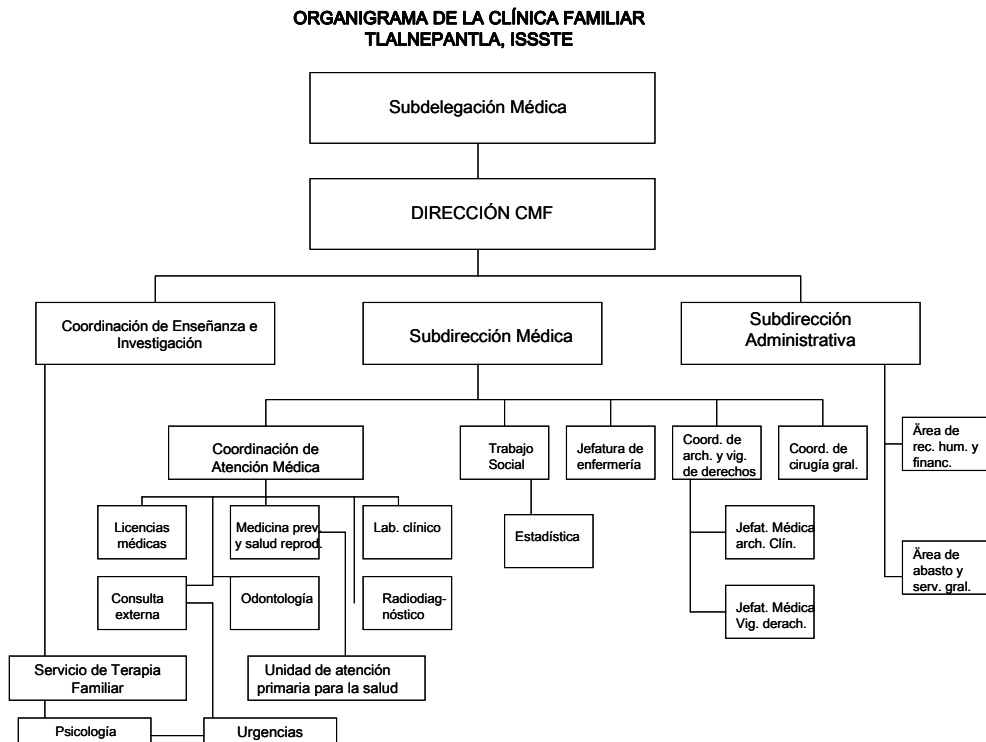
El servicio de Terapia Familiar que se brinda dentro de la FESI se encuentra a cargo del personal docente del programa de Maestría y de los alumnos residentes del mismo. Cada equipo de supervisión acude a la Clínica dos veces por semana dentro del turno matutino. Debido a que este espacio se encuentra dentro de la FESI es factible establecer contacto con otros servicios de atención comunitaria que hay dentro del plantel, lo cual facilita el trabajo multidisciplinario. En esta clínica se brinda atención principalmente a alumnos, empleados, personal administrativo y a la comunidad en general. Para obtener el servicio de Terapia Familiar los usuarios deben anotarse en una lista de espera que es coordinada por una de las supervisoras del programa; en caso de que se trate de cuestiones impostergables se procura darles atención de inmediato. Al realizar el contrato terapéutico con los usuarios se les informa que se les dará de baja del servicio en caso de que no se presenten en dos ocasiones consecutivas sin previo aviso; esto es importante debido a que regularmente la lista de espera que se tiene es grande y consideramos menester darles atención oportunamente\*. El tipo de terapia que se ofrece puede ser a través de la modalidad individual, de pareja o familiar, pero siempre a través de un enfoque sistémico. El organigrama de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala es el siguiente:



\* Esta característica es común a los tres escenarios clínicos.

El servicio de Terapia Familiar que se brinda dentro de la Clínica Familiar de Tlalnepantla, ISSSTE también se encuentra a cargo del personal docente del programa de Maestría y de los alumnos residentes del mismo; en la mayoría de las sesiones se encuentra presente la psicóloga del ISSSTE. Cada equipo de supervisión acude a la Clínica una vez por semana dentro del turno matutino. Debido a que este espacio se encuentra dentro de una institución de salud es factible establecer contacto con otros servicios médicos y/o canalizar a los usuarios a otras especialidades en caso de ser necesario, lo cual facilita el trabajo multidisciplinario. En esta clínica se brinda atención principalmente a los derechohabientes y, en ocasiones, al personal de la clínica. Por tratarse de un espacio médico, la fuente de referencia se realiza a través de los médicos generales o del área de trabajo social, ellos son el primer contacto que tienen los pacientes y son quienes deciden si se canalizan o no al área de psicología o al servicio de terapia familiar. Al igual que en el escenario clínico anterior la modalidad de atención puede ser individual, de pareja o familiar, pero conservando en todo momento una visión sistémica.

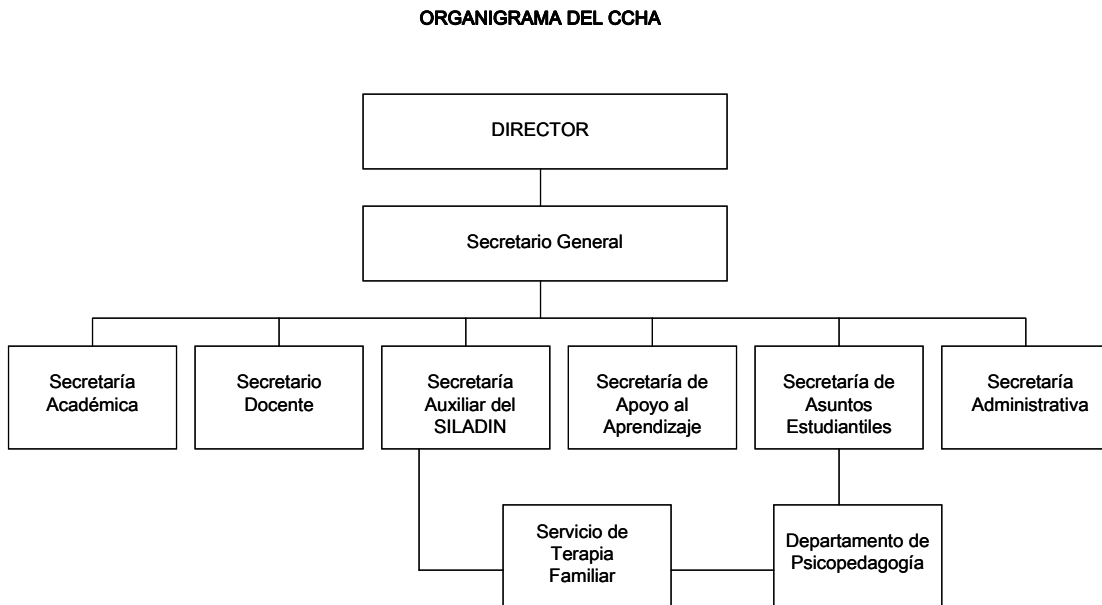
El organigrama de la Clínica Familiar de Tlalnepantla, ISSSTE es el siguiente:





El servicio de Terapia Familiar que se brinda dentro del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCHA) también se encuentra a cargo del personal docente del programa de Maestría y de los alumnos residentes del mismo. Cada equipo de supervisión acude al CCHA una vez por semana dentro del turno matutino. En este espacio resulta difícil realizar un trabajo multidisciplinario porque no se cuenta con otros servicios o fuentes de referencia, únicamente se brinda atención médica dentro del plantel; debido a ello es necesario que los terapeutas sean quienes busquen aquellos otros servicios que se requieren para dar la atención que se requiere. En este espacio se brinda atención principalmente a alumnos, padres de familia, empleados y personal administrativo. Para obtener el servicio de Terapia Familiar los usuarios deben acudir al Departamento de Psicopedagogía, en donde se les pide que anoten en un formato sus datos y el motivo de consulta; posteriormente este departamento se pone en contacto con el servicio de Terapia Familiar y es ahí donde la supervisora asigna los casos a los diferentes terapeutas; éstos últimos se ponen en contacto a la brevedad posible con los usuarios para establecer el día de la cita. Las modalidades de intervención pueden ser de tipo individual, de pareja, grupal (*Terapia de Red*) o familiar; nuevamente a través de un abordaje sistémico.

El organigrama del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCHA) es el siguiente:



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

Aunque cada uno de los escenarios clínicos tiene sus características peculiares, la forma de trabajo es muy similar en los tres. Dentro de las similitudes que existen entre ellos se encuentra el hecho de que el proceso terapéutico se inicia con la llamada telefónica, en la cual se solicitan algunos datos generales y sobresalientes sobre la familia y su motivo de consulta. Otra semejanza radica en que las sesiones son videograbadas con el propósito de tener la posibilidad de analizarlas con detenimiento, observando aspectos como el desarrollo del proceso terapéutico, percibir si existe concordancia entre la comunicación verbal y no verbal, analizar el impacto de las intervenciones en los miembros de la familia, observar el desempeño profesional del terapeuta, etc. A todas las familias que inician un tratamiento en el área de Terapia Familiar se les explica esta modalidad de trabajo y se les pide su autorización por escrito de que las sesiones sean grabadas con fines didácticos. También se les informa que, además del terapeuta encargado del caso, habrá un equipo de terapeutas que observarán el trascurso de las sesiones y que participarán en ella a través de intervenciones telefónicas, anotaciones en el pizarrón, conversando directamente con la familia o discutiendo entre ellos en presencia de la familia, según sea necesario en cada caso. En las tres sedes se realiza este encuadre al principio del tratamiento y se indican también aspectos como la duración y frecuencia de las sesiones, así como la importancia de ser puntual y de acudir a las citas.

El desarrollo de las sesiones, en las tres sedes, consta de 5 partes:

- I. **Presesión.** El equipo se reúne para comentar la información obtenida durante la entrevista telefónica o para leer y discutir el acta de la sesión anterior.
- II. **Sesión.** Su duración es variable, pero generalmente es de 40 a 45 minutos. Durante la sesión el terapeuta conversa con la familia acerca del motivo de consulta y de la dinámica familiar que se desarrolla entorno a éste.
- III. **Discusión de la sesión.** El terapeuta hace un corte en el trabajo con la familia y se reúne con el equipo de supervisión para comentar lo ocurrido en la sesión y para decidir el modo de concluirla.

- IV. **Conclusión de la sesión.** El terapeuta regresa con la familia y les hace un breve comentario sobre las observaciones del equipo y, en algunos casos, le hace una prescripción que deben realizar en casa.
- V. **Post-sesión.** Se analiza el desarrollo de la sesión, el impacto de los comentarios del equipo en los miembros de la familia, se discute la viabilidad de las hipótesis, se sugieren nuevas líneas de investigación y se hacen comentarios sobre el desempeño del terapeuta y, en algunos casos, se trabaja entorno a la persona del terapeuta.

En ocasiones, la dinámica de las sesiones no sigue estas 5 partes; puede ocurrir que se decida no hacer ningún corte y que se pida a la familia que escuche la conversación que tendrán los miembros del equipo entre sí. O como en el caso del CCHA, es posible que los miembros del equipo de supervisión realicen algunas técnicas de psicodrama como lo son las esculturas humanas o breves representaciones de una situación en particular.

La secuencia de participación que tuve durante el programa de Maestría fue la siguiente: En el primer semestre estuve en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y mi participación fue como observadora del trabajo clínico que se realizó con 14 familias, además de colaborar en las discusiones que se tenían para cada caso; los terapeutas encargados pertenecían a la segunda generación de este programa. En el segundo semestre me incorporé a la Clínica Familiar de Tlalnepantla ISSSTE y al Colegio de Ciencias y Humanidades (CCHA); participé como miembro del equipo de supervisión observando e interviniendo indirectamente en el trabajo con 10 familias, y como terapeuta principal con 2 familias. En el tercer semestre, nuevamente estuve en la Clínica de la FESI; participé como miembro del equipo de supervisión observando e interviniendo indirectamente en el trabajo con 8 familias, y como terapeuta principal con 2 familias. En este semestre tuvimos como observadores a 5 terapeutas que pertenecían a la cuarta generación del programa de Maestría. En el último semestre, estuve nuevamente en la Clínica del ISSSTE y en el plantel del CCHA; participé como miembro del equipo de supervisión observando e interviniendo indirectamente en el trabajo con 9 familias, y como terapeuta principal con 2 familias. Los miembros de la generación a la que pertenezco (3°) estuvimos participando alternadamente en cada sede, es decir, mientras un equipo se

encontraba ofreciendo el servicio en la FESI, el otro estaba localizado en el ISSSTE y en el CCHA; de tal manera que nunca estuvo desprotegida ninguna sede.

Mi participación en los tres escenarios clínicos presentada de manera esquemática fue la siguiente:

SEMESTRE	FESI	ISSSTE	CCHA
1°	Observación de la Práctica clínica Martes y jueves (9:00am-2:00pm)	Sin práctica	Sin práctica
2°	Sin práctica	Práctica clínica Jueves (8:00am- 11:00am)	Práctica clínica Martes (7:30am- 12:00pm)
3°	Práctica clínica Martes y jueves (8:45am-1:30pm)	Sin práctica	Sin práctica
4°	Sin práctica	Práctica clínica Jueves (11:00am- 3:30am)	Práctica clínica Martes (10:00am- 2:30pm)



**SEGUNDA PARTE**

**MARCO  
TEÓRICO**

---

## 2.1. ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

### 2.1.1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica.

El “movimiento de terapia familiar” y el “movimiento de psiquiatría comunitaria” surgieron después de la Segunda Guerra Mundial, y consolidaron su posición en el terreno de la salud mental en la década que siguió a 1950, a la vez que recibieron cierto grado de reconocimiento formal a comienzos de los años 60: la terapia familiar cuando Nathan W. Ackerman y Don Jackson realizan la primer publicación periódica –Family Process– en 1962, y la psiquiatría comunitaria al aprobarse la Ley de Salud Mental Comunitaria (Community Mental Health Act) en 1963 (Andolfi y Zwerling, 1993).

De acuerdo con Bowen (1989), el movimiento familiar se refiere al nuevo énfasis puesto en la teoría familiar y la terapia familiar desde mediados de los años cincuenta. En la práctica, el movimiento familiar empezó probablemente con el desarrollo del psicoanálisis, a pesar de que el foco estaba centrado en la psicopatología de cada miembro familiar. El psicoanálisis ganó cada vez más aceptación en la psiquiatría durante los años treinta; proporcionó conceptos de uso masivo a la Segunda Guerra Mundial y contribuyó al auge de la psiquiatría como especialidad en la posguerra.

Ochoa (1995) señala que la terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Los factores clínicos que desencadenan su nacimiento ocurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los miembros de la familia; a partir de entonces tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente.

Foley (1974; citado en Ochoa, op. cit.) considera al psicoanalista Nathan W. Ackerman como el precursor de la terapia familiar, por ser el primero en incluir en su enfoque terapéutico conceptos intrapsíquicos e interpersonales. Ackerman sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser

humano y el medio social dentro del cual interactúa, y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, de manera que este último es el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Afirma además que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia. En 1965, Ackerman funda en Nueva York el Instituto de la Familia en donde se practicaba la terapia familiar. Después de su muerte, la clínica cambia el nombre por Instituto Ackerman de la Familia, con el cual es conocido actualmente (Guerin, 1976; citado en Eguiluz, op. cit.).

Otro de los iniciadores es Carl Whitaker, quien se enfocó en pacientes esquizofrénicos y sus familias. Se le conoce a Whitaker como “el terapeuta de lo absurdo” por sus ideas y métodos asombrosos y, en ocasiones, fuera de toda norma (Eguiluz, op. cit.).

Murray Bowen, psiquiatra infantil, desarrolla la “teoría familiar de sistemas” que él diferencia de la “teoría general de sistemas” de Bertalanffy (Gurman, 1981; citado en: Ochoa, op. cit.). En 1954 inicia un proyecto de investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington. Trabajaba con pacientes esquizofrénicos y con sus madres para investigar la “hipótesis simbiótica”, que consideraba la enfermedad mental del hijo como resultado de un trastorno menos severo de la madre. Se hizo evidente que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar más amplia, y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico. Por ello, define la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales.

En 1952 Gregory Bateson inicia un proyecto de investigación sobre la comunicación, interesado por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que la comunicación puede dar lugar a paradojas. Éstas se producen cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva, de forma que si el receptor obedece el requerimiento del emisor en realidad lo está incumpliendo. En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión “doble vínculo” alude a los mensajes duales que contiene un antagonismo paradójico (Bateson, 1956; citado en: Ochoa, op. cit.). Posteriormente, Jay Haley y John Weakland forman parte del proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962.

Don Jackson, consultor del proyecto de Bateson, funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. El grupo inicial estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Jay Haley y John Weakland. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas; asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar (Ochoa, op. cit.). Sin embargo, cada uno de los integrantes del MRI conceptualiza la interacción humana de forma distinta y sus estrategias de tratamiento también son diferentes.

Al mismo tiempo que la orientación familiar emerge en Estados Unidos, los pensadores fenomenológicos ingleses dirigen su atención a la dinámica familiar, que consideran un reflejo de la dinámica social (Howells, 1968; citado en: Ochoa, op. cit.). En 1958 Laing trabaja con familias de esquizofrénicos en Londres, bajo el postulado de que la sociedad debe centrarse en sus componentes más débiles. A principios de los años sesenta, John Howells publica los resultados de su trabajo con familias en Inglaterra. En los años sesenta se destaca Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil, quien desarrolla no sólo la parte teórica sino la tecnología para el cambio en la estructura de los sistemas familiares (Eguiluz, op. cit.).

Milton Erickson es reconocido por el hecho de “fomentar la resistencia”; esta técnica hipnótica se ha vuelto la base del desarrollo de la directiva paradójica, con ella el terapeuta “fomenta un síntoma mientras sutilmente introduce cambios” (Hoffman, 2002, p.219).

Las distintas escuelas de Terapia Familiar se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente distintos e independientes. Al hablar de epistemología nos referimos a la manera en que las personas conocen las cosas, así como a la forma como piensan que conocen esa misma realidad (Keeney, 1987; citado en: Eguiluz, op. cit.). La epistemología es un proceso activo y personal, un proceso que se mueve en espiral y que está vinculado por relaciones de interdependencia con el contexto en el que se desarrolla.



---

En palabras de Bateson, la epistemología es *"la manera en que determinados organismos o agregados de organismos conocen, piensan y deciden"* (Bateson, 1979<sup>a</sup>; citado en: Keeney, 1987, p. 228).

Eguiluz (op. cit.) menciona que dentro de la terapia familiar pueden distinguirse dos tipos de epistemologías: la lineal progresiva y la sistémica (circular, recursiva, ecológica o cibernética). La epistemología sistémica pone el acento en la interacción, tratando con la totalidad de los elementos, lo que significa que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar preciso. Si bien la terapia sistémica asume una intensa relación con la epistemología recursiva, esto no quiere decir que descarte la epistemología lineal-progresiva. En realidad las integra en una complementariedad recursiva y dependiendo del contexto se aproxima a la comprensión de manera lineal y/o recursiva.

De acuerdo con Eguiluz (op. cit.), esta epistemología sistémica surge de tres principales corrientes teóricas: a) la teoría general de los sistemas, b) la teoría cibernética y c) la nueva teoría de la comunicación. Enseguida presentaremos brevemente algunos de sus postulados.

#### **a) TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS**

Esta teoría salió a la luz hasta el término de la Segunda Guerra Mundial, alrededor de 1947 y se atribuye a Ludwig von Bertalanffy (Eguiluz, op. cit.).

Andolfi (1990) advierte que si se quiere observar desde un enfoque sistémico la interacción humana y particularmente a la familia, es preciso considerar los principios válidos para los sistemas en general. Partiendo de las afirmaciones de von Bertalanffy (1971; citado en: Andolfi, op. cit., p. 18), para el cual *"todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas"*, del mismo modo se puede considerar la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior. De la misma manera se puede postular que todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica.

Andolfi (op. cit.) plantea tres aspectos de las teorías sistémicas aplicadas a la familia:

- a) ***La familia como sistema en constante transformación***, o bien como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (Minuchin, 1977; citado en: Andolfi, op. cit.). Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias –morfofostasis y morfogénesis-.
- b) ***La familia como sistema activo que se autogobierna***, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir, a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles de nuevas formulaciones y adaptaciones.
- c) ***La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas***. Esto significa que las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico.

De acuerdo con Ochoa (op. cit.), en un sistema familiar se pueden observar principalmente las siguientes propiedades:

- ***Totalidad o no sumatividad***. El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes.
- ***Causalidad circular***. Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas.

- ***Equifinalidad.*** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.
- ***Equicausalidad.*** La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
- ***Limitación.*** Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo.
- ***Regla de relación.*** En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes.
- ***Ordenación jerárquica.*** En toda organización hay una jerarquía. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.

La otra gran fuente teórica que sirve como base para la terapia familiar es la Cibernética.

## **b) TEORÍA CIBERNÉTICA**

La teoría cibernética se atribuye a Norbert Wiener, ésta junto con la teoría sobre los mensajes contribuyeron a dar un gran impulso a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje. La Cibernética, según su autor, “es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes” (Wiener, 1948; Wiener, 1982; citado en: Eguiluz, op. cit., p. 120). McCulloch (1965; citado en: Eguiluz, op. cit., p. 120) describe la epistemología cibernética experimental centrada en la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio”. Bateson (1976; citado en: Eguiluz, op. cit.) la reconoce como una nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de organización, mientras que Sluzki (1983; citado en: Eguiluz, op. cit.) señala que la cibernética tiene por objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales.

Los propósitos de dicha teoría eran desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.

La teoría cibernética brinda un marco abstracto para la observación de las estructuras dinámicas y complejas. Sus bases se pueden rastrear hasta la Teoría del Control, cuyas reglas tienen validez fuera de la esfera de los sistemas mecánicos. De esta forma, pueden explicarse las estructuras de los sistemas biológicos y sociales, aunque éstas sean mucho más complejas (Eguiluz, op. cit.).

Algunos de los temas centrales de la cibernética son:

- **Feedback.** En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).
- **Homeostasis o morfostasis.** Tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, es decir, que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio.
- **Morfogénesis.** Tendencia del sistema a cambiar y a crecer; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia.

Wiener llevó los conceptos de cibernética, retroalimentación e información mucho más lejos de los campos de la tecnología, de modo que alcanzaran los dominios de lo biológico, lo psicológico y lo social.

La nueva Teoría de la Comunicación, sirve como la tercera gran fuente de desarrollo teórico. Su iniciador es Gregory Bateson.

### c) NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN

Se le atribuye el calificativo de “nueva” para distinguirla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver (1949; citado en: Eguiluz, op. cit.), que contiene formas de explicación simples y mecánicas. Para algunos fue Gregory Bateson y su equipo los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación. La teoría propuesta por el grupo de Bateson y el MRI encabezado por Jackson formula una serie de axiomas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989; citado en: Eguiluz, op. cit.) que forman el entramado de lo que se conoce como la nueva teoría de la comunicación; tales axiomas son:

- ***Es imposible no comunicar.*** En un sistema, todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (incluso el silencio, la mirada o la indiferencia dirían: "prefiero ignorarte"; pero siempre comunican algo).
- ***En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico).*** Mientras que el nivel **digital** se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel **analógico** cualifica cómo se ha de entender el mensaje, la interacción, la puntuación de las secuencias comunicacionales entre los participantes, es decir, designa qué tipo de relación se da entre las personas que intervienen en la comunicación.
- ***La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes.*** Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto.
- ***Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente.*** La terapia basada en aspectos sistémicos, se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de *escalada simétrica*; cuando se cronifica la interacción

complementaria se habla de *complementariedad rígida*. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva y rigidizada de uno de ellos.

El camino común de los pioneros en terapia familiar ha sido el trascender de los síntomas individuales a las disfunciones específicamente familiares. La intervención sistémica se diferencia de la mayoría de las demás expresiones terapéuticas, en que éstas se interesan en el psiquismo humano; la intervención sistémica, en cambio, plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así, no interesa un individuo “enfermo” sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención.

En la terapia familiar lo importante es la manera en que se sitúa el problema y dónde se actúa. Se hace desde una perspectiva sistémica, poniendo el foco en el contexto familiar en su conjunto, incluso si no están presentes todos los miembros en la sesión. Lo importante no es la técnica sino pensar en términos de sistema.

### **2.1.2. Modelo de terapia estructural.**

La Terapia Familiar se puede concebir como un nuevo enfoque tendiente a comprender la conducta humana como fundamentalmente conformada por su contexto social (Minuchin y Michael, 1994). La terapia realizada con este marco apunta a cambiar la organización de la familia, sobre la base de que cuando se transforma la organización familiar la vida de cada miembro también se ve consecuentemente modificada.

El enfoque de Terapia Familiar llamado **Modelo Estructural**, es un cuerpo de teoría y técnicas, con las cuales se estudia al individuo en su contexto social, con lo que se pretende modificar la organización de la familia (Minuchin, 2001). Este modelo fue desarrollado en la segunda mitad del siglo XX. Salvador Minuchin a partir de los 70's se mueve hacia una conceptualización sistémica y empieza a dar énfasis a la idea de que las familias sintomáticas necesitan cambiar su estructura interna, para poder funcionar sin síntomas. De ahí el nombre de Terapia Familiar Estructural.

Es una terapia de acción que propicia el cambio e interviene en el sistema. Este modelo enfatiza el concepto de normalidad *vs.* disfuncionalidad. Su foco de atención se centra en el aquí y ahora. Explora las interacciones en su contexto. Su objetivo se encamina a modificar la organización de la familia. Busca romper esquemas rígidos y desarrollar nuevas interacciones.

Los **axiomas** de la terapia estructural, según Minuchin (op. cit.) son los siguientes:

1. La vida psíquica de un individuo no es sólo un proceso interno, el individuo influye sobre su contexto y es influido por éste en secuencias repetidas.
2. Las modificaciones de una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un individuo o con la familia su conducta se incluye en ese contexto, formando un nuevo sistema terapéutico.

## CONCEPTOS BÁSICOS

**Familia.** Es un sistema abierto en transformación, es decir, constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta; tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución.

**Estructura y sus parámetros.** El concepto de estructura alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia reflejo de los procesos de interacción familiar. Es decir, es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, op. cit.); es móvil y se construye a través del tiempo. Sus parámetros son los siguientes: límites, jerarquía, subsistemas, alianzas, coaliciones, geografía y territorio.

**Desarrollo.** El concepto de desarrollo es uno de los elementos para el diagnóstico. Se refiere a las fases del ciclo vital en donde se presentan diferentes demandas y requerimientos (apego o desapego). Todas las etapas demandan cambios estructurales y al mismo tiempo enfrentar situaciones de adaptación. Las etapas del ciclo vital, según Minuchin y Fishman (1998), por las que atraviesa una familia son: noviazgo, conformación

de la pareja o matrimonio, llegada de un hijo o etapa de hijos pequeños, hijos en edad escolar, hijos adolescentes, hijos adultos, nido vacío, y vejez, soledad y muerte.

**Adaptación.** La respuesta a los requerimientos internos y externos (presión por la evolución de los miembros y requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales) exige una transformación constante de la posición de los miembros de sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras conservan su continuidad. Según Minuchin (op. cit.), el estrés sobre un sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes: Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares, contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares, estrés en los momentos transicionales de la familia, y estrés referente a problemas de idiosincrasia:

**Síntoma.** Se concibe como un recurso para mantener el sistema o ser mantenido por éste o como la expresión de la disfunción. Hoffman (op. cit.) señala que, desde un punto de vista estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime a un modelo normativo. Supone que un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional y que si la organización familiar se vuelve más "normal" el síntoma automáticamente desaparecerá.

**Diagnóstico.** Es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. El diagnóstico familiar, requiere de la acomodación del terapeuta a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por la evaluación de sus experiencias de la interacción de la familia en el presente. Minuchin (op. cit.) señala que al evaluar las transacciones de la familia el terapeuta debe concentrarse en seis áreas fundamentales: estructura familiar, flexibilidad del sistema, resonancia del sistema familiar, contexto de vida de la familia, estadio de desarrollo y síntomas.

**Función del terapeuta.** El terapeuta socava la homeostasis existente y produce una crisis que empuja al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. La función del terapeuta, de acuerdo con Minuchin (op. cit.), se realiza en tres pasos: 1) El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo, 2) Saca a la luz y evalúa la



estructura familiar subyacente, y 3) Crea circunstancias que permitirán la transformación de esa estructura.

**Coparticipación.** La evaluación del sistema familiar parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales; el terapeuta pone a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional con la familia denominado “coparticipación”, que permite además crear una fuerte relación terapéutica. Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra el terapeuta puede hacerse coparticipante con la familia desde diferentes posiciones de proximidad: puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante.

### **TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL**

Minuchin y Fishman (op. cit.) presentan una serie de técnicas que se dividen en tres grandes bloques, los cuales tienen objetivos específicos:

**1) Técnicas para el cuestionamiento del síntoma (Reencuadramiento).** El objetivo de estas técnicas es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Las técnicas que están al servicio del cuestionamiento de las suposiciones que la familia tiene sobre el síntoma son: la escenificación, el enfoque y la intensidad. Estas técnicas contribuyen a sustentar la vivencia de una realidad terapéutica nueva, donde se cuestiona el síntoma y la posición que su portador ocupa en la familia.

**2) Técnicas para el cuestionamiento de la estructura (Reestructuración).** Con estas técnicas se pretende diferenciar y delinear las fronteras de los holones familiares para procurar flexibilidad y crecimiento. El objetivo de estas técnicas es movilizar y modificar la estructura familiar, desafiando la existente. Las técnicas que se tienen para esta estrategia son: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

**3) Técnicas para el cuestionamiento de la realidad (Consolidación).** El terapeuta ofrece a la familia una realidad diferente, utilizando los hechos que la familia reconoce como verdaderos para edificar una concepción más compleja del mundo y que promueva la reestructuración, es decir, la realidad conflictiva y estereotipada recibe un

reencuadramiento nuevo, de esta manera aparecen nuevas posibilidades de interacción por el hecho de que los miembros modifican la forma en que vivencian a sí mismos y a los demás. Las técnicas por medio de las cuales el terapeuta va a cuestionar la concepción del mundo que posee la familia son: el empleo de constructos cognitivos, el uso de paradojas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.

### **2.1.3. Modelo de terapia estratégica.**

Hacia el año de 1975, Haley se separa del grupo de Palo Alto y se va a residir a Washington en donde junto con Cloé Madanes, desarrolla un enfoque de terapia familiar denominado Terapia Familiar Estratégica, muy influido por la terapia de Milton Erickson (Ochoa, op. cit.). Jay Haley y Cloé Madanes dirigen el Instituto de terapia familiar de Washington.

La terapia estratégica no es un enfoque o terapia particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 1986). El término "estratégico" se usó para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. En la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Éste debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia (Haley, op. cit.). Sostienen que el terapeuta debe configurar una estrategia específica – basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad – que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital (Ochoa, op. cit.).

El enfoque terapéutico tiene por objeto principal solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente. No se emplea un método en particular, sino que se hace uso de técnicas especialmente adecuadas para cada situación específica. La tarea del terapeuta consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente a fin de modificarlo (Haley, 1980).

Haley (op. cit.) constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de terapia familiar en sus inicios fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Haley, 1974; citado en: Ochoa, op. cit.).

## **EVALUACIÓN**

Haley (1987; citado en: Ochoa, op. cit.) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a diferentes niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática.

Madanes también se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como parte de un organismo más amplio –el sistema familiar- reaccionen frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo (Madanes, 1984; citado en: Ochoa, op. cit.).

---

## LA PRIMERA ENTREVISTA

El modelo de entrevista que emplea Jay Haley comprende cuatro etapas:

1. **Fase social:** En esta fase el terapeuta se presenta y saluda a los miembros de la familia. El terapeuta debe estar atento a observar cuál es el estado de ánimo de cada uno y el tipo de relaciones que se dan entre ellos. Además puede observar cómo se da la organización familiar de acuerdo a la forma en que toman asiento. El terapeuta tomará todos estos datos como provisionales.
2. **Planteamiento del problema:** Es importante conocer qué piensa sobre el problema cada componente de la familia. Durante esta fase el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. Tampoco podrá brindar alguna orientación aunque la familia se lo pida. A pesar de que existan discrepancias entre las personas, el terapeuta evitará el diálogo entre ellas. La finalidad de esta etapa es recabar la opinión de todos los presentes acerca del problema; el terapeuta será quien dirija directamente la conversación.
3. **Fase de interacción:** El terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión. En esta fase el terapeuta se sitúa en un plano secundario, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgidas (Haley, 1987; citado en: Ochoa, op. cit.). El diálogo servirá al terapeuta para determinar qué tipo de secuencia existe en el sistema familiar, en términos de alianzas y posiciones de poder.
4. **Establecimiento de metas:** Se procura establecer claramente aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. El terapeuta busca una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

Las tres primeras se encuadran dentro de la evaluación, mientras la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo, es necesario aclarar que en la fase de interacción es difícil aislar momentos de evaluación de los momentos de intervención.

## **INTERVENCIÓN**

El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que se vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. El terapeuta debe buscar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que considere importantes. La finalidad de la terapia estratégica es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias.

## **ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

Las estrategias generales de este enfoque son: 1) definición de los cambios deseados, 2) fijación de la meta terapéutica, 3) se programa el cambio por etapas, 4) modifica las jerarquías, 5) evitar aparición de resistencias, 6) se instrumenta la estrategia terapéutica, y 7) cuando el problema incluye tres generaciones Haley propone: utilizar a la persona periférica; romper la coalición por medio de una tarea y unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Las técnicas de intervención tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas. Algunas de las técnicas de intervención del Modelo Estratégico son: aliento a la resistencia, ofrecimiento de una alternativa peor, determinación de un cambio mediante metáforas, aliento a la recaída, frustración de una respuesta para alentarla, empleo del espacio y la posición, énfasis en lo positivo, siembra de ideas, ampliación de

la desviación, amnesia y control de la información, despertar y desenganche, y evitación de la exploración de sí mismo.

#### **2.1.4. Modelo de terapia breve del MRI.**

En marzo de 1959 Don Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el *Mental Research Institute* (M.R.I.) de Palo Alto, California. En enero de 1967 Richard Fisch propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al *Brief Therapy Center*, al que se sumaron Watzlawick y Weakland (Ochoa, op. cit.). Este grupo desarrolló lo que hoy se conoce como el Modelo de Palo Alto, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio.

La Terapia Breve Sistémica tuvo como base teórica los planteamientos del psiquiatra Don Jackson y del antropólogo estudioso de la cibernética, Gregory Bateson. Ellos se propusieron generar un modelo teórico con una visión epistemológica diferente a la de otros modelos de terapia familiar.

El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic.

La Terapia Breve es un nuevo modelo que busca solucionar los problemas de la manera más rápida y eficiente. Si bien la Terapia Breve implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales, esto no significa que sea fácil. Bajo este enfoque, se pasa de una forma de pensar lineal (causa-efecto) a una sistémica (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones.

La Terapia Breve es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones; de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada

caso. Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. En el proceso terapéutico se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de Terapia Breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente).

### **SISTEMA CONCEPTUAL DEL MODELO**

- Es un sistema de creencias, opiniones o mitos y su importancia se mide pragmáticamente.
- No busca causas históricas del problema, ya que considera que toda conducta está configurada y conservada por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo.
- El modelo no busca patología ni es normativo.
- No se maneja que el paciente tenga una ganancia secundaria.
- Se considera un límite temporal; manejando un promedio de 8 a 12 sesiones.
- Se busca el logro de pequeños cambios; éstos provocarán los siguientes cambios en el sistema.
- Los problemas aparecen por un mal manejo de las dificultades de la vida diaria o por una inadecuada adaptación a procesos transicionales. Una dificultad erróneamente manejada constituye un intento de solución; éstos intentos que no solucionan causan los problemas. El objetivo de la terapia es cambiar dichos intentos. El mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales.

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuándo ocurre, en dónde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuándo es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. En esta fase de evaluación, el terapeuta debe obtener una definición clara del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas.

La meta terapéutica fundamental es la de introducir alguna variación en el esquema de solución del problema que viene utilizando el paciente. Esta meta viene definida tanto por

el paciente (o cliente) que señala cuál es el cambio mínimo que supondría estar en el camino de la solución del problema, como por el terapeuta que ha de diagnosticar cuál es el tipo básico de solución intentada por el paciente. En este contexto la meta es cambiar el tipo de solución intentada por la estrategia opuesta.

## **ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

Las estrategias que debe seguir el terapeuta son:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretenden lograr con el tratamiento.
2. Elección del cambio mínimo hacia la meta, seguido de una planificación que facilite el efecto de generalizar este cambio a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones.
3. La estrategia efectiva se aparta 180° de la clase de soluciones intentadas hasta ese momento.
4. Utilización de la postura del paciente para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida.
5. El terapeuta evitará la confrontación con el paciente; adoptará una posición igualitaria e incluso inferior para evitar que surjan resistencias.
6. El terapeuta empleará un lenguaje condicional.

## **CAPACIDAD DE MANIOBRA DEL TERAPEUTA**

La capacidad de maniobra del terapeuta implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten; consiste en la libertad de poner en práctica lo que él juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento, la necesidad de que conserve sus propias opciones limitando las del paciente. El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de operación a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma necesaria durante el curso del tratamiento. La dirección del tratamiento constituye una responsabilidad intrínseca del terapeuta. Los medios para aumentar la capacidad de maniobra son: oportunidad y ritmo, el tiempo necesario, el uso de un lenguaje condicional, el cliente debe concretar, actitud igualitaria, sesiones individuales y conjuntas.



## **FASE DE INTERVENCIÓN**

Las intervenciones terapéuticas constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayada. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas:

### **I. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS:**

Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.

Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.

Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia

### **II. INTERVENCIONES GENERALES:**

No apresurarse.

Los peligros de una mejoría.

Cambio de dirección.

Cómo empeorar el problema.

#### **2.1.5. Modelo de terapia breve centrado en soluciones.**

El modelo de Terapia Breve centrado en las Soluciones surge a partir de la tendencia generada en la psicoterapia que se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología y que se dirige a las soluciones, competencias y capacidades. La terapia está evolucionando de las orientaciones centradas en el pasado, o incluso en las que se presta interés al “aquí y ahora”, hacia una orientación al futuro a la que no le interesa cómo surgieron los problemas ni cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán (O’Hanlon y Wiener-Davis, 1993).

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve. John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones. Una directriz de su trabajo era que debían intentar resolver el problema presentado en lugar de reorganizar las familias o producir insight. Muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI pueden considerarse precursores de la terapia orientada hacia las soluciones. Posteriormente se generó una evolución de este

modelo y surgió un interés mayor por las soluciones. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, para dedicarse a identificar lo que funcionaba para detectar y amplificar estas secuencias de solución (de Shazer, 1982, 1985; citado en: O'Hanlon y Wiener-Davis, op. cit.). Este modelo se denominó Terapia Breve centrado en las Soluciones.

La Terapia centrada en las Soluciones es un modelo terapéutico que se incluye entre las terapias sistémicas breves. Fue desarrollada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; citado en: Navarro y cols., 1999). Este modelo de terapia breve se ha extendido considerablemente por Estados Unidos, el Extremo Oriente y sobre todo en Europa. Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982; citado en: Navarro y cols., op. cit.).

Los seguidores del modelo declararon la muerte de la resistencia (de Shazer, 1984; citado en: O'Hanlon y Wiener-Davis, op. cit.). Asumen que los clientes quieren cambiar realmente. Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

### **PREMISAS Y PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante e inevitable.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño.
- Los clientes definen los objetivos.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas.

- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

Los síntomas que presentan los clientes comprenden una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla (Ochoa, op. cit.). La solución ineficaz intentada hasta el momento es percibida como la única posible, lo cual dificulta que pongan en marcha otras soluciones o que perciban que en ciertos momentos no se presenta (o aparece con menor intensidad) este síntoma. El terapeuta que trabaja bajo un enfoque de soluciones se centra precisamente en las ocasiones en que el síntoma no se presenta (excepciones). El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir, en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio.

Este modelo se construyó a partir del supuesto básico de que ningún problema sucede de manera permanente durante todo el tiempo; hay excepciones temporales y circunstanciales. La terapia breve enfocada así trata de catalizar los recursos de los pacientes para que participen en conversaciones sobre el cambio, lo que parece generar modificaciones rápidas en las creencias y conductas de los pacientes.

Las sesiones de la terapia centrada en las soluciones son conversaciones en las que se trata de hablar acerca de los recursos de los clientes y de aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones) y cómo pueden hacer para aplicar estas ideas y conseguir alcanzar nuevas metas en un futuro sin el problema (objetivos). El lenguaje centrado en las soluciones está orientado hacia las posibilidades y hacia el futuro, que busca crear descripciones concretas, específicas, positivas e interaccionales de las metas y aspiraciones de los clientes. La terapia centrada en soluciones intenta directamente aumentar los aspectos no-problemáticos, con lo que en definitiva se reduce también el tamaño del problema. La ampliación de las áreas-recurso implica una reducción correlativa de las áreas-problema. Además, se promueve constantemente la cooperación con el cliente, al que se trata de ayudar a asumir una posición de control del proceso de cambio.

## **PROCESO TERAPÉUTICO**

El lenguaje ofrece la posibilidad de reificar y solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad. La utilización consciente y creativa del lenguaje es el método más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable. Con él se pueden producir cambios en la percepción y en la conducta (O'Hanlon y Wiener-Davis, op. cit.). Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. El terapeuta puede usar presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio. Las preguntas presuposicionales encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y los enriquecen.

El proceso de la entrevista en sí mismo se considera como una intervención, ya que mediante el uso de diversas técnicas centradas en las soluciones los clientes pueden, durante las sesiones, experimentar cambios importantes en la forma de percibir su situación.

### **Primera sesión**

El objetivo durante la sesión es centrar la atención de los clientes en las excepciones, soluciones y recursos. Si las cosas avanzan por este camino se continuará con la definición de los objetivos. Si los clientes no identifican ninguna mejoría reciente, el terapeuta opta por emplear la proyección al futuro, que se convierte entonces a menudo en el núcleo de la primera sesión.

**Unión.** Los primeros minutos se platica con los clientes acerca de cualquier cosa distinta de la razón por la acuden a terapia. El objetivo es mostrar un interés genuino por ellos y procurar que sientan cómodos. En esta fase, terapeuta y clientes se presentan, y el terapeuta da una breve explicación de la forma de trabajar.

**Breve descripción del problema.** El terapeuta pregunta acerca de los motivos por los que se solicita el servicio. Tras una breve exposición del problema, el terapeuta hace una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores y los recursos del cliente. En esta parte inicial, que generalmente no dura más de cinco minutos, no se trata de perfilar con claridad cuál es la queja.

**Cambio pre-tratamiento.** Estas excepciones están ocurriendo desde antes de iniciarse el tratamiento. En este sentido, la labor del terapeuta no es sólo producir cambios (o ayudar a los clientes a que los produzcan), sino descubrir durante la sesión qué cambios ha puesto ya en marcha por propia iniciativa ("cambio pre-tratamiento"). El terapeuta suele preguntar por el cambio pre-tratamiento y lo amplía todo lo posible.

**Pausa.** A los tres cuartos de hora el terapeuta le dice a los cliente que se tomará una pausa para pensar. En esta pausa decidirá qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados. La pausa sirve como marcador de contexto; el mensaje que se da al cliente es percibido como algo importante. El mensaje que se da al cliente es un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia; finalmente se da una prescripción o tarea.

**Mensaje final.** Supone ante todo una manera de consolidar los significados y puntos de vista generados durante la sesión, así como una forma de propiciar que los cambios descritos durante la entrevista se generalicen al siguiente periodo inter-sesiones. Es una forma de "cerrar" la entrevista. En cuanto al contenido del mensaje final, consta típicamente de un elogio o elogios, seguido de una o varias tareas. Ambos pueden dirigirse a todos los clientes en conjunto o a cada uno de los presentes en particular.

### **Sesiones posteriores**

Las sesiones posteriores a la primera entrevista siguen el mismo patrón: una conversación con los clientes y un mensaje final antes de terminar la sesión. El tema de conversación lo constituyen las mejorías que se han producido. Para ello, el terapeuta inicia las sesiones preguntando qué cosas van mejor. A partir de aquí, su tarea será ampliar las excepciones y construirlas como algo deliberado, sobre lo que los clientes tienen control. El objetivo será tratar de consolidar y generalizar los cambios.

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

**Trabajo sobre excepciones.** Steve de Shazer define como "excepciones" aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986; de Shazer, 1991; citado en: Navarro y cols., op. cit.). Las excepciones son aquellas conductas,

percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991; citado en: Navarro y cols., op. cit.). En el trabajo con excepciones es posible distinguir cinco pasos: elicitar, marcar la excepción, ampliar, atribuir control y seguir.

**Definición de objetivos.** Este procedimiento de definición de objetivos es un proceso cooperativo de negociación. Un objetivo es aquello que la familia quiere conseguir. Consideramos objetivos bien formados aquellos que resultan alcanzables y se expresan en positivo, de forma concreta, conductual e interaccional. Una regla fundamental es la de empezar por cosas pequeñas. Una vez construidos los objetivos con detalle, las preguntas de escala permitirán definir la situación presente, ofreciendo una segunda oportunidad para detectar excepciones y posibles avances.

**Pregunta de escala.** La utilización de las escalas se dirige a generar información de utilidad para el cliente, ya que le permite establecer metas y submetas, identificar avances y atribuirse la responsabilidad por los cambios conseguidos. Por tanto, las escalas proporcionan una forma más de trabajar sobre objetivos y sobre excepciones.

**Tareas de fórmula.** Son intervenciones generales que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes. No se requiere la evaluación detallada del síntoma. Son de tres tipos: tarea de fórmula de la primera sesión, tarea de la sorpresa y tareas genéricas.

**Técnicas de proyección al futuro.** Se emplean para construir con los clientes objetivos útiles, es decir, objetivos relevantes para los clientes, pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. La existencia de objetivos claramente definidos es un importante predictor del resultado final del tratamiento. Las técnicas de proyección al futuro son la Pregunta del milagro y la Bola de cristal.

**Intervención sobre patrones.** Si el trabajo sobre soluciones no genera avances suficientes, el terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir el área problema, y retomando la línea de las soluciones cuando aparezcan los cambios. Para ello el terapeuta puede emplear algunas intervenciones

mínimas sobre el patrón de la queja, por ejemplo: introduciendo alguna pequeña modificación en su frecuencia, duración, modalidad, lugar, etc. (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.). Es una línea de trabajo próxima al modelo de terapia breve desarrollado en el Mental Research Institute. El terapeuta puede optar por realizar intervenciones sobre la secuencia sintomática o intervenir sobre el patrón del contexto.

#### **2.1.6. Modelo de terapia del grupo de Milán.**

El Centro para el Estudio de la Familia inició su actividad en Milán, Italia, en mayo de 1967. El comienzo del experimento fue organizado por Mara Selvini Palazzoli; se trataba de un grupo formado por ocho psiquiatras que se proponía tratar niños gravemente perturbados junto con sus familias, empero, su orientación era psicoanalítica (período que duró de 1967 a 1971). Estudiaron seriamente si el modelo psicoanalítico y el modelo de los sistemas familiares eran o no compatibles. En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin (que los juzgaban incompatibles) se escindieron del grupo original, con el propósito de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar o sistémico. El nuevo grupo fundó en Milán el Centro per il Studio della Famiglia. En 1972, sus ideas se vieron influenciadas por las investigaciones realizadas con familias en los Estados Unidos por Gregory Bateson y por lo desarrollado en el MRI de Palo Alto, por Don Jackson, Paul Watzlawick y Janet Beavin. Estos últimos consideraban que el enfoque psicodinámico era incorrecto porque se centraba en el individuo como "contenedor" de la patología; este enfoque pasaba por alto los aportes del contexto vincular en que se producían las conductas problema. Consideraban como el principal contexto a la familia. Su tesis era que si conseguían modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente (Boscolo y cols., 2003).

En este primer período, que duró hasta 1975, la terapia se ofrecía a toda a la familia en la que se había presentado un problema. Un espejo unidireccional separaba la sala de terapia de la sala de observación. Una pareja heterosexual de terapeutas daba inicio a la sesión mientras que la otra pareja de colegas observaba detrás del espejo.

El proceso terapéutico se iniciaba con la llamada telefónica, en la cual se solicitaban algunos datos generales y sobresalientes sobre la familia y su motivo de consulta; esta

información era concentrada en una ficha de identificación. Las sesiones posteriores se realizaban en una habitación con micrófono, grabador y espejo unidireccional. Cada sesión se desarrollaba en cinco partes (Selvini y cols., 1988): presesión, sesión, discusión de la sesión, conclusión de la sesión y elaboración del acta.

A comienzos de los años ochenta entraron en el campo de la terapia familiar las ideas de Heinz von Foerster. La más importante se refiere al rol del observador en el proceso de conocimiento. Propone una “cibernética de segundo orden” (“cibernética de la cibernética”), es decir, la cibernética del sistema observante, para el cual cualquier descripción hecha por un observador incluye los prejuicios, las teorías, las características del mismo observador. Ésta se diferencia de la “cibernética de primer orden”, cibernética del sistema observado, que separa al observador del observado. Un modelo de cibernética de segundo orden conceptualiza la unidad de terapia como un gran haz que contiene al observador y a lo observado. Bajo esta óptica el problema no existe independientemente de los sistemas observadores que lo definen de manera recíproca y colectiva.

La centralidad del observador lleva a una perspectiva constructivista, es decir, a una perspectiva que pone en el centro el proceso de “conocer” con relación al objeto “conocido”. Tres autores dentro del paradigma constructivista son notables Ernst von Glasersfeld, Humberto Maturana y Francisco Varela (Boscolo y Bertrando, 1996). Maturana puso en un lugar central al observador: “todo lo que se dice, es un observador quien lo dice”. Señaló que el sistema responde según su propia organización y en coherencia con su propia historia. Según Maturana y Varela la realidad aparece en el lenguaje a través del consenso: hay tantas realidades como conversaciones. Por su parte, Von Foerster (1981; citado en: Cecchin y cols., 2002) y Keeney (1982, 1983; citado en: Cecchin y cols., op. cit.) propusieron que la realidad relacional es co-construida en el dominio lingüístico.

Cuando empezaron a trabajar juntos, los integrantes del equipo estaban de acuerdo en varias ideas. Trabajaron con familias que tenían un miembro esquizofrénico. Como Bowen (1978; citado en: Boscolo y Bertrando, op. cit.), el grupo estudiaba los síntomas dentro de un juego de tres generaciones. En diversas ocasiones les resultaba difícil encontrar una



---

hipótesis que tuviese sentido para todos los miembros del equipo. Por ello, para la comprensión del síntoma psicótico era fundamental la teoría del doble vínculo, derivada del proyecto de Bateson, basada en las paradojas resultantes de la confusión de los niveles lógicos. El doble vínculo es una modalidad comunicacional apta para transmitir y mantener un desafío sin alternativas y, por lo tanto, sin fin. En las familias con transacción esquizofrénica se observa el siguiente nivel comunicacional: en el nivel verbal se da una indicación que en el segundo nivel (casi siempre no verbal) es descalificada; aunado a ello, está prohibido hacer comentarios, es decir, metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y tampoco se puede abandonar el campo. Nunca está claro cuál es la verdadera indicación. Por lo que no puede obedecerse ni rebelarse. Los miembros de la familia evitan por todos los medios definir la relación, comunican continuamente a los otros la petición paradójica de cambiar una definición de la relación que no ha sido nunca definida. Sólo es posible redefinir una relación luego de que tal relación se haya definido claramente. Lo que resulta esencial para que la relación interpersonal no sea psicótica, es la claridad inequívoca y recíprocamente aceptada de su propia definición (Selvini y cols., op. cit.).

Los integrantes del grupo de Milán también seguían a Bateson en describir la cuestión central, para el caso de las familias con un miembro esquizofrénico, como una “epistemología equivocada”. Aunque el proyecto del MRI recogió muchas de las ideas propuestas en el de Bateson, los dos se basaban en filosofías diferentes. El modelo de terapia elaborado durante los primeros años del MRI adoptó una posición “estratégica”, en tanto que Bateson experimentaba profunda desconfianza por el empleo manipulador de cualquier tecnología, física, social o psicológica. Bateson discrepó con Haley, quien sostuvo que en el fondo del proceso psicoterapéutico había una lucha por el control. Por obra de este desacuerdo, en los primeros trabajos del grupo de Milán hay una contradicción implícita entre la influencia del MRI, con su enfoque terapéutico abiertamente manipulador, y el respeto de Bateson por la “sabiduría sistémica”, o sea, por la comprensión de las consecuencias no intencionales del propósito humano conciente en sus impensados entrelazamientos con el mundo natural. Pese a esta confusión, el grupo de Milán elaboró sus propias formulaciones (Selvini y cols., op. cit.):

1. Las familias en transacción esquizofrénica participan en juegos familiares no reconocidos.
2. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.
3. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

El objetivo de la terapia era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos “disfuncionales”, dejando espacio a la aparición de configuraciones más funcionales; se conseguía por medio de la connotación positiva de todos los comportamientos, fueran sintomáticos o no, y por medio de los rituales familiares.

### **INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS**

**La connotación positiva.** Una connotación positiva es un mensaje por medio del cual los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto. El grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente designado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia. Cuando se califican como positivos los comportamientos sintomáticos motivados por la tendencia homeostática, lo que de hecho se connota como positivo es la tendencia homeostática del sistema y no a las personas. Se trata de prescribir el síntoma relacionándolo con su contexto social al servicio de la homeostasis familiar o algún aspecto de ella. La función primordial de la connotación positiva es permitir el acceso de los terapeutas al modo sistémico.

**Rituales familiares.** El grupo de Milán fue uno de los primeros en hablar de la utilidad de los rituales para lograr una intervención rápida y decisiva con familias disfuncionales. Van der Hart (1978; citado en: Imber-Black y cols., 1997) define los rituales como “actos simbólicos prescritos que deben ejecutarse de un modo determinado y en cierto orden, y pueden o no estar acompañados por fórmulas verbales”. El ritual funciona como un elemento para mantener y al mismo tiempo crear la estructura social de individuos, familias, comunidades así como para crear y mantener concepciones del mundo. Cuando se planifican y ponen en práctica rituales terapéuticos hay cinco motivos que sirven para orientar la toma de decisiones del terapeuta: miembros, curación, rituales de identidad, rituales para expresión y negociación de creencias, y rituales de celebración.

---

**Interrogatorio circular.** Hacia fines de la década de los 70's, Boscolo y Cecchin descubrieron que en vez de interesarse por las complejas prescripciones paradójicas los terapeutas en formación estaban interesados en saber sobre las conductas del terapeuta. Este desplazamiento del centro de atención de la conducta familiar al terapeuta dio lugar a la técnica de Interrogatorio Circular (Selvini y cols., op. cit.). De esta manera, el grupo de Milán introdujo el interrogatorio circular como un hecho para dirigir una investigación sistémica de los cambios y diferencias en las relaciones no funcionales o síntomas de la familia (Nelson y cols., 1986). Además de que permite reunir información, permite generar hipótesis e intervenciones; asimismo, proporciona a la familia la oportunidad de observarse a sí misma sistémicamente. Se dieron cuenta que el desarrollar una conciencia de la interrelación recíproca de las conductas puede dar lugar a un cambio espontáneo significativo. De acuerdo con Peggy Penn (1982), la finalidad del cuestionamiento circular es fijar el momento de la historia del sistema en el cual importantes coaliciones sufrieron un cambio y la consecuente adaptación a este cambio se volvió problemática para la familia. La información que busca el cuestionamiento circular se refiere a las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del surgimiento del problema. Por su parte, Karl Tomm (1987) considera la entrevista total como una serie de intervenciones continuas, por ello las considera "entrevistas con intervenciones", ya que todo lo que un terapeuta hace durante ella es en sí una intervención. Karl Tomm (1988) presenta cuatro tipos principales de preguntas: preguntas lineales, circulares, estratégicas y reflexivas.

El grupo de Milán publicó su artículo "hypothesizing-circularity-neutrality". Las tres categorías tratadas en el artículo representaban un intento brillante de trasladar las connotaciones del concepto de Bateson de la circularidad cibernética al trabajo diario de la consulta con seres humanos y familias. Se enunciaron tres principios con los cuales dirigir una sesión: formulación de hipótesis, circularidad y neutralidad:

**Formulación de hipótesis.** Nelson y cols. (op. cit.) proponen que este proceso incluye: a) Definición de hipótesis (explicaciones alternativas acerca de la familia y del "problema" dentro de su contexto relacional); b) Propósito de las hipótesis (conectar las conductas de la familia con el significado, guiar las preguntas y el orden, introducir una perspectiva sistémica a la familia); c) Formulación de hipótesis (basadas en la información que se

tiene acerca de la familia –opiniones y observaciones-, así como en la experiencia y conocimientos previos del grupo).

**Circularidad.** El grupo de Milán lo define como capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la retroalimentación que la familia le da en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones y por consiguiente acerca de la diferencia y el cambio. Nelson y cols. (op. cit.) menciona que los propósitos de la circularidad son: 1) introducir a la familia en una perspectiva sistémica; 2) desarrollar, confirmar o negar hipótesis del equipo acerca de la familia y la función del problema; 3) intervenir indirectamente mediante crear temas descuidados por la familia, o a través de cuestionar la eficacia de las soluciones intentadas en la situación.

**Neutralidad.** Cecchin (op. cit.) sugiere que el término neutralidad sea entendido como: creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta; la curiosidad lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos, los movimientos y puntos de vista engendran curiosidad. Para Boscolo y Bertrando (op. cit.), el concepto de neutralidad se refiere adoptar varias posiciones más que no adoptar ninguna. Es una posición relacional favorecida por una visión circular de la realidad que favorece la aparición de diversas ideas y puntos de vista.

**Elaboración de estrategias.** Karl Tomm (op. cit.) señala que el proceso de toma de decisiones está implicado pero no adecuadamente explicado en las tres directrices de entrevistas que plantean. De ahí lo apropiado de delinear una cuarta directriz para guiar a los terapeutas a tomar decisiones: la elaboración de estrategias. Esta directriz puede ser definida como una actividad cognoscitiva del terapeuta para evaluar los efectos de acciones anteriores, elaborando nuevos planes de acción, anticipando las posibles consecuencias de varias alternativas, y decidiendo cómo proceder en cualquier momento en particular con el fin de obtener el máximo provecho terapéutico.

En 1979 el grupo de Milán se dividió. Selvini y Prata dejaron el Centro para continuar su investigación sobre la familia. En 1983 Mara Selvini, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Ma. Sorrentino formaron un equipo para continuar la investigación sobre las tipologías

familiares. Boscolo y Cecchin continuaron su propia investigación sobre la formación y terapia.

Empezaron a considerar al “sistema significativo” relacionado con el problema presentado. Este sistema incluye las relaciones entre las personas implicadas en el problema (paciente designado, miembros de la familia nuclear, familias de origen, contemporáneos del paciente, la escuela, el trabajo, profesionales, servicios sanitarios y terapeuta). Tomar en cuenta este sistema les permitió elaborar hipótesis complejas, pluridimensionales (Boscolo y Bertrando, op. cit.). Con los años, las demostraciones y enseñanzas de Boscolo y Cecchin, se han apartado cada vez más de los modelos instrumentales del período “estratégico”. El método de Milán se ha modificado con el tiempo.

#### **2.1.7. Fundamentos de las terapias posmodernas.**

### **EL PASO DE LA MODERNIDAD A LA POSMODERNIDAD**

La tradición modernista es “el pensamiento que se origina en Descartes y que ha perdurado hasta el siglo XX y aspira al ideal filosófico de un conocimiento básico, fundamental de lo que es, y que intenta descubrir los fundamentos de una certidumbre en nuestro conocimiento del mundo exterior” (Madison, 1988, p. 10; citado en: Anderson, 1997). El conocimiento es representativo de un mundo objetivo, que existe con independencia de la mente y los sentimientos; es subjetivamente observable y verificable; es universal y acumulativo; domina la “verdad” y se valora la estabilidad. En esta visión modernista, el lenguaje es el medio para el conocimiento, es decir, el conocimiento se comunica a través del lenguaje. La función del lenguaje y del conocimiento es ofrecer un cuadro correcto que represente al mundo y nuestras experiencias en el mundo.

El modernismo y sus verdades proveen los cimientos de las humanidades y las ciencias sociales. Nuestra cultura de la psicoterapia tiene en ese discurso dominante su base histórica y son su reflejo; él ha elevado al terapeuta a la posición de un observador independiente con acceso privilegiado al conocimiento de la naturaleza humana. Este conocimiento permite a los terapeutas observar, describir y explicar objetivamente los comportamientos. El terapeuta tiene una mayor jerarquía otorgada por su autoridad de

conocimiento y verdad. Este saber del terapeuta, basado en teorías, prejuicios y experiencias profesionales y personales, actúa como una estructura *a priori* que predetermina el conocimiento que un terapeuta trae a la sesión y se impone al conocimiento del cliente. El terapeuta se convierte en un experto en observar, revelar y deconstruir la historia tal como realmente es y tal como debería ser.

El discurso modernista perpetúa la noción de las metáforas universales, descubribles, para la descripción humana, ideas fijas y monvocales y determinadas unilateralmente, sobre la naturaleza humana universal. Estas verdades se expresan en diagnósticos, objetivos y estrategias de tratamiento que se determinan *a priori* y se aplican indiscriminadamente; al actuar así se reifica su preconocimiento y se desecha lo singular, rico y complejo de un individuo. Como consecuencia de ello, se vislumbra al cliente como sujeto de indagación y observación y se coloca al terapeuta en una posición superior de experto; los clientes no participan conjuntamente con el terapeuta en una empresa conjunta. El lenguaje empleado en psicoterapia, bajo un discurso modernista, se basa en las deficiencias, es impersonal y desconoce el carácter singular de cada individuo y cada situación (Gergen, Hoffman y Anderson, 1995; citado en: Anderson, op. cit.).

Las transformaciones sociales y la incertidumbre que las acompaña, influyen en nuestra vida cotidiana. El futuro con sus cambios y retos políticos, económicos y culturales, requiere una nueva actitud mental y exige cambios en nuestra comprensión del mundo y del lugar que ocupamos en él (Gergen, 1982, 1991<sup>a</sup>, 1991b; citado en: Anderson, op. cit.). Desde la perspectiva de las ciencias sociales, el modernismo no está a la altura de estas complejidades y estos retos. El posmodernismo ha aparecido como una nueva forma de indagación propuesta por estudiosos de diversas disciplinas que han cuestionado las metanarrativas, la certidumbre y los métodos y prácticas del modernismo en las ciencias tradicionales, la literatura, la historia, el arte y las ciencias humanas (Berger y Luckmann, 1966; Gergen, 1982, 1985, 1994; Harré, 1983; Lyotard, 1984; Shotter, 1989, 1991b, 1993<sup>a</sup>, 1993<sup>a</sup>, 1993b; Silvestre, 1985; Vigotsky, 1986; citado en: Anderson, op. cit.).

El posmodernismo significa una crítica, no una época; designa una ruptura en una orientación filosófica que se aparta radicalmente de la tradición moderna y cuestiona el discurso modernista monovocal como fundamento de la crítica literaria, política y social. El

pensamiento posmoderno (a menudo se le ha ligado al posestructuralismo) logró reconocerse hasta la década de 1970, y representa ante todo un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. Rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno) del modernismo, y se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido; el cambio se acepta y se da por supuesto.

El pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva; hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. El posmodernismo ve al conocimiento como una construcción social, al conocimiento y al conocedor como interdependientes, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Lyotard, 1984; Madison, 1988; citado en: Anderson, op. cit.). No se puede tener un conocimiento directo del mundo; sólo se le puede conocer a través de nuestras experiencias. Desde una perspectiva posmoderna no hay una teoría, descripción o crítica que sea mejor que otras. Pero incertidumbre, impredecibilidad y desconocido no equivalen necesariamente a nihilismo, solipsismo o relativismo. Prescindir de la noción de verdad no significa que “nada exista”; adoptar una posición pluralista no significa que “todo valga”. El posmodernismo alienta la crítica social; desde una perspectiva posmoderna todo está sujeto a cuestionamiento, incluyendo al posmodernismo.

## **CONSTRUCCIONISMO SOCIAL**

Limón (2005) considera que es a partir de la segunda mitad de los años ochenta del siglo XX que empezaron a emigrar al ámbito de la terapia familiar nuevos puntos de vista y autores que propiciaron una forma diferente de ver los problemas humanos y la psicoterapia, entre los que se encontraba la orientación construccionista, también conocida como teoría del construccionismo social o socioconstruccionismo, y fueron

apareciendo los nombres de Kenneth Gergen, Tomás Ibáñez, John Searle, Rom Harré o John Shotter, entre otros.

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos Berger y Luckmann (1996; citado en: Anderson, op. cit.). Es una forma de indagación social. Gergen (1985; citado en: Anderson, op. cit.), quien es considerado como el principal representante del movimiento, define a la construcción social como una indagación que “busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en que vive; el construccionismo social no ve al discurso sobre el mundo como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un recurso para el intercambio comunal”. Se trata de un proceso de intercambio social. Para Gergen la relación es el locus del conocimiento. Los significados del lenguaje, es decir, los significados que atribuimos a las cosas, acontecimientos, la gente y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos: del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente. El énfasis está puesto más en “la base contextual del significado y su continua negociación en el tiempo” (Gergen, 1994, p.66; citado en: Anderson, op. cit.), que en la localización de los orígenes del significado.

Considerada por Ibáñez (1990; citado en: Limón, op. cit.) como heredera intelectual del racionalismo y de su vertiente teórica contemporánea, la orientación construccionista podría ser considerada como una aproximación ecléctica, sobre todo por sus fuentes de inspiración. Es una orientación que mantiene un estrecho vínculo en el campo de la sociología del conocimiento, aunque las particularidades de esta aproximación se desarrollaron en el campo de la psicología social. Se trata de un movimiento que desde sus inicios buscó distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología, además de presentar un frente común en contra de las posturas positivistas dominantes. La orientación socioconstruccionista, según Ibáñez (op. cit.; citado en: Limón, op. cit.), fue emergiendo como un intento de hallar una metateoría que pudiera representar una alternativa válida frente al modelo empirista de la ciencia. En cierta medida, para Ibáñez el resultado es una amalgama de las aportaciones más sustantivas de diferentes orientaciones para, como lo señalara Gergen (1985b; citado en: Limón, op. cit.), dilucidar los procesos mediante los cuales las personas consiguen describir, explicar o dar cuenta del mundo en que viven. Para ello, toma en cuenta cuatro hipótesis:



- Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social.
- Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
- El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.).
- Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros.

Los teóricos de la construcción social creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. Estos teóricos se colocan en una tradición posmoderna.

### **MODELOS POSMODERNOS**

A finales de la década de 1980 y al inicio de los años noventa, algunos terapeutas comenzaron a exponer una serie de inquietudes y reflexiones surgidas del análisis crítico de su experiencia con la teoría y la práctica clínica de la psicoterapia familiar y sistémica. Se empezó a hablar de “giro interpretativo”, que se caracterizó por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia, entre ellos la terapia narrativa de White y Epston, el trabajo con equipos reflexivos de Tom Andersen y el enfoque colaborativo representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian (Beltrán, 2004).

Estas aproximaciones proponen una perspectiva filosófica de la terapia basada en la premisa de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación. Enfatizan la importancia de realizar estas conversaciones con los clientes desde una posición no jerárquica.

Los modelos posmodernos ven a los clientes como expertos de sus propias vidas e intentan co-construir historias más útiles o posibilitadoras. Se apoyan en el Construccinismo Social pues afirman que hay múltiples realidades y que éstas son construidas socialmente y validadas consensualmente.

#### **2.1.8. Modelo de terapia narrativa.**

Los representantes de la corriente narrativa son Michel White, terapeuta familiar que reside en Adelaide, Australia, y David Epston, de Auckland, Nueva Zelanda (Suárez, 2004).

Dentro de este enfoque se lleva a cabo un proceso de externalización del problema, el cual es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona o a la relación a la que se atribuía. Al ayudar a los miembros de la familia a separarse y separar sus relaciones del problema, la externalización abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema; permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar.

A medida que las personas se separan de las historias dominantes o “totalizantes” que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Desde esta nueva perspectiva, estos hechos que contradicen su relato dominante permiten la generación de nuevas historias; siguiendo a Goffman (1961; citado en: White y Epston, 1993) White le ha llamado a esos hechos “acontecimientos extraordinarios” (White, 1987, 1988; citado en: White y Epston, op. cit.) o “logros aislados” (White, 1988<sup>a</sup>, 1989; White y Epston, 1989; citado en: White, 1994), y suministran una puerta de entrada a los territorios alternativos de la vida de una persona. Una vez que se ha establecido que determinados hechos son logros aislados o acontecimientos extraordinarios (puesto que se les considera significativos), el terapeuta puede facilitar la generación de historias alternativas estimulando a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. White ha denominado “relato extraordinario” a esta historia alternativa e introduce preguntas que invitan a las personas

a profundizar en la aplicación de estas historias alternativas. Para facilitar este proceso que White llama “recreación”, el terapeuta puede hacer una variedad de preguntas relativas al “panorama de acción” y preguntas relativas al “panorama de conciencia”. Las primeras hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo de conformidad con tramas particulares. Las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción (White, op. cit.). También es posible ampliar el alcance de dichas historias si se plantean preguntas que invitan a las personas a identificar y reunir a un público ante el cual crear nuevos significados; estas preguntas se denominan “preguntas de difusión extraordinaria” (White, 1989; citado en: White y Epston, op. cit.). En este sentido, también es posible convocar a una audiencia a través de diversos medios como: hacer referencia a las personas significativas de su contexto contemplando estas diferentes voces, involucrar a las personas de su entorno mediante el empleo de medios escritos o testimonios para validar los cambios, realización de rituales, etc. Es preciso señalar que el lenguaje escrito realiza una contribución importante en el proceso de redescrición de las personas. White y Epston (op. cit.) hacen referencia a diferentes tipos de documentos terapéuticos que sirven para este fin, entre ellos se encuentran: cartas de invitación, cartas de despido, cartas de predicción, cartas de contraderivación, cartas para ocasiones especiales, cartas breves, certificados, declaraciones y autocertificados; su empleo depende del propósito que se tenga contemplado con cada paciente.

Por otro lado, el proceso de entrevista basado en “preguntas de influencia relativa” (White, 1986<sup>a</sup>; citado en: White y Epston, op. cit.) resulta eficaz para la externalización del problema. Estas preguntas se componen de dos conjuntos de preguntas: 1) Animar a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones; 2) Instar a las personas a describir su propia influencia sobre la “vida” del problema. Al invitar a las personas a revisar los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, las preguntas de influencia relativa les ayudan a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo; esto las arranca de un mundo estático en donde los problemas son intrínsecos a las personas, y las introduce en un universo de experiencia en donde las personas encuentran nuevas posibilidades de acción.

El enfoque narrativo sitúa a la persona como protagonista de su propio mundo. Es un mundo de actos interpretativos, un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva, un mundo en donde la persona participa en la re-escritura y en el moldeado de sus vidas y relaciones; a esto White y Epston (op. cit.) denominan agencia personal.

#### **2.1.9. Modelo de terapia basado en equipos de reflexión.**

De acuerdo con varios autores (Anderson, 2001; Hoffman, 1991; Lax, 1994; White, 2002; citado en: Beltrán, op. cit.), a Tom Andersen se le atribuye la “paternidad” del trabajo con Equipo Reflexivo. Andersen precisa que el trabajo que realizaban antes de 1984 se caracterizaba por decir a los clientes lo que tenían que hacer y cómo debían ver el problema. Las entrevistas con los clientes se hacían desde la perspectiva de ideas preconcebidas acerca de cómo podían explicarse sus problemas; las preguntas tenían el propósito de confirmar o invalidar las ideas de los miembros del equipo respecto a determinados patrones de relación, ya que las premisas en que sustentaban su trabajo provenían de su formación cibernética y constructivista. Se interesaban en cuáles podrían ser las diversas definiciones del problema y las posibles soluciones a éste.

Según Andersen (1994, 2001; citado en: Beltrán, op. cit.), el trabajo con *Equipo Reflexivo* (como lo empezó a denominar en 1985) surgió aproximadamente en 1984, cuando 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 por qué de ocultar 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.

Los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente para que el cliente pueda oírlo. Se trata de una postura que valida lo singular, rico y complejo del conocimiento y la experiencia del otro.

En el Equipo Reflexivo 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. El objetivo del Equipo Reflexivo es escuchar diversas voces, historias poco usuales (creatividad) que les permitan a los consultantes construir nuevos significados y, por tanto, hacer cambios de acuerdo a sus metas particulares.

Los principios generales del Equipo Reflexivo son:

- No juzgar.
- No hacer interpretaciones.
- No hacer contacto visual con los clientes.
- No dar consejos.
- No sermonear.

William Lax (1995; citado en: Licea y cols., 2002) recopila y propone diferentes sugerencias en torno al Equipo de Reflexión, señalando dos momentos del trabajo:

1. Antes de la intervención del Equipo Reflexivo: Los miembros del equipo pueden hacerse a sí mismos algunas preguntas antes de ofrecer reflexiones:
  - ¿Qué elementos de la entrevista estimularon mis ideas?
  - ¿Hubo algo en especial de lo que vi u oí que me haya hecho pensar de esa manera?
  - ¿Hubo algo de lo que oí que me haya emocionado o “llegado” personalmente?
  - ¿Hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en este momento?
2. El Equipo de Reflexión en acción. En el momento de ofrecer sus reflexiones:
  - Los miembros del equipo conversan entre sí de 10 a 15 minutos.
  - Un miembro del equipo puede hacer una pregunta acerca de algo novedoso que notó en la entrevista.

- Cada pregunta puede referirse tanto a la historia de la excepción como a sus posibilidades al futuro.
- Cada miembro del equipo sitúa su comentario, es decir, lo contextualiza en función de su experiencia, educación, sistema de creencias, etc.

Por su parte, Griffith & Griffith (1994; citado en: Licea y cols., op. cit.) describen que en su trabajo con Equipos de Reflexión les son útiles los siguientes lineamientos:

- Las especulaciones se limitan a las conversaciones que han tenido lugar en ese momento y ese lugar.
- Las ideas se presentan de manera tentativa.
- Los comentarios se construyen como connotaciones lógicas o positivas y no como críticas ni acusaciones.
- Los miembros del equipo mantienen contacto visual entre ellos sin ser descorteses para mantener la diferenciación entre la postura activa (que habla) y la pasiva (que reflexiona).
- Los miembros del equipo tratan de presentar los dos lados de un dilema, moviéndose de una postura de “o” a una postura de “y también”.

Cuando se trabaja con Equipos de Reflexión generalmente no se pretende llegar a una conclusión o “cierre” al final de la sesión, más bien se aspira a dejar abiertas distintas ideas y posibilidades para los participantes en las conversaciones reflexivas.

#### **2.1.10. Enfoque colaborativo.**

Anderson inició su trabajo como terapeuta familiar a raíz de su contacto con Goolishian y la terapia de impacto múltiple en 1970, en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas (Beltrán, op. cit.). La terapia de impacto múltiple fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes. La terapia se realizaba por un equipo multidisciplinario que trabajaba con una familia. Como señala Anderson (2003<sup>a</sup>; citado en: Beltrán, op. cit.), la terapia de impacto múltiple representó una aproximación innovadora a la comprensión de la terapia y

al diseño de una nueva teoría social: el equipo valoraba la importancia del individuo y sus sistemas relacionales.

El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliman. Anderson (2001, 2003<sup>a</sup>; citado en: Beltrán, op. cit.) menciona que influidos por el trabajo sobre comunicación humana del grupo de Palo Alto, la importancia que le daban a usar el lenguaje de los clientes tenía un fin estratégico; consistía en hablar el lenguaje de los clientes para conocer sus valores y sus visiones del mundo. Sin embargo, su acercamiento a la obra de Humberto Maturana (1975, 1978; citado en: Beltrán, op. cit.) sobre la biología del lenguaje, así como su acercamiento en la década de los ochenta al construccionismo social y la hermenéutica propiciaron que cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico-cibernético. Dejaron de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, y lo empezaron a considerar generativo, la esencia del diálogo y, por lo tanto, la esencia del proceso terapéutico.

La teoría desarrollada entonces por Anderson y Goolishian se conoció como *sistema determinado por el problema y enfoque de organización y disolución del problema*. En 1987 le llamaron *enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración* (Beltrán, op. cit.). Goolishian, hacia el final de su vida, se interesaba por las metáforas de la teoría literaria. Harlene Anderson continuó la obra; ubica su propuesta dentro de las tendencias narrativas posmodernas y le llama *enfoque colaborativo* (Anderson, 1999; Anderson, 2001; Anderson y Goolishian, 1992; Anderson, Goolishian, Pulliman y Winderman, 1986; citado en: Beltrán, op. cit.).

Según Anderson y Goolishian el lenguaje no es sólo signos y estructura, es la relación que mantenemos con nuestro contexto y éste se encuentra presente en todos los actos comunicacionales generando significados; es a través del lenguaje como compartimos la realidad. Las premisas de este enfoque son:

- Los sistemas humanos generan lenguaje y significados, son sistemas lingüísticos; es la comunicación lo que define la organización del sistema y no viceversa. El sistema terapéutico es un sistema lingüístico.
- Los significados se generan en el encuentro, en el intercambio comunicacional, siendo ahí donde surgen los significados compartidos; por lo tanto, la comunicación en la terapia sólo es relevante en ese contexto.
- El sistema terapéutico se organiza alrededor del problema, generando significados que puedan permitir desorganizar el problema.
- La terapia es la búsqueda de nuevos significados a través de la conversación; lo que genera el cambio.
- La postura del terapeuta es de respeto, horizontalidad y curiosidad.
- El papel del terapeuta es el de “experto en la conversación”, cuya labor consiste en facilitar el diálogo. La labor del terapeuta consiste en resignificar las historias que están alrededor-en-entre-con el problema y encontrar nuevas donde el problema significa algo diferente.
- La meta de la terapia es desorganizar el problema al propiciar nuevas explicaciones.

Desde la postura colaborativa, en la terapia el terapeuta participa en las relaciones con sus clientes; se incluye y se valida el saber cotidiano y la experiencia del paciente en la conversación terapéutica, se recupera su idiosincrasia y se reconoce la característica relacional y discursiva del encuentro entre los participantes del proceso terapéutico. El terapeuta identifica la naturaleza local de dicho proceso, evita imponer una comprensión superior y permite que emerjan soluciones decididas con mutualidad. El discurso del terapeuta y de los participantes del equipo ocupa un lugar entre otras posibilidades disponible, sin ser superiores (Beltrán, op. cit.).

Finalmente, quisiera señalar que en el apartado de “Consideraciones finales” se hará un breve análisis comparativo de los modelos teóricos revisados en este capítulo y que constituyen las diferentes escuelas de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.





**TERCERA PARTE**

**DESARROLLO Y APLICACIÓN  
DE COMPETENCIAS  
PROFESIONALES**

### 3.1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

#### 3.1.1. Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con familias.

A continuación se presenta, de manera esquemática, un resumen del trabajo clínico que realicé como terapeuta principal con las familias en las diferentes sedes y en los distintos semestres:

SEDE Y SEMESTRE	FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO UTILIZADO	NUMERO DE SESIONES	SITUACIÓN FINAL
CCHA 2° Sem.	1	El adolescente acude debido a que presenta problemas de rendimiento académico que se acrecentaron a raíz de un secuestro que sufrió hace algunos meses.	Modelo de Milán	5	Baja del servicio.
ISSSTE 2° Sem.	2	La señora manifiesta sentirse estresada, con muchos problemas que descarga en su hijo mayor, quien últimamente se muestra muy rebelde y violento.	Modelo de Terapia Breve centrado en el Problema	5	Alta del servicio.
FESI 3° Sem.	3	La familia acude debido a que el hijo menor no controla "sus ansias de comer" y lo hace a escondidas. Se agudizó cuando el padre se fue de la casa.	Modelo Estructural	10	Alta del servicio de común acuerdo con la familia.
FESI 3° Sem.	4	Se solicitó el servicio debido a la depresión que experimentaba toda la familia por la separación entre los padres.	Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas y Modelo de Soluciones	10	Alta del servicio de común acuerdo con la familia.

SEDE Y SEMESTRE	FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO UTILIZADO	NUMERO DE SESIONES	SITUACIÓN FINAL
ISSSTE 4° Sem.	5	La joven solicitó el servicio debido a que tuvo una experiencia de abuso cuando era niña y, en ocasiones, los recuerdos de ese evento le afectan.	Modelo Narrativo	4	Alta del servicio de común acuerdo con la familia.
CCHA 4° Sem.	6*	Los padres solicitan el servicio debido a que recientemente sufrieron un accidente automovilístico en el que falleció su hijo menor.	Modelo Narrativo	8	Alta del servicio de común acuerdo con la familia.

Enseguida se muestra brevemente el trabajo clínico realizado con las familias y el análisis del mismo; es importante aclarar que se han modificado los nombres de los consultantes con el propósito de respetar su confidencialidad.

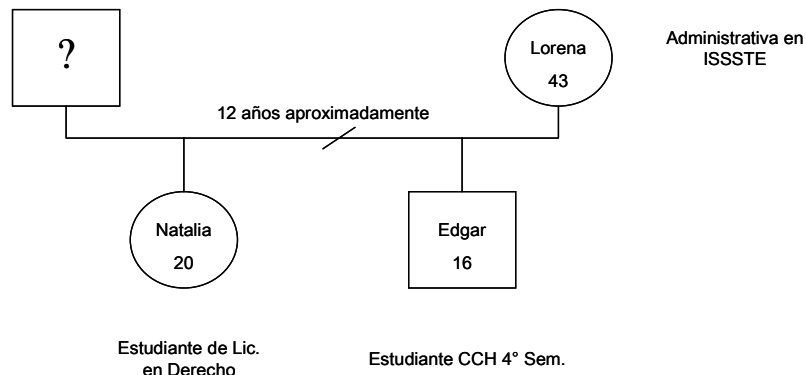
**FAMILIA 1**

**SEDE:** CCH Azcapotzalco

**SUPERVISORA:** Mtra. Carolina Rodríguez

**EQUIPO DE SUPERVISIÓN:** Patricia Aguilera, Arturo Amaro, Lilia Bueno y Liliana Hernández

**FAMILIOGRAMA**



\* El abordaje del caso se encuentra en la cuarta parte de este trabajo, por tratarse de la familia que se eligió para realizar el análisis temático para la presentación del examen de competencias profesionales.

## **MOTIVO DE CONSULTA**

Edgar presenta problemas de rendimiento académico que se acrecentaron a raíz de un secuestro que sufrió hace algunos meses.

### **1° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Edgar.

Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico y se rastreó información entorno al motivo de consulta. Comentó que desde hace un año ha empezado a tener problemas en la escuela y señaló algunos acontecimientos que pudieran estar relacionados con esta situación: el rompimiento con su novia, la traición de su amigo que empezó a establecer una relación sentimental con su ex novia y el asalto. Estos hechos le afectaron de tal manera que cayó en una depresión que lo llevó a dejar el básquetbol, a sentirse desinteresado por las cuestiones escolares y a proteger a su mamá ocultándole el cómo se siente. Se terminó la sesión haciendo un equipo reflexivo y se le prescribió la realización de un ritual en su casa para trabajar con el sentimiento de enojo que le produce el recuerdo de su asalto.

### **2° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Edgar.

Edgar no consideró necesario realizar la tarea que se le pidió puesto que la experiencia que vivió ya la dejó atrás. Al inicio de la sesión se mostró muy callado y poco participativo, por lo que se le preguntó si en realidad consideraba importante el recibir este servicio, ya que él no lo había solicitado y no sabía con precisión quién lo había hecho; él dijo sí estar interesado. Se le cuestionó acerca de lo que le gustaría conseguir en este espacio y dijo que le gustaría reflexionar sobre lo que le había pasado, porque el recuerdo del accidente le dificulta poner atención en las clases. Después de platicar sobre su asalto, se elaboró su familiograma y se sondeó cómo eran las relaciones entre los miembros de su familia. Señala que se siente solo y que únicamente puede platicar con sus amigos, pues la relación con su madre y hermana es muy distante. Edgar comenta que no tiene ninguna relación con su padre y que tampoco le interesa tenerla. No sabe nada de él: ni su nombre, edad, ocupación, nivel de estudios o situación actual. Se le pidió que investigara para la, próxima sesión, algunos datos sobre su padre: nombre, edad, ocupación, situación actual, etc.

### **3° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Edgar.

Edgar comentó no había podido averiguar nada sobre su padre. Posteriormente se procedió a elaborar su genograma y en esta actividad fue posible apreciar, en reiteradas ocasiones, que Edgar desconocía demasiados datos sobre su familia. Al final de la sesión dos terapeutas hicieron una representación en la que mostraban a Edgar caminando de un lugar a otro con los ojos cubiertos. La supervisora le comentó que él había aprendido a ponerse una venda que le impedía observar quién era y reconocer sus raíces; también le dijo que guardaba un parecido con su padre, siguiendo su mismo mandato de no estudiar y de no interesarse por lo que ocurre en su familia. Finalmente, el equipo utilizó una estrategia para mostrarse unos a favor del cambio y otros del no cambio.

### **4° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Edgar.

Edgar comentó que no estaba de acuerdo con algunas de las percepciones del equipo en la sesión anterior, sobre todo en lo referente al parecido que guarda con su padre y al hecho de que desconoce muchas cosas de su historia, pues comenta que no puede saberlo todo. Señaló que le gustaría primero abordar su problemática académica y posteriormente su situación familiar. Por tal motivo la sesión estuvo dedicada a: explorar su historia académica, sus intereses vocacionales y perspectivas de estudio. Se le pidió como tarea desarrollar un plan de acción en el que establezca metas a corto, mediano y largo plazo con respecto a su situación académica. Se le dijo que el equipo se encuentra dividido en dos: en donde una parte considera que no hará su tarea aunque diga lo contrario, porque está acostumbrado a no ver lo que necesita o lo que está a su alrededor; mientras que la otra no sabe con precisión lo que ocurrirá en la siguiente sesión.

### **5° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Edgar.

La sesión fue de tipo psicopedagógico, debido a que Edgar decidió que el tratamiento se encaminará a lograr un mejor rendimiento académico. Por ello, se realizó un plan de estudios puntual y específico que contemplara metas a corto (culminación del presente semestre), mediano (trabajo para el 5° semestre) y largo plazo (después de concluir sus

estudios en CCH). Se terminó la sesión mencionándole la importancia de trabajar dentro de la modalidad de equipo terapéutico, debido a que Edgar había manifestado su inconformidad por esta modalidad, rechazaba la participación del equipo, señalando que no le agradan sus comentarios y que todos estaban equivocados. Finalmente, comentó que estaba de acuerdo en continuar con esta modalidad de trabajo.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

El proceso terapéutico que se llevó a cabo con Edgar inició en el mes de marzo y la última sesión se realizó en el mes de junio; el tratamiento fue interrumpido por su ingreso al campo laboral.

Durante las primeras sesiones se trabajó con el Modelo de Milán, en donde se utilizó el interrogatorio circular con el propósito de identificar las relaciones familiares que mantenían sus síntomas. Considero que técnicas como el desafío y las paradojas, no resultaron eficaces para la generación de cambios en su sistema familiar, debido a que el paciente las percibía como amenazantes.

Considero que desde un inicio fue difícil el tratamiento, en el sentido de que se mostraba poco interesado en la terapia. No me fue fácil el establecer contacto con él porque se mostraba muy retraído y en ocasiones poco participativo; desconozco si se debió a que no estaba interesado en el servicio, a que los temas abordados no eran de su interés o porque tenía en mente otros que desea abordar sin saber cómo hacerlo o si dichos temas le resultan dolorosos. Esta situación puede deberse al hecho de que él no fue el que solicitó el servicio por lo que resultó complicado precisar su motivo de consulta.

Al principio se abordó el motivo de consulta reportado por el departamento de psicopedagogía: el secuestro que sufrió. Este fue el tema central de las dos primeras sesiones. El equipo consideraba que se trataba de una experiencia muy importante y dolorosa la que había sufrido, es por ello que la mayoría de las intervenciones tanto del terapeuta como del equipo se encaminaban al abordaje de su secuestro y de los aprendizajes que había obtenido con tal experiencia. Se realizó un ejercicio en donde el equipo comentaba sus reflexiones en torno al suceso y, posteriormente, se le encomendó

una tarea que tenía como base el sentimiento que el paciente experimentaba al recordar el suceso; ese sentimiento era de enojo. Por ello, se decidió solicitarle de tarea que cada vez que él decidiera no asistir a sus clases o cuando decidiera no prestar atención a ellas, debía sacar de una pequeña caja de regalo un dibujo de cómo se veía a sí mismo (sin fuerza, sin interés por sus cosas y dejando de lado su proyecto de vida) y pensar que ese sería un regalo para su agresor, el cual había logrado su cometido: afectar la vida del joven. Se decidió vincular este sentimiento con la experiencia que había sufrido y con los problemas académicos que enfrentaba. La reacción del paciente fue de molestia, no le agradaron los comentarios del equipo e insistía en que el tema del secuestro ya no le afectaba y que no tenía relación alguna con sus dificultades académicas.

El equipo entonces consideró que efectivamente este tema ya no constituía el principal interés del paciente. Se procedió entonces a replantear el motivo de consulta; sin embargo, nuevamente el paciente hacía referencia a que deseaba reflexionar sobre su accidente y cuando se le hacía notar esta situación, él insistía en que ya no deseaba abordarlo más; empezó entonces a comentar los problemas familiares que enfrentaba con su madre y con su hermana. A partir de este momento se tenía como objetivo el rastrear información sobre su familia de origen: historia familiar y tipo de relaciones establecidas entre sus miembros.

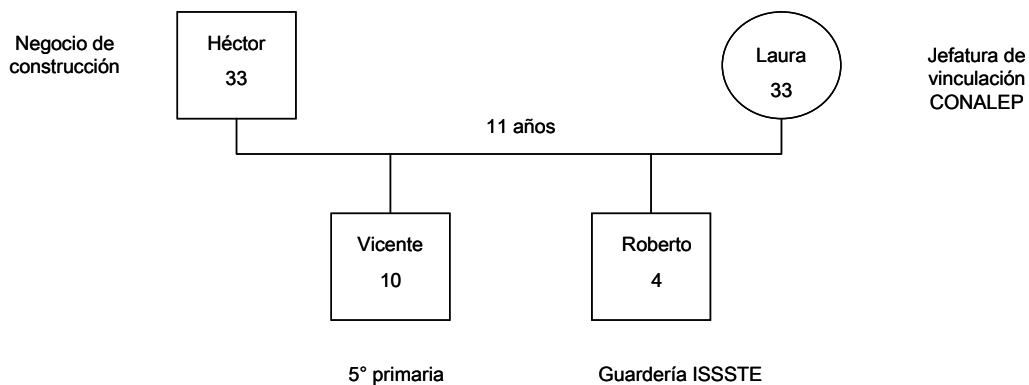
En esta nueva faceta del tratamiento el paciente se mostraba un poco más interesado, pudimos realizar su genograma y abordar el tema de las relaciones familiares. Una situación desconcertante fue el hecho de que el paciente desconocía o decía desconocer ciertos datos que se le solicitaban; se trataba de algunos datos generales sobre sus familiares, en especial, prefería no saber nada con respecto a su padre, quien lo abandonó siendo muy pequeño. Nuevamente el equipo intervino para hacerle saber que esta situación podía deberse a que prefería no saber nada por resultarle muy doloroso, además de encontrar algunas similitudes entre él y su padre. Esta analogía molestó al paciente en gran medida, solicitando a la terapeuta que no interviniera más el equipo pues todos estaban equivocados, incluso pretendió interrumpir el tratamiento. Se establecieron con él algunas negociaciones como el hacer que el equipo se mantuviera detrás del espejo sin participar directamente con él, sólo a través del teléfono y, nuevamente, se replanteó el motivo de consulta. El paciente dijo que lo que a él le interesaba era su

situación académica y que no deseaba abordar su problemática familiar en ese momento. Por ello, las siguientes dos sesiones estuvieron encaminadas a trabajar sobre su contexto escolar, teniendo como objetivo el realizar un plan de estudios puntual y específico que contemplara metas a corto (culminación del presente semestre), mediano (trabajo para el 5° semestre) y largo plazo (después de concluir sus estudios en CCH). Consideramos que estas sesiones le resultaron poco amenazantes al paciente al haber sido una sesión psicopedagógica, pues se mostró mucho más participativo al no tocar temas que lo inquietan, como lo es su situación familiar.

Después de ello se pretendía revisar el grado de avance y las dificultades del plan de estudios planteado; en caso de observar un ritmo y avance lento se pensaba en cuestionarlo sobre las ventajas y desventajas que esto trae consigo; finalmente, se indagaría sobre las condiciones que tiene en casa para estudiar; en dónde lo hace, en qué tiempos, quién lo ve, etc. Ya no fue posible realizar el rastreo de este tipo de información porque el paciente notificó que ingresaría a trabajar y que no le sería posible asistir a las sesiones. Se realizó entonces, vía telefónica, la evaluación del tratamiento y comentó que sólo se le había ayudado en el aspecto académico pero que faltaban otras cosas por tratar. Lo curioso del caso es que el paciente no mencionó jamás estas otras cosas que deseaba tratar durante las sesiones, ya que cuando se pretendía abordar su dinámica familiar él mencionaba que lo que necesitaba era apoyo en sus estudios.

Considero que el paciente nunca se sintió cómodo con la modalidad de trabajo que se tenía en CCH, ya que en repetidas ocasiones comentó que lo único que lo hacía sentir bien era la actitud cercana del terapeuta. Probablemente a ello se debió el que no comentara abiertamente los verdaderos aspectos de su vida que le inquietaban.



**FAMILIA 2****SEDE:** Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE**SUPERVISORA:** Mtra. Susana González**EQUIPO DE SUPERVISIÓN:** Patricia Aguilera, Arturo Amaro, Lilia Bueno y Liliana Hernández**FAMILIOGRAMA****MOTIVO DE CONSULTA**

La señora Laura manifiesta sentirse estresada, con muchos problemas que descarga en su hijo mayor, quien últimamente se muestra muy rebelde y violento.

**1° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Laura.

Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico y se rastreó información entorno al motivo de consulta. Comentó que al estar embarazada de Vicente se interrumpieron muchos de sus planes como el concluir sus estudios en ese momento, llegando a pensar en que el aborto era una opción. En la actualidad manifiesta sentir una mezcla de amor y odio por su hijo, con quien se desquita de sus problemas económicos y cuando se siente estresada. Se rastreó acerca de la forma en que se presenta el problema, es decir, la manera en que el enojo ocurre, sondeando cuestiones como: cuándo se presenta, con quién se presenta y cómo lo hace (señales que le da su cuerpo). Se le preguntó cómo intenta controlarse y dijo que saliendo a caminar, haciendo ejercicio o asistiendo a la

iglesia. Se le pidió como tarea que se enojara con su esposo y no con su hijo para que identificara las señales que su cuerpo le daba antes de enojarse.

## **2° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Laura.

Se inició la sesión preguntando acerca de las cosas que habían sido diferentes a partir de la sesión anterior. Comentó que se presentaron algunos cambios aunque mínimos, puesto que las agresiones a su hijo habían disminuido. Como resultado de la tarea que se le pidió, fijo que dichas señales eran: sentir un calor que invade su cuerpo, se pone roja, tensión en sus músculos, mucha desesperación y coraje, empieza a levantar la voz, a insultar y a amenazar a su hijo. La tarea que se le encomendó fue que reflexionara acerca de qué piensa ella de ella como madre y como una mujer joven que tuvo que enfrentarse a un embarazo no deseado que le cambió la vida.

## **3° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Laura.

Comentó que se ha sentido bien, más tranquila y relajada. Con respecto a la tarea, señaló que estuvo reflexionando y que en realidad se ha dado cuenta de que sí quería a su hijo. Parte de la sesión estuvo dedicada a que reconociera la responsabilidad que ella tenía al agredir a su hijo, pues ante una determinada situación ella elegía la forma de reaccionar. Se analizó el patrón de violencia que se presentó en un suceso violento para que ella pudiera identificar con mayor precisión las señales en su cuerpo. Se le habló acerca del círculo de violencia. Se le pidió como tarea que, al identificar las señales que su cuerpo le daba antes de agredir a su hijo, dijera en voz alta lo siguiente: “es mi decisión y responsabilidad el maltratar a Víctor”; después de ello tendría que decidir si lo agrede o no.

## **4° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Laura.

Se preguntó acerca del efecto que había tenido la tarea y comentó que, aunque no la decía en voz alta porque le daba pena y la hacía sentir mal, el hecho de reconocer que era su decisión maltratarlo impedía que lo hiciera. Indicó también que cuando se encontraban presentes otras personas ajenas a su familia se controlaba para no agredir a

su hijo porque le daba vergüenza que la vieran golpearlo. Reconoce que cuando le habla pacientemente a Vicente él responde correctamente, sin embargo dice no tener mucha paciencia; pero que ha empezado a hacerlo desde que acude a este servicio porque ha logrado desahogarse. Se le comentó que es importante negociar las reglas y llegar a acuerdos con los adolescentes en lugar de exigirles obediencia. Mencionó que ha comprobado que sí quiere a su hijo y que no le gusta que los demás lo maltraten o lo hagan sentir mal.

## **5° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Laura.

Laura comentó su preocupación por algunos síntomas que experimentó en esta temporada vacacional: pérdida de apetito, dormir demasiado, perder interés por la vida, tristeza, desesperación, nerviosismo y temblor en las manos. Considera que probablemente se deba a la falta de actividad laboral y a que dejó de practicar ejercicio. El doctor le recomendó que acudiera con un psicólogo pues detectaba en ella mucha dependencia hacia su esposo. Esta idea no le agradó pues se considera una mujer independiente. Sin embargo, tiene miedo a sentirse sola y miedo a perder a los que quiere. Señala que ha notado que ya cambió con Vicente, pues mantiene una mejor relación con él, ya no lo agrede y lo tolera más; de hecho su hijo se ha percatado de ello. Ahora su preocupación principal es la relación con su esposo, pues dice que lo ofende mucho y no sabe hasta cuándo pueda seguir soportándola. Se le pidió de tarea que si aparecían nuevamente los síntomas depresivos no tratara de ahuyentarlos, pues necesitábamos conocer las emociones que estaba viviendo; por ello tendría que escribir todo lo que fuera pensando o sintiendo. Finalmente, se le entregó un material para padres con hijos adolescentes que trata el tema de cómo establecer la disciplina en los jóvenes a través de la negociación.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

El proceso terapéutico que se llevó a cabo con la señora Laura inició en el mes de marzo y la última sesión se realizó en el mes de agosto; la paciente no acudió en 3 ocasiones por lo que el tratamiento fue interrumpido por los lineamientos que deben seguirse en la clínica del ISSSTE. Sin embargo, consideramos que sus objetivos iniciales fueron

alcanzados durante el tiempo que asistió, puesto que señaló que el tratamiento le había sido de mucha utilidad para relacionarse de una forma diferente con su hijo, pues había dejado de agredirlo y se encontraba intentando nuevas alternativas de relación con él.

El modelo teórico que sustentó las intervenciones fue el de Terapia Breve centrado en el problema, el cual resultó ser eficaz. Las intervenciones terapéuticas y los principales objetivos que se plantearon para el tratamiento fueron:

- Establecer el joining y el contrato terapéutico.
- Obtener información sobre el motivo de consulta para poder definirlo.
- Rastrear información sobre el problema para identificar las señales que le da su cuerpo antes de que el enojo se apodere de ella y averiguar sobre los intentos que ha hecho para solucionarlo.
- Reconocer la responsabilidad que la señora tiene en el ejercicio de la violencia.
- Fortalecer los recursos con los que cuenta para controlarse.
- Modificar el patrón de la violencia que ejerce hacia Víctor.
- Desarrollo de un plan personal para cesar la violencia.
- Establecer formas alternativas de relación con su hijo.
- Sustituir la noción de interacción violenta por la idea de mejorar la educación de hijos adolescentes, pudiendo manejar ese coraje negativo que en ocasiones la domina.
- Importancia de marcar límites claros en la educación de Vicente.

Considero que el trabajo realizado para poder definir el problema y los intentos de solución intentados, permitió a la paciente identificar el patrón conductual se presentaba antes de agredir a su hijo, pudiendo también plenamente reconocer que la responsabilidad de sus actos recaía en ella y que no podían ser justificados por la conducta del adolescente. El hecho de que yo le hiciera saber esto, llegó a inquietarme al principio ya que tenía miedo de lastimar la alianza terapéutica que habíamos logrado. Mi interés era mantener interesada a la paciente en el tratamiento, pues de lo contrario se corría el riesgo de que se alejara y continuara agrediendo a su hijo. Entonces busqué la manera de hacerle saber la responsabilidad que ella tenía en el ejercicio de la violencia, pero al mismo tiempo validarla por los esfuerzos continuos que realizaba por cambiar su

situación. Enfatizaba los recursos con los que contaba para hacer frente a las situaciones cotidianas sin tener que recurrir a la violencia.

Con respecto al objetivo de modificar el patrón de la violencia que ejercía con su hijo, se le pidió que antes de lastimarlo dijera en voz alta “es mi decisión y responsabilidad el maltratar a mi hijo”; esta tarea que parece muy sencilla fue capaz de interrumpir y cambiar el patrón de conducta violenta, pues le resultaba muy difícil el agredirlo reconociendo que era decisión suya; esta tarea no pretendía de inmediato cesar la violencia, sino únicamente contribuir a la reflexión y conscientización de que era su responsabilidad. Sin embargo, los resultados fueron mejores pues a partir de entonces disminuyó el maltrato. De ahí, se trabajó acerca de buscar otras alternativas de relación con su hijo y la señora empezó a hablar más con él, a mostrarse más paciente y a negociar con el adolescente.

El equipo consideró importante trabajar a distancia con el adolescente puesto que también se encontraba en una etapa de rebeldía y desafío con su madre, por ello se pensó en trabajar con materiales bibliográficos encaminados a impartir una disciplina amorosa con los adolescentes; sólo fue posible darle dos materiales para que los revisara en casa, pero no pudieron ser analizados en la sesión puesto que la señora llegó muy preocupada por los síntomas de depresión que estaba experimentando. Se consideró retomarlo para las próximas sesiones pero volvió a faltar y tuvo que ser dada de baja por el servicio de terapia familiar, siendo reubicada en el área de Psicología del ISSSTE.

Desafortunadamente no será posible continuar con el tratamiento, quedándose algunos aspectos pendientes como el establecimiento de límites claros en la educación de Vicente y, posiblemente, incorporarlo al trabajo terapéutico. Además de que la señora comentó que el problema que enfrentaba con su hijo ya lo había superado, pero que se encontraba interesada en lograr cambios similares en su relación de pareja, ya que deseaba dejar de agredir a su esposo y encontrar nuevas formas de relación con él.

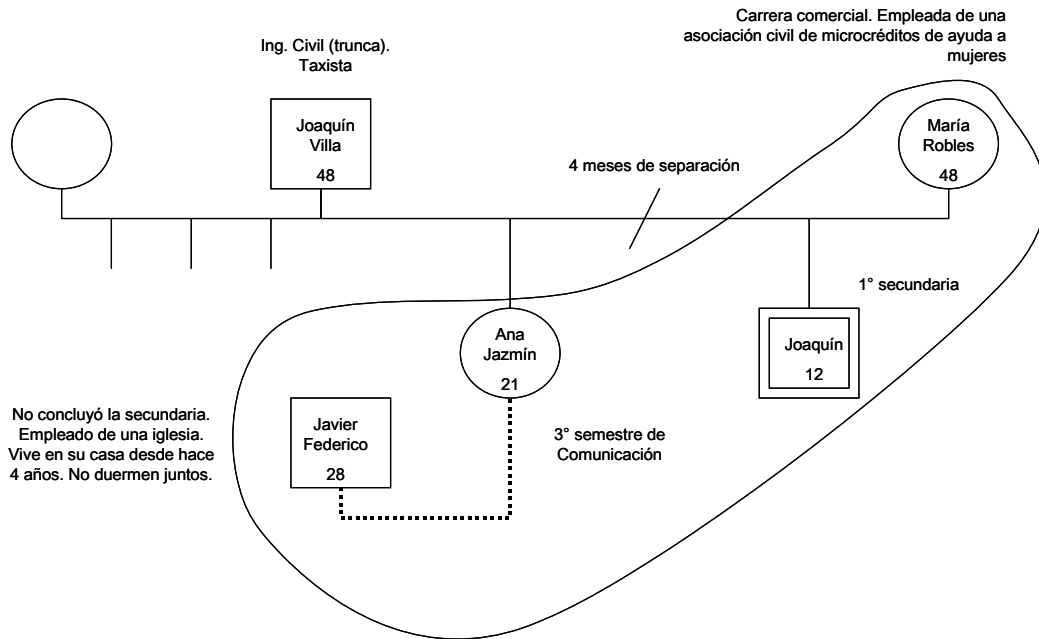
**FAMILIA 3**

**SEDE:** Clínica de Terapia Familiar Iztacala

**SUPERVISORAS:** Dra. María Suárez Castillo y Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

**EQUIPO DE SUPERVISIÓN:** Patricia Aguilera, Arturo Amaro, Lilia Bueno y Liliana Hernández

**FAMILIOGRAMA**



**MOTIVO DE CONSULTA**

Jazmín solicitó el servicio para su hermano Joaquín. Señala que es un niño obeso, pero cree que no es un problema físico porque él no come mucho. Joaquín no controla “sus ansias de comer”, lo hace a escondidas. La familia no ha podido controlar esta situación. Se agudizó cuando el padre se fue de la casa.

**1° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora María y Javier Federico.

Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico y se rastreó información entorno al motivo de consulta. La madre comentó que le preocupa su hijo Joaquín por los cambios hormonales y físicos, así como por el hecho de que hace 5 meses se fue su padre de la casa. Señala que la separación lo afectó porque ha empezado a decir que no tiene papá y

piensa que puede sentir coraje hacia ella por culparla de la separación. La madre cree que la separación se debe a que el señor tiene otra pareja. No han tenido contacto con el padre. El señor continuamente golpeaba a la señora María y mantenía una relación muy distante con sus hijos. Comentaron que Federico lleva cuatro años viviendo con ellos por dificultades que tuvo en su casa y, aunque lo considera de la familia, María creen que es necesario definir la situación. La madre narró que su hija sufrió abuso sexual en la infancia por parte de un familiar, lo que le provoca mucho remordimiento y culpa por no haberla protegido y por no haber sido una buena madre para ella. Señaló también que los papeles en el hogar no están muy claros, pues su hijo recurre más a Ana que a ella y no hay una autoridad real de su parte. Cuando tratan de que Joaquín obedezca recurren a la violencia, pues de otra forma no responde.

## **2° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora Tere (abuela materna), la señora María (madre), Ana, Joaquín y Javier Federico.

Se precisaron las expectativas que cada uno tenía con respecto al tratamiento. Se habló de lo que para cada quien representaba la ausencia del padre y de la forma en que esta separación les había afectado. Todos estuvieron de acuerdo en que viven más tranquilos y unidos desde que el padre se fue, aunque reconocen que lo extrañan. Se les preguntó acerca de los cambios que tuvieron que hacer al interior de la familia para reorganizarse a partir de la separación. Se les pidió como tarea que pensaran de qué manera cada uno ha participado para lograr ese bienestar familiar y sobre lo qué podrán hacer para continuar teniéndolo.

## **3° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente la señora María, aunque fue acompañada por Ana y Javier Federico, quienes permanecieron afuera por petición de la madre.

Se inició la sesión comentando el estado actual de salud de la señora María, quien padeció un infarto cardiaco y uno cerebral, lo que le dejó algunas secuelas en su capacidad de movimiento. La señora considera que tiene una nueva oportunidad para hacer algo importante: “arreglar su vida”. Manifestó que se ha sentido muy inquieta porque el señor Joaquín está intentando regresar con ella. Esta situación la confunde

porque, por un lado, lo extraña y se emociona al verlo y, por otro, sabe que las cosas no van a funcionar porque él no ha cambiado, ya que de hecho se presentó un nuevo evento violento con el señor; en esta ocasión lo detuvo y se le felicitó por haber detenido la violencia a pesar de las condiciones físicas en que se encontraba. Ella comentó que se sintió muy bien por haber defendido a su familia. Después de esto el padre ha tratado de acercarse a sus hijos. María está convencida de que las cosas no funcionarán porque él ha reafirmado el rencor que le tiene y porque ella se ha acostumbrado a ser independiente. Comentó que le pidió a su esposo que asistieran juntos a la terapia, pero que él se negó y le dijo que la única que estaba mal era ella. Se le pidió que hiciera un ejercicio de reflexión con varios posibles futuros: una relación con él en donde haya límites claros; una relación con él sin límites; permanecer sin pareja; iniciar una relación con una pareja diferente, etc. Se le pidió que pensara cuál le beneficiaría más a ella y a su familia.

#### **4° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora María, Ana y Javier Federico.

Comentó que con la balanza se había dado cuenta que su esposo es alguien muy importante en su vida, pero que por ahora no desea volver con él porque quiere estar tranquila y llevar a cabo sus planes personales. Ana comenta que ha visto de mejor ánimo a su mamá. También señaló que su papá ha estado frecuentando mucho a su hermano y le ha estado “metiendo ideas en la cabeza” lo cual ha provocado cambios en el comportamiento de Joaquín, pues se ha vuelto agresivo con ellas. Consideran que el niño actúa así porque le tiene lástima a su papá y porque cree que la madre es la culpable de la situación actual en la que vive el señor. La madre comentó que su hijo continúa comiendo de manera obsesiva, lo cual lo atribuye a que el niño se encuentra en medio de los dos y no sabe qué hacer. Dijeron que el padre los culpa a todos de lo que le ocurre y se trabajó con la madre para desculpabilizarla. Se habló de la importancia de marcar límites claros en esa relación y de buscar la forma de evitar que el padre continuara influyendo negativamente en el niño pero pudiendo establecer un tipo diferente de relación.



## 5° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudió la señora María.

María comentó que había decidido darle una nueva oportunidad a su esposo para que regresara a casa. Dice que lo muy cambiado y cree que ya ha empezado a valorar a su familia. Joaquín se mostró muy contento con esta nueva situación, y aunque Ana no está segura de que sea un cambio real el de su padre lo ha aceptado también. Señaló que en este tiempo las cosas han estado bien en casa y se le hicieron algunos cuestionamientos para que ubicara qué podrían hacer para conservar este bienestar familiar. Mencionó que el problema alimenticio de su hijo continúa, pero cree que ahora se debe a que se sintió utilizado por el padre para que pudiera regresar a casa; también señaló que tiene dificultades para que Joaquín la obedezca. Se habló de lo importante que resulta continuar manejando límites claros tanto en su relación de pareja como en la educación de su hijo. Se le dijo que podía invitar a su esposo a las sesiones para tratar el tema de la educación de Joaquín.

## 6° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora María y Ana.

La madre dice que su esposo está tratando de cambiar y que se comporta diferente, pero que le gustaría que pudieran hablar de lo que pasó anteriormente porque él se niega a hablar de ello. Ana dice que el regreso del padre sólo ha traído beneficios a la madre porque ellos se sienten desplazados. También comentó que su hermano se ha mostrado muy agresivo con la familia, principalmente con ella y con Federico. María dice que el comportamiento de Joaquín se debe a que se siente utilizado por su padre; además siente que el niño está “muy cargado de culpa” y que por las noches, se despierta intranquilo, va a la cama de la madre, le pide que lo abrace y le pide perdón por su mal comportamiento, pero al otro día se comporta igual. Tanto Ana como la madre reconocieron que toda la familia contribuyó al problema de agresión de Joaquín, puesto que antes de asistir a terapia lo insultaban frecuentemente diciéndole que estaba gordo. Se les dijo que necesitábamos conocer a qué se debe el enojo de Joaquín, por lo que les pidió de tarea que le permitieran expresarlo pero bajo ciertas condiciones. La familia tendría que observar, iluminar y permitir durante algún tiempo que Joaquín muestre su enojo.

## 7° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora María, el señor Joaquín, Joaquín y Ana.

La actitud del señor durante la sesión fue defensiva y aclaró que asistió porque su esposa lo había obligado, pero que él odia a los psicólogos y sacerdotes porque se meten en la vida de los demás. Se retomó la tarea y comentaron que había sido un éxito, puesto que al permitirle a Joaquín que expresara su enojo había dejado de hacer sus berrinches y no había agredido a su familia. El señor dijo que siempre han tenido problemas y que probablemente había sido una mala decisión regresar, pues tiene muy poca comunicación con su esposa y que su familia en general no lo entiende. María y Ana estuvieron de acuerdo en que las cosas no han estado bien en casa por la actitud del padre; éste comentó que notaba muy diferente a la familia y que no le gustaba cómo están ahora. La última parte de la sesión se dedicó a señalar nuevamente la importancia de mantener límites claros en la educación de los hijos y en la relación de pareja, con el fin de mantener relaciones libres de violencia.

## 8° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora María, Joaquín y Ana.

La madre comentó que a partir de la sesión anterior había notado muy cambiado a su esposo, pues se mostró muy cooperador y tranquilo, además habló con sus hijos; sin embargo, este cambio sólo duró pocos días, después de este tiempo se ha estado muy irritable, enojado y que no le habla a nadie, además de que ya no da dinero; incluso amenazó con irse de la casa. María se ha dado cuenta que no fue la decisión correcta el permitir que su esposo regresara. María y sus hijos dijeron no estar dispuestos a permitir nuevamente la violencia física que ejercía su padre en contra de su ellos. Los hermanos se han mantenido más unidos y ya no han discutido como antes. María dice que su esposo quisiera que ella continuara permitiendo todo como lo hacía anteriormente, pero como ahora la ve con una actitud diferente (más segura de sí misma y sin permitir la violencia) se siente enojado.

## 9° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron la señora María y Joaquín.

María dice que parece como si se hubiera dado un rompimiento completo en la relación con su esposo y de éste con sus hijos. Tanto ella como sus hijos consideran que no fue una buena idea el haber permitido nuevamente a su padre regresar a casa, pues el ambiente familiar otra vez se ha tornado tenso. Por su parte, la relación entre ella y sus hijos ha mejorado mucho pues platican, se abrazan, ya no pelean y están unidos a pesar de estar viviendo momentos difíciles; además sus hijos han mejorado en la escuela. Por otro lado, Joaquín comentó que ya no come de manera excesiva; dijo que antes comía por depresión porque se había ido su papá y porque su mamá tenía más comunicación con su hermana que con él; comentó que dejó de hacerlo desde hace 3 meses porque se dio cuenta que sí lo querían y que si su mamá tenía más comunicación con Ana era porque eran mujeres. Se le pidió que pensaran y discutieran en familia cómo querían verse a futuro y hacía dónde querían ir. A Joaquín se le pidió que para la próxima sesión hiciera un dibujo sobre cómo le gustaría verse a futuro.

## 10° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Joaquín.

Joaquín comentó que las cosas se encontraban mucho mejor en su casa, pues sus papás ya no han peleado y han estado juntos; además su papá ha tratado de platicar más con él y con Ana. Se hicieron algunas intervenciones encaminadas a marcar una distancia entre los problemas de sus padres y los que a él corresponden. Comentó que ahora se sentía más libre porque ha podido dejar a un lado el papel de “cuidador” de su madre, ya que la ha visto más fuerte y no permite que su esposo la golpee. La sesión estuvo encaminada a que Joaquín identificara las actividades que le tocaban hacer como un niño de 13 años, para lo cual se retomó el dibujo que se le pidió y se le hicieron algunos cuestionamientos para conocer lo que tenía que hacer para llegar a verse como en su dibujo. Se habló también sobre la importancia de optimizar su tiempo y equilibrar todas las áreas de su vida: escuela, familia, amigos, personal. Con respecto a su alimentación comentó que ya no comía excesivamente y que cuando le daba hambre entre comidas había optado por comer frutas y por beber agua.

## **CIERRE DEL TRATAMIENTO**

Por medio de una entrevista telefónica se realizó el cierre y la evaluación del tratamiento. María comentó que tanto ella como su familia consideran que la terapia fue muy útil pues el problema por el que solicitaron el servicio había mejorado notablemente, ya que su hijo había dejado de comer de manera compulsiva. Las relaciones entre los integrantes de la familia también mejoraron, pues ahora se tratan con respeto, se muestran más tolerantes, pueden hablar de lo que les molesta sin que eso represente un problema y buscan soluciones lógicas que convengan a todos; cree que como producto de la terapia la comunicación entre ella y sus hijos se había visto enriquecida ya que habían podido acercarse mucho. Personalmente la terapia le hizo reafirmar sus valores, le ayudó a comprenderse más a ella y a sus hijos y a tener un concepto diferente de sí misma.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

El proceso terapéutico que se llevó a cabo con la familia Villa Robles inició en el mes de Septiembre de 2004 con la entrevista telefónica y concluyó en el mes de Mayo del 2005. El motivo de consulta por el que se solicitó el servicio fue porque Joaquín, el hijo menor, comía en exceso y no podía controlar “sus ansias de comer”, haciéndolo a escondidas. La familia no había podido controlar esta situación, además de que se había agudizado cuando el padre se fue de la casa. Sin embargo, cuando se inició el proceso terapéutico con la familia pudimos percibir que se trataba de una familia “multiproblemática”, pues existían diferentes situaciones al interior de la familia que mantenían éste y otros problemas. Por citar algunos: el patrón alimenticio descontrolado de Joaquín; el abuso sexual que sufrió Ana por parte de un tío materno en su infancia; la separación de los padres; la violencia ejercida por el padre; la relación poco definida entre Ana y su novio Federico; la valoración pobre de sí misma de la señora María; la dificultad en la comunicación entre la madre y sus hijos; la rivalidad entre los hermanos; y la agresividad de Joaquín con su hermana, mamá y abuela. Posteriormente, la familia nos comunicó que el padre había regresado a casa; evidentemente esta situación produjo algunos reajustes al interior de la familia. Debido a la diversidad de aspectos que la familia solicitaba que se abordaran en las sesiones fue difícil centrarnos en los problemas alimenticios de Joaquín, además de que llegamos a considerar que de cierta forma todos

los problemas podrían estar relacionados, así que al abordar uno indirectamente se tendría un impacto en los otros.

Las hipótesis que se consideraron a lo largo del tratamiento sobre la dinámica familiar fueron:

- Probablemente la ansiedad por comer que Joaquín experimenta se encuentre relacionada con las diferentes situaciones familiares que lo rodean; entre ellas están: Joaquín parece experimentar carencias afectivas de las personas más significativas de su familia (madre, padre y hermana). La madre por el temor de perder a su hija, su principal apoyo, está dispuesta a aceptar en casa a Federico, aún cuando sabe que es una relación que no la beneficia del todo; además el tenerlo en casa le permite compartir con ellos la responsabilidad de proteger a la familia. Joaquín, al no tener presente a su padre, adopta como su modelo masculino a Federico, ya que se encuentra en la etapa de la adolescencia y requiere de un modelo a seguir; por otro lado, se siente incomprendido y excluido de la relación existente entre la madre y la hija. Ana no está de acuerdo en que Joaquín tome como modelo a seguir a Federico por el temor de que su hermano establezca un fuerte vínculo con su novio y pueda volver a sufrir en caso de que ella decida separarse de él.
- La familia tiene la fuerte creencia de que la autoridad la tiene aquel que tiene mayor nivel intelectual. Esta creencia fue introducida en la familia por la madre. La familia confía en que las personas preparadas académicamente tienen la capacidad de establecer las reglas en la familia. Los miembros de ésta se sienten defraudados por el padre quien, a pesar de haber estudiado, se ha mostrado violento con ellos. Joaquín se encontraba en un conflicto de lealtades pues su padre (a quien respeta, quiere y admira) le ha dicho que no debe confiar en los miembros de su familia pues quieren maltratarlo; se ha dado cuenta de que su padre estaba equivocado pero puede sentirse molesto con su madre por no haber impedido que su padre se fuera y con Federico por querer ocupar el lugar del padre. El padre ha reproducido los esquemas violentos que sufrió en su familia y los asocia con cuestiones de género; cree que Ana le hará daño a su hermano

---

como le ocurrió a él. Joaquín come de manera compulsiva al percibir que de esta forma su madre y su hermana se muestran interesadas por él y le demuestran el cariño que le tienen.

- Al reincorporarse el padre a la familia sus miembros se encuentran atravesando por un proceso de adaptación. La madre no establece reglas claras y firmes con sus hijos y con su pareja por el temor de que pueda darse nuevamente una separación o desencadenar un evento violento. Tanto Ana como Joaquín se sienten desplazados y enojados por que la presencia del padre no obedece a un deseo de estar con ellos, sino únicamente con la madre, quien obtiene los mayores beneficios del regreso del padre. Los hermanos han acentuado los conflictos entre ellos como una forma de manifestar su enojo: Ana por el regreso del padre (pues considera que su cambio es temporal) y Joaquín porque su padre ya no necesita acercarse tanto a él para reintegrarse a la familia, además su madre ya no tiene ojos sólo para él sino que comparte su mirada con el padre. Joaquín se muestra violento con Federico porque su figura paterna ha regresado y no desea que Federico la siga ocupando. Tanto la madre como los hijos se sienten contentos por un lado por el regreso del padre, pero por otro se sienten atrapados en un conflicto de lealtades: la madre está atrapada entre su esposo (el amor de su vida) y sus hijos (quienes le demandan una atención que no puede darles si el padre está cerca); Joaquín y Ana se encuentran felices por estar cerca de su padre pero al mismo tiempo se sienten desplazados por ambos padres.
- El padre se muestra agresivo cuando se siente amenazado por los demás, en el sentido de que la imagen que él tiene de sí mismo como una persona reflexiva y pacífica se vea contradecida con sus acciones, es por ello que prefiere no dar explicaciones a los demás sobre su comportamiento. Los hijos no se sienten tomados en cuenta por el padre y han llegado a sentirse desplazados por él ante la madre; no pueden abrir un canal de comunicación con su padre porque son descalificados, el discurso que maneja el padre les parece incoherente y debido a que no pueden hacerlo saber optan por distraer su atención entablando juegos y bromas entre ellos. El padre conoce poco de sus hijos por lo que no encuentra la manera de acercarse a ellos, además de que considera que lo primero que debe

hacer una pareja es logra un entendimiento entre ellos y después dedicarse a las cuestiones parentales.

El marco teórico que sustentó el trabajo terapéutico fue el Modelo Estructural pues se pretendía reorganizar la jerarquía en la familia, fortalecer las alianzas familiares y disolver las relaciones que son vistas como coaliciones, además de cuestionar las creencias familiares; pero en ciertos momentos del proceso el interés central fue cuestionar las creencias de culpabilidad de la señora y sustituirlas por otras más funcionales. Por ello, las intervenciones terapéuticas y los principales objetivos que se plantearon a lo largo del proceso terapéutico fueron:

- Establecer el joining y el contrato terapéutico.
- Obtener información sobre el motivo de consulta para poder definirlo.
- Abordar el tema de la violencia sexual que sufrió Ana.
- Conocer y cuestionar las creencias familiares acerca de que las reglas en casa son establecidas por la persona que tiene mayor nivel intelectual.
- Mantener un proceso para desculpabilizar a la señora María de aquellas creencias erróneas que su pareja le ha hecho creer a lo largo del tiempo.
- Explorar las relaciones intra/entre los diferentes subsistemas y la jerarquía en la familia.
- Validar los sentimientos encontrados de la familia con respecto a la ausencia del padre.
- Conocer los cambios que se hicieron al interior de la familia para reorganizarse a partir de la separación.
- Atribuirle a la madre el control por haber detenido la violencia (empoderarla) y por establecer límites claros en su familia.
- Conocer la forma en que la familia se reorganizó alrededor de la enfermedad de la madre.
- Señalar la importancia de continuar estableciendo límites y de encontrar formas diferentes de acercamiento entre la familia y el padre libres de violencia.
- Distinguir entre la añoranza por la relación inicial con su esposo y la relación que han mantenido en los últimos años.

- 
- Incorporar al padre al proceso terapéutico y conocer de qué manera se involucra en la educación de sus hijos.
  - Sondear de qué manera el regreso de su pareja afecta o facilita el proyecto de vida que la señora María se ha trazado y las implicaciones que tiene en la educación de sus hijos.
  - Importancia de marcar y mantener límites en la educación de los hijos y en la relación de pareja.
  - Propiciar la reflexión acerca de cómo mantener los cambios logrados hasta el momento aún con la presencia del padre nuevamente en casa.
  - Fijación de límites y fronteras entre el subsistema conyugal y el parental, al marcar una distinción entre los problemas de pareja y los problemas de los hijos.
  - Discutir sobre las herramientas con las que ahora cuentan cómo familia para hacer frente a las situaciones futuras que se presenten, destacando tanto los recursos individuales como familiares.
  - Rastrear información sobre el problema de alimentación de Joaquín para poder definirlo y contextualizarlo.
  - Reflexión sobre la importancia de equilibrar el tiempo y las acciones convenientes para las diferentes áreas de la vida de Joaquín: escuela, familia, amigos, personal.
  - Búsqueda de formas alternativas y más sanas de liberar estrés para evitar que Joaquín recurra a la comida con este fin.

Durante el proceso terapéutico se observó un interés permanente de la familia por participar en las sesiones; se logró establecer una relación cercana entre la familia y la terapeuta, lo cual facilitó el logro de los objetivos planteados. Algunos de estos logros fueron: el mejoramiento de la comunicación y de las relaciones al interior de la familia; pudieron encontrar formas alternativas de convivir y de solucionar problemas sin recurrir a la violencia; la elección de un proyecto de vida y la construcción de una nueva imagen personal de la señora María; el controlar la forma de comer de Joaquín al identificar que recurría a la comida como una manera de liberar el estrés que sentía; la búsqueda de medios alternativos para liberar su estrés; la distinción y separación de los conflictos conyugales, parentales, filiales y personales; así como el identificar los recursos con los que cuentan tanto individualmente como a nivel familiar para enfrentar situaciones futuras. Por lo anterior, se dio de alta a la familia de común acuerdo con ella.



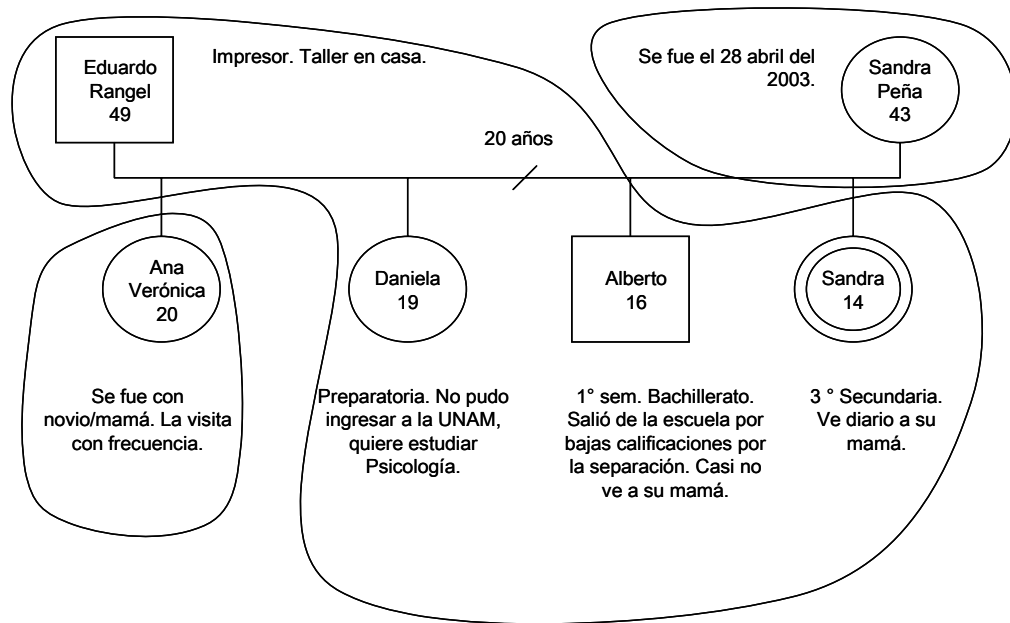
**FAMILIA 4**

**SEDE:** Clínica de Terapia Familiar Iztacala

**SUPERVISORAS:** Dra. Luz de Lourdes Eguluz Romo y Dra. Xóchitl Galicia

**EQUIPO DE SUPERVISIÓN:** Patricia Aguilera, Arturo Amaro, Lilia Bueno y Liliana Hernández

**FAMILIOGRAMA**



**MOTIVO DE CONSULTA**

El señor Eduardo solicitó el servicio debido a la depresión que experimentaba toda la familia por la reciente separación entre los padres.

**1° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Daniela, Sandra y Alberto. Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico y se rastreó información entorno al motivo de consulta. Las intervenciones de la familia acerca de lo que les preocupaba y de las expectativas que tenían de la terapia eran muy vagas; sin embargo, una preocupación en la que coincidieron todos fue su interés en mantener unida a la familia y en lograr más comunicación entre el padre y los hijos. El padre también comentó que la orientadora de la secundaria sugirió la terapia para Sandra pues le habían detectado

depresión. Se les pidió que para la próxima sesión observaran qué cosas de las que ocurren en su familia les agradan y desean que continúen presentándose.

## **2° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Daniela y Sandra.

Las hermanas comentaron con respecto a la tarea que les agrada que hagan actividades como familia y que puedan platicar entre ellos. Sandra comentó que le gusta que su hermano le tenga confianza; en ese momento empieza a llorar y dice que él le comentó que se drogaba. Todos han platicado cómo ayudarlo y cómo acercarse a él. También comentaron que han visto a Alberto con una actitud muy agresiva. La familia consideró que este podría ser un buen espacio para hablar de la drogadicción de Alberto, por lo que se les pidió que lo invitaran en las próximas sesiones. Se habló también de los motivos por los que se dio la separación entre los padres y de las implicaciones que tiene en la familia el hecho de que existan desacuerdos entre ellos con respecto a la educación de sus hijos.

## **3° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Alberto, Daniela y Sandra. Se abordó el tema de la adicción de Alberto. Alberto comentó que consumió marihuana por un período de 2 meses, de manera ocasional, y que había recurrido a ella para tratar de relajarse; la última vez que la consumió fue hace 15 días y dijo haber decidido dejar de hacerlo para no causarle más problemas a su padre con su mamá. El padre comentó que era posible que su hijo estuviera con las drogas por sentirse triste con la separación, aunque él le hacía ver que eso no solucionaba el problema. Se les preguntó si alguien más en la familia estaba triste por la separación y comentaron que Sandra, quien mostró su preocupación por el hecho de que seguramente su madre culparía al señor Eduardo de que Alberto se estuviera drogando; sus hermanos estuvieron de acuerdo con ella. Se les preguntó por qué creían que la madre lo culparía y Daniela dijo que porque estaban a cargo del padre y era su responsabilidad lo que les ocurre; sin embargo, los hijos no consideraban que su padre fuera el culpable. Se le pidió a Alberto que pensara en todas las opciones que tiene para relajarse sin tener que recurrir a las drogas.

#### **4° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Sandra y Alberto.

El padre comentó que había notado a Sandra enojada particularmente con él y que se había dado cuenta que su hija se molestaba cuando él no podía atenderla de manera inmediata, ya que cuando él se encontraba ocupado en alguna actividad llegaba Sandra y le preguntaba algo pero el padre no le contestaba de inmediato; esto hacía que la hija se enojara. La hija le comentó que en realidad no estaba molesta con él, pero que le gustaba que le pusiera atención y se interesara por sus cosas. Por otro lado, Alberto dijo que no había recurrido nuevamente a la droga; se le preguntó si había visto a los amigos que se la ofrecían y contestó que no; por lo que se le cuestionó si creía que hubiera alguna relación entre el hecho de no haberlos visto y el que no se haya drogado, dijo que probablemente si los hubiera visto habría tenido la “tentación” de consumirla pero que en realidad no lo habría hecho pues descubrió que con su patineta lograba distraerse.

#### **5° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron únicamente el señor Eduardo y Sandra.

Se inició la sesión señalando a la familia la importancia de precisar el motivo común que tenían para acudir a terapia, debido a que en las sesiones anteriores se habían presentado diferentes expectativas del tratamiento de acuerdo a las preocupaciones específicas de cada uno (tristeza de Sandra, adicción de Alberto, separación de los padres e interés por mantener unida a la familia). Todos estuvieron de acuerdo en centrarse en la “unión de la familia”, pues debido a la falta ella se presentaban los otros problemas. Se precisó el concepto de “unión familiar”, concluyendo que: “una familia unida es aquella en la que sus miembros colaboran, están integrados, juegan, se divierten y se demuestran su cariño tanto con palabras como con acciones”. Se realizó el trabajo con las preguntas de escala del Modelo de Soluciones tomando como referencia este concepto. Como resultado, se observó que todos se percibían actualmente más unidos que hace unos meses, Alberto se encontraba mejor en la escuela y en la casa, Sandra se veía más tranquila y el padre se sentía con más seguridad. Se les pidió que una vez a la semana por 30 minutos (mínimo) compartieran una actividad como familia (jugar, salir, platicar, etc.).

## 6° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Daniela y Sandra.

El padre comentó que en la escuela de Sandra dicen que ha cambiado mucho, que de hecho se ha vuelto más rebelde y “platicona”. Se les preguntó acerca de las tareas que se les encomendaron y el padre dijo que en estos días habían tenido mayores oportunidades de estar juntos en el momento de la cena; señaló que todos han estado más tranquilos, incluso Alberto se ha acercado más a la familia. Se les preguntó qué le faltaría a la familia para llegar a dónde quieren y el señor comentó que le gustaría que tomaran como modelo a su familia de origen, en donde organizan reuniones mensuales, son muy unidos, pero a la vez son independientes.

## 7° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Alberto, Daniela y Sandra.

Se realizaron algunas preguntas con el propósito de sondear cómo se encontraba Alberto en relación con las drogas y él comentó que no había recurrido a ellas; el padre y Daniela mostraron su preocupación por una futura recaída. Se les preguntó acerca de cómo influía en la familia el hecho de que Alberto consumiera o no drogas, el padre dijo que le agradaba que no las consumiera porque se mostraba más abierto y con mayor comunicación con ellos, por ello cree que no la ha consumido y que ha podido controlar su deseo de probarla, ya que se seguía mostrando más participativo en la familia. Se abordó el tema de las festividades decembrinas para conocer la forma en que se organizaría la familia en esos días. Se les pidió que realizaran dos rituales: 1) En un día cercano a navidad, en donde pudieran reunirse como familia, tendrían que escribir en un papel aquello que consideraran negativo de este año, lo leerán cada uno y luego quemarán la hoja; 2) En el primer día de enero en que estuvieran juntos tendrían que escribir nuevamente en un papel aquellas cosas buenas que quisieran conservar de su familia, cada uno tendría que leerlo frente a todos y lo colocarían en un sobre, el cual deberían guardar en un lugar especial.

## 8° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Alberto y Sandra.

La familia comentó que no pudieron realizar los rituales porque se les atravesaron diferentes cuestiones que se los impidió. Por ese motivo, se decidió llevar a cabo en la

sesión un ejercicio para conocer lo que hubieran escrito en las tarjetas de ambos rituales. Al término de esta actividad, el equipo les preguntó qué hacía cada uno de ellos para procurar mantenerse unidos con la familia. Finalmente, comentaron que no tuvieron ninguna dificultad en la organización de las festividades navideñas y que habían podido pasar momentos tanto con la madre como con el padre. Se les dijo que el éxito de mantener el nivel de unión familiar que ahora tenían se debería en gran parte al esfuerzo individual de cada uno de sus miembros. Se les pidió como tarea que cada uno llevara un registro del progreso que iban teniendo con los objetivos que cada uno se planteó en esta sesión y de cómo se sienten con esos avances (Sandra tener mayor paciencia, Alberto ser más ordenado y el padre mantener una actitud positiva ante las cosas).

### **9° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Alberto, Daniela y Sandra. El señor Eduardo comentó que próximamente celebrarían los XV años de Sandra, por lo que actualmente se encontraban arreglando los preparativos para el festejo. Las hijas señalaron que ellas están sirviendo de intermediarias entre sus padres para ponerlos al tanto de las decisiones en torno a la fiesta. El señor dijo que a él no le agradaba esa forma de comunicación, pero que incluso cuando su esposa vivía con ellos siempre se comunicaba con él a través de sus hijos, aunque él estuviera ahí presente. Los hijos se mostraron de acuerdo en que era importante que se tuviera una comunicación entre los padres para poder acordar los preparativos; consideraron tener una reunión con la madre. Se les pidió que en casa continuaran discutiendo las opciones que tenían para hacer participe a la madre en la celebración de los XV años, valorando si la reunión que tendrían con ella sería una opción adecuada, si es así tendrían que definir: lugar, manera en que lo harían, quiénes estarían presentes, etc. Además deberían pensar en cómo haría cada uno para evitar que lo que ahí ocurriera les afectara.

### **10° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron el señor Eduardo, Alberto y Sandra. Al inicio de la sesión la familia dijo que habían estado muy bien en estos días y se comentaron los avances que tuvieron tanto individualmente como a nivel familiar durante los meses que estuvieron en terapia. Se habló acerca de que la vida estaba llena de momentos agradables y también de momentos difíciles, por lo que resultaba importante

que tuvieran presentes las herramientas y los recursos que habían ido construyendo como familia para hacer frente a todo tipo de situaciones; para identificarlos se les pidió que realizaran dos dibujos: en uno de ellos representarían cómo se veían como familia antes de iniciar el tratamiento, y en el otro dibujarían cómo se veían ahora y lo que les había ayudado a salir adelante y a enfrentar situaciones difíciles. Al analizar los dibujos dijeron que ahora podían platicar más entre ellos, sus expresiones eran de alegría y había más comunicación y unión en la familia. Se les agradeció su compromiso y participación y se dio por finalizado el tratamiento.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

El proceso terapéutico que se llevó a cabo con la familia Rangel Peña inició en el mes de Septiembre de 2004 con la entrevista telefónica y concluyó en el mes de Mayo del 2005. El motivo de consulta por el que se solicitó el servicio fue debido a la depresión que experimentaba toda la familia por la separación entre los padres. Esta situación había provocado diferentes disturbios emocionales y/o conductuales en cada uno de los miembros: el padre se sentía solo, deprimido y muy sobrecargado por tener toda la responsabilidad de la educación de sus hijos; Alberto empezó a tener problemas de adicción a la marihuana, a separarse de su familia y a mostrarse agresivo con los miembros de ésta, además de estar muy cerca de situaciones de riesgo con sus amigos; Sandra tenía una actitud depresiva en la escuela según sus profesores, pues lloraba cuando le preguntaban algo; Daniela mantenía el papel de ser “fuerte” e incluso de adoptar el rol materno; los hijos llegaban a ser los mediadores entre los padres; la familia se encontraba muy desunida pues cada uno realizaba sus actividades de manera independiente, no compartían entre sí sus planes, sus sentimientos, ni sus vivencias; todos percibían dificultades en la comunicación entre el padre y los hijos.

Las hipótesis que se consideraron a lo largo del tratamiento sobre la dinámica familiar fueron:

- A partir del abandono de la madre, la familia ha tenido que reorganizarse y buscar nuevas formas de relación entre sus miembros. Sin embargo, les resulta difícil adaptarse a esta nueva etapa por lo sorpresivo y precipitado del abandono

materno. El señor se encuentra muy sobrecargado por el abandono de su esposa y por la responsabilidad de cuidar a sus hijos. Ellos están atravesando por una situación difícil por el abandono de su madre, por la presión de tener que servir de mediadores en la pareja y por su propio proceso de adolescencia. Probablemente las conductas sintomáticas que presentan cada uno de ellos se deban al interés de querer reunir nuevamente a la pareja.

- Las conductas sintomáticas de Sandra (depresión) y Alberto (drogadicción) se encuentran relacionadas con el sentimiento que les produce la separación entre sus padres, así como también por los reclamos y reproches continuos de la madre hacia el padre, los cuales los realiza a través de ellos. Daniela se muestra “fuerte” en su intento por mantener unida a su familia y para apoyar al padre en la relación con sus hijos; actúa como mediadora entre ambos subsistemas. El padre en ocasiones tiene dificultades para poner límites a sus hijos y para acercarse a ellos, ya que éstos no le permiten un mayor acercamiento cuando él trata de comunicarse con ellos o cuando trata de manifestarles su apoyo.

En un inicio el marco teórico que sustentó el trabajo terapéutico fue el Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas para poder obtener información sobre el motivo de consulta y los intentos de solución que la familia ha hecho para enfrentar el problema; posteriormente, se procedió a emplear el Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, pues se pretendía encontrar las excepciones al problema, ampliarlas y mantenerlas. Se definieron los objetivos terapéuticos, se emplearon preguntas de escala y se utilizaron técnicas de proyección al futuro. Las intervenciones terapéuticas y los principales objetivos que se plantearon a lo largo del proceso terapéutico fueron:

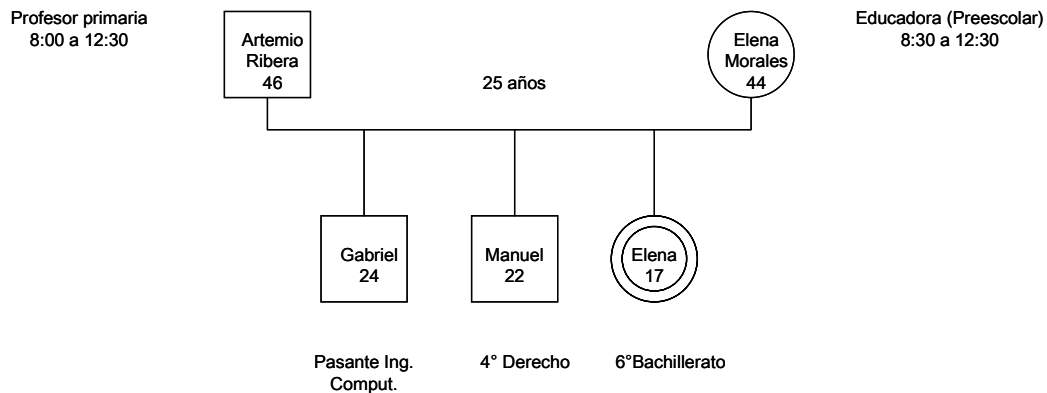
- Establecer el joining y el contrato terapéutico.
- Obtener información sobre el motivo de consulta para poder definirlo.
- Priorizar las preocupaciones de la familia para establecer un contrato terapéutico: separación de los padres; reorganización de la familia; adicción de Alberto y tristeza de Sandra.
- Precisar las metas terapéuticas.

- Recabar información para conocer cómo afectó la separación entre los padres a cada uno de los miembros de la familia y sobre cómo viven su situación actual.
- Validar el sentimiento de tristeza que invadía a la familia por la separación entre los padres.
- Rastrear información acerca de las interacciones familiares.
- Abordar el tema de la adicción de Alberto y su repercusión en la familia.
- Explorar los sucesos que lo llevan a consumir marihuana.
- Rastrear si se presentaron recaídas y/o fortalecer la abstinencia.
- Conocer los intentos anteriores para solucionar este problema y el resultado de ellos.
- Rastrear la relación entre la agresión de Alberto y el consumo de marihuana.
- Conocer la relación entre el consumo de drogas y la separación entre los padres.
- Buscar las excepciones al problema de adicción de Alberto.
- Redefinir el motivo de consulta; la familia comentó que su preocupación principal era que no tenían unión familiar y que eso era lo que deseaban lograr con la terapia.
- Cambio de geografía para provocar interacciones específicas entre algunos miembros de la familia.
- Propiciar el apoyo emocional entre los miembros.
- Precisar el concepto de “unión familiar”.
- Empleo de las preguntas de escala tomando como criterio la “unión familiar”: en qué número se percibían antes de iniciar el tratamiento, en cuál se encuentran ahora, cómo mantenerse en el número actual, cómo avanzar al siguiente, a qué número desean llegar y en qué tiempo se logrará.
- Búsqueda y fortalecimiento de cambios.
- Atribuir control sobre los cambios que se plantearon.
- Propiciar la reflexión sobre algunas actividades que podrían realizar juntos como familia.
- Identificar los recursos que tiene como familia para mantenerse unidos.
- Dentro de la reorganización que debían tener como familia contemplaron las celebraciones de fin de año, por lo cual se abordaron los planes que tenían para Navidad y Año Nuevo.



- Ejercicio de reflexión sobre los rituales de navidad y año nuevo y su efecto en cada uno de los miembros de la familia.
- Indagar la manera en que vivieron la celebración de los XV años de Sandra.
- Precisar lo que le faltaría a la familia para llegar a donde desean.
- Conocer la percepción de cada uno acerca de los avances logrados durante la terapia a través de la elaboración de un dibujo en el que representen las herramientas con las que ahora cuentan cómo familia para hacer frente a las situaciones futuras que se presenten, destacando tanto los recursos individuales como familiares, así como la representación de cómo se veía la familia a sí misma antes de iniciar el tratamiento y cómo se percibe en la actualidad.

A pesar de que la familia mostró una comunicación muy limitada y una dificultad para precisar sus pensamientos, fue posible establecer una adecuada alianza terapéutica con ellos. Esta situación favoreció la consecución de los siguientes logros: Alberto aparentemente dejó de consumir drogas, pudo acercarse a su familia, respetar las reglas de la casa, convivir tanto con sus hermanas como con su padre y participar en actividades conjuntamente con su familia; Sandra cambió su actitud depresiva por una más alegre tanto en el ámbito familiar como en el escolar, en este último sus profesores notaron su cambio; Daniela recuperó sus proyectos personales pues dejó de lado un poco el rol materno que había adoptado y regresó a sus estudios; el padre dejó de mostrarse triste y abatido, recuperando su sentido del humor y sintiéndose fuerte y capaz de establecer una relación armónica, cordial y amorosa con sus hijos, al mismo tiempo que pudo establecer reglas claras en su educación. En general, la familia estuvo de acuerdo en que pudieron realizar actividades todos juntos como familia, así como también reconocieron que su comunicación y convivencia familiar mejoró notablemente, pues comentaron que ya no se percibían como personas aisladas, con vidas paralelas, sino como personas que cuentan con espacios propios y con otros espacios familiares. Por lo anterior, se dio de alta a la familia de común acuerdo con ella.

**FAMILIA 5****SEDE:** Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE**SUPERVISORA:** Dra. Rosario Espinosa Salcido**EQUIPO DE SUPERVISIÓN:** Patricia Aguilera, Arturo Amaro, Lilia Bueno y Liliana Hernández**FAMILIOGRAMA****MOTIVO DE CONSULTA**

Elena solicitó el servicio debido a que tuvo una experiencia de abuso sexual cuando era niña y, en ocasiones, los recuerdos de ese evento le afectan.

**1° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Únicamente acudió Elena.

Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico y se rastreó información entorno al motivo de consulta. Elena comentó que a la edad de 7 u 8 años sufrió un abuso sexual por parte de un primo que tenía 14 o 15 años de edad. A pesar de que utilizaba diferentes estrategias para evitar el abuso ha llegado a pensar que pudo haber hecho más para lograrlo, como por ejemplo gritar o decirle a sus padres. Este abuso duró varios años hasta que entró a secundaria; guardó el secreto hasta un año después, comentándoselo primero a sus hermanos y después a sus papás. Como producto de dicha experiencia hasta hace poco tiempo no soportaba el contacto físico de sus amigos ni de su novio porque temía que se le acercaran para dañarla; además al recordar lo sucedido empezaba a llorar y a temblar. A través del empleo del lenguaje externalizante, se realizó

un ejercicio para bautizar al problema y eligió llamarlo “inseguridad por el abuso del pasado”. Se hicieron preguntas de influencia relativa sobre este problema. Se identificaron los aspectos que lo fortalecían (enojo, tristeza, agresión, culpa) y lo debilitaban (apoyo de la familia, seguridad en sí misma, hablar, decirse que no fue culpable). Se llevó a cabo un equipo de reflexión para que tuviera la oportunidad de escuchar múltiples voces. Finalmente, se le prescribió un ritual de curación entorno al abuso sexual que sufrió.

## **2° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Únicamente acudió Elena.

Con respecto a la realización del ritual dijo que le había resultado muy útil, pues pudo sacar cosas que aún tenía y pudo ver cómo iban desapareciendo la mayor parte de los sentimientos que la atormentaban entorno al abuso; sintió como si se le hubiera quitado gran parte de una carga que soportó por años. Decidió rebautizar al problema como “las migajas del problema”. Comentó que estas migajas estaban compuestas de rencor hacia sus papás y hacia su familia en general, lo cual era una situación que le dolía mucho. Se continuaron planteando preguntas de Influencia relativa sobre los efectos del problema en su vida y a la inversa. A través de la agencia personal se rescataron los recursos que había puesto en marcha para sobreponerse al problema. Se llevó a cabo un equipo de reflexión para que tuviera la oportunidad de escuchar múltiples voces.

## **3° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Únicamente acudió Elena.

Elena comentó que en estos días había estado pensando que tal vez estaba exagerando el peso que le había dado la sesión anterior al rencor que aún le quedaba con su familia; comenta que lo que le ayudó para llegar a esa conclusión fue que había hablado con su mamá, quien le había dicho que si hubiera sabido que Elena la necesitaba le hubiera brindado su apoyo, pero que no había notado un cambio en ella; esto la hizo sentir tranquila pues pensó que sus padres no habían intervenido en ese momento porque no se dieron cuenta y no porque no hubiesen querido. Decidió que ahora el problema se llamaría “berrinche”, pues es el nombre que más escucha que le dicen tanto sus padres, hermanos y su novio. Con el empleo del lenguaje externalizante se realizó un ejercicio para entrevistar al problema. El berrinche la ha acompañado alrededor de 13 años y ha ido adecuándose a su edad para manifestarse de diferentes formas; sin embargo,

actualmente Elena ha encontrado otras formas de conseguir la atención que demandaba de sus padres a través de sus triunfos personales y se ha dado cuenta que ya no necesita recurrir al berrinche para conseguir lo que desea, así puede sentirse tranquila y feliz. Se llevó a cabo un equipo de reflexión para que tuviera la oportunidad de escuchar múltiples voces.

#### **4° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Únicamente acudió Elena.

Comentó que había estado analizando la entrevista que se le realizó al Berrinche y pensó que no valía la pena tenerlo, pues ya no quería estar con él. Dijo que en estos días no se había aparecido en ninguna ocasión y nos habló de las capacidades que había puesto en juego para no permitirle la entrada. Se le preguntó qué habían notado diferente los demás en ella y dijo que tanto sus padres, sus hermanos y su novio habían visto un cambio en su actitud y que se habían sorprendido mucho. Se le entregó una carta (ver anexo 1) en la que la terapeuta compartía con ella sus percepciones del proceso terapéutico, se le pidió que la leyera en voz alta y al terminar se hicieron algunos comentarios sobre el documento. Posteriormente, señaló cómo sería su vida personal, social y familiar si continuara cerrándole la puerta al Berrinche en el futuro. Se identificaron sus lados fuertes: la seguridad en ella misma, la tolerancia, la tranquilidad, el no aferrarse a las cosas y el ver que puede conseguir las cosas por sí misma. Se le entregó un reconocimiento llamado "Certificado de Huida del Berrinche" (ver anexo 2). El equipo la felicitó y se le preguntó si consideraba necesario regresar nuevamente para continuar platicando con nosotros y contestó que ya no era necesario; por tal motivo fue dada de alta.

#### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

El proceso terapéutico que se llevó a cabo con la familia Ribera Morales inició en el mes de Febrero de 2005 con la entrevista telefónica y concluyó en el mes de Abril de 2005. El motivo de consulta por el que se solicitó el servicio fue debido a que Elena sufrió un abuso sexual en su infancia y, en ocasiones, el recuerdo de dicho evento le afectan tanto emocional como conductualmente, ya que por un lado empieza a temblar y a llorar hasta "privarse" y, por el otro, se muestra poco tolerante e incluso agresiva con su familia,

principalmente con sus hermanos. Elena experimentó diferentes sentimientos como: culpa, indefensión, tristeza, desconfianza, enojo, rencor, etc.; este rencor en un principio se dirigía hacia su agresor, después hacia ella misma y, posteriormente, hacia su familia por no haber podido evitar y/o detener el abuso del que fue objeto. La familia se encontraba desconcertada con respecto a la forma de ayudarla a superar lo que vivió; en un principio reaccionó de manera violenta con el agresor (aunque no presentaron ninguna denuncia ante las autoridades) y estaban interesados en que Elena recibiera apoyo psicológico pero después consideraron que tal vez esto sería “hacer las cosas más grandes”, por lo que actuaron con ella como si no hubiera ocurrido nada. Por otro lado, tenían la sensación de que ella sufría por el recuerdo de lo sucedido y esto les impedía reprenderla o ponerle límites claros cuando era necesario por su comportamiento inadecuado; la familia tendió a sobreprotegerla y pasar por alto muchas de sus actitudes incorrectas.

La hipótesis que se consideró al inicio del tratamiento sobre la dinámica familiar fue:

- Elena no ha podido superar el abuso sexual que sufrió en su infancia debido a que no recibió apoyo psicológico; su malestar se incrementa por las ideas de culpabilidad que ha desarrollado con el tiempo y por el hecho de que el agresor fue una persona cercana tanto para ella como para su familia. Los recuerdos del suceso le provocan dolor, impotencia y angustia. Su familia se ha llegado a sentir desconcertada respecto a la forma de tratarla por lo que le ocurrió y, en ocasiones, tienden a protegerla evitando confrontarse con ella cuando se presenta alguna dificultad.

Posteriormente, se eligió como marco teórico para sustentar el trabajo terapéutico al Modelo Narrativo, por lo que no se volvió a plantear ninguna hipótesis para ser coherentes con dicho modelo, pues en él no se tienen ideas preconcebidas de las personas y sus relaciones; cabe aclarar que aunque esto es prácticamente imposible el propósito es tratar de disminuir la influencia de un pensamiento teórico y, en lugar de ello, privilegiar el discurso del cliente y adentrarse en su mundo de significados. El abordaje narrativo que se llevó a cabo contempló la externalización del problema para ubicarlo como una entidad separada y externa a la persona, con ello se abre la posibilidad de que las personas se

---

describan a sí mismas y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema. En el proceso de externalización del problema se realizó un ejercicio para bautizarlo y otro para poder entrevistarlo y conocerlo; se identificaron a los “amigos” y “enemigos” del problema, es decir, a los aspectos que lo alimentaban y a los que lo debilitaban; se plantearon preguntas de influencia relativa para conocer los efectos del problema sobre la vida de Elena y sobre los efectos de Elena sobre el problema, empleando preguntas concernientes al panorama de acción y al panorama de conciencia; se identificaron acontecimientos extraordinarios para facilitar la generación de historias alternativas y el desarrollo de nuevos significados en relación con ella misma; se procuró propiciar el desarrollo de la agencia personal en Elena; se emplearon dos medios escritos: uno para propiciar la reflexión sobre diferentes aspectos abordados durante las sesiones, y el otro para avalar el surgimiento de una nueva concepción de sí misma; finalmente, se incorporó a una audiencia para testificar los cambios logrados por Elena. Las intervenciones terapéuticas y los principales objetivos que se plantearon a lo largo del proceso terapéutico fueron:

- Establecer el joining y el contrato terapéutico.
- Obtener información sobre el motivo de consulta para poder definirlo.
- Empleo de un lenguaje externalizante para que Elena ubique al problema fuera de ella.
- Realizar un ejercicio para bautizar al problema (“inseguridad por el abuso del pasado”).
- Conocer los efectos del problema en la vida de Elena (en diferentes dimensiones temporales) y las repercusiones en las diferentes áreas de su vida al poder vencerlo.
- Conocer qué pensaba el problema de ella antes y ahora.
- Prescripción de un ritual de curación.
- Sondear qué ha pasado con el 30% del rencor que aún le queda y los efectos que tiene en su vida (saber si este rencor es bueno o malo, a qué la obliga, etc.).
- Realizar un ejercicio para entrevistar al problema.
- Realizar un ejercicio para rebautizar al problema (“berrinche”).

- Sondear qué ha pasado con el berrinche en estos días y los efectos que ha tenido/tendrá el que esté presente o no en su vida (tomando en cuenta todas las áreas).
- Relacionar al berrinche con el 30% de rencor que le quedaba.
- Conocer las voces y estrategias empleadas por el problema para convencerla.
- Conocer los planes que el problema tiene para Elena y los que ella tiene para el Berrinche.
- Plantear preguntas del panorama de acción y de conciencia ante los cambios para engrosar la trama.
- Propiciar el desarrollo de la agencia personal en Elena.
- Lectura y análisis de un documento escrito.
- Conocer la visión que los miembros de su familia tienen sobre la imagen de Elena, así como la nueva imagen que ella tiene de sí misma para reafirmar el cambio.
- Identificar y resaltar sus lados fuertes.
- Engrosar la trama alternativa.
- Entrega de un Certificado de Huida del Berrinche como reconocimiento al esfuerzo mostrado.

Al principio del tratamiento los padres y los hermanos de Elena se mostraban preocupados y tal vez un poco en desacuerdo con que Elena iniciara un tratamiento psicológico, ya que temían que al revivir esos recuerdos dolorosos sufriera un daño mayor; a pesar de ello permitieron que acudiera a las sesiones y los padres siempre la acompañaron a pesar de que ella no les permitió que entraran. Los padres se sentían muy preocupados por no saber lo que ocurría en cada sesión y trataban de pedirle a la terapeuta mayor información de la que su hija les proporcionaba; se les explicó que por cuestiones de ética profesional esto no era posible y se les sugirió que esperaran pacientemente a que el tratamiento avanzara y a que su hija decidiera compartir con ellos lo que vivía en el proceso. Por otro lado, se estableció una alianza terapéutica sólida con Elena, quien manifestó sentirse cómoda, comprendida y escuchada tanto por la terapeuta como por el equipo; situación que facilitó en gran medida el trabajo terapéutico.

Después de haber llevado a cabo un ritual de curación, Elena se mostró muy sorprendida al ver como el que había considerado su problema por años (“inseguridad por el abuso del pasado”) se había convertido en “migajas”, ya que al haber quemado la carta donde le escribió al problema todo lo que había representado en su vida y todo el sufrimiento que le había causado, habían desaparecido algunos sentimientos que la torturaron por años como: la tristeza, la culpa y la desconfianza. En cuanto al rencor reconoció que un 70%, dirigido hacia su agresor, había desaparecido y en su lugar había llegado el perdón para la persona que la agredió sexualmente. Sin embargo, aún le quedaba un cierto grado de rencor en contra de su familia por no haber detenido el abuso. Posteriormente, después de haber entrevistado al problema se dio cuenta que este rencor no tenía sentido, pues su familia no sabía del abuso que estaba sufriendo y que si lo hubieran sabido evidentemente la habrían protegido. Fue entonces cuando descubrió que su verdadero problema era el Berrinche que la hacía comportarse incorrectamente con su familia y era el responsable de las dificultades que estaba teniendo en su relación con ellos. El hecho de que Elena misma fuera la que descubrió todas estas cuestiones durante el proceso resultó determinante para que decidiera cambiar su actitud; se mostró muy molesta con ella misma por haberle permitido al Berrinche tener tanta influencia en su vida y por conocer los planes que éste tenía para ella. Como resultado de esto, Elena logró construir paulatinamente una imagen diferente de sí misma, pues encontró en ella los siguientes lados fuertes: se ve como una persona tolerante, tranquila, segura de sí misma, flexible, capaz de conseguir las cosas por sí misma, que puede escuchar, entender y respetar los puntos de vista de los otros sin que eso sea motivo de agresión o enojo. Finalmente, fue posible observar cómo la imagen que los familiares tenían de Elena había cambiado y se mostraban complacidos con la nueva actitud que ella denotaba; los padres consideraron que las sesiones del tratamiento habían resultado muy provechosas tanto para su hija como para toda la familia, pues les había dado la oportunidad de fortalecer la unión y el apoyo familiar. Por lo anterior, se dio de alta a la familia de común acuerdo con ella.



### 3.1.2. Análisis del sistema terapéutico total

Antes de compartir mi experiencia como observadora dentro de los equipos terapéuticos, quisiera hacer referencia brevemente a algunos postulados teóricos que considero pertinentes para encuadrar mi participación; me refiero al constructivismo y a la cibernética de segundo orden.

#### CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo postula que la relación entre el conocimiento y la realidad no es independiente del observador y lo observado, sino que todo conocimiento es una construcción, es decir, un ordenamiento y organización de un mundo armado, elaborado por nuestra experiencia (Troya y Aurón, 1988). El término de constructivismo se emplea para referirse a la afirmación de que el observador participa en la construcción de lo observado.

A comienzos de los años ochenta entraron en el campo de la terapia familiar las ideas de Heinz von Foerster. La más importante se refiere al rol del observador en el proceso de conocimiento. De acuerdo con Segal (1994), el constructivismo de Heinz von Foerster tiene que ver con la convergencia de dos temas centrales: a) cómo conocemos lo que conocemos, y b) una permanente preocupación por el estado actual del mundo y su humanidad. Von Foerster -cibernético, matemático, físico y filósofo- afirma que construimos o inventamos la realidad en lugar de descubrirla. Los constructivistas sostienen que para comprender el mundo hemos de empezar comprendiéndonos a nosotros mismos, es decir, a los observadores. El observador debe ser capaz de dar cuenta de sí mismo, de su propia capacidad de percibir. Adoptar la posición constructivista es potencialmente liberador, pues rechaza la creencia en una única respuesta correcta que excluya a las demás posibilidades.

Francisco Varela describe las ideas de von Foerster como un marco para la comprensión de los procesos de cognición en el que las descripciones del observador y de lo que es observado están conectadas inextricablemente. "El estudio de los sistemas de primer orden (lo que estudiamos) y el estudio de los sistemas de segundo orden (nosotros, los observadores) se reflejan en tales descripciones. Este par que se especifica

---

recíprocamente, en todos sus detalles, constituye un espacio donde la cognición puede ser comprendida correctamente” (Segal, op. cit., p. 54).

## **CIBERNÉTICA DE 2º ORDEN**

La cibernética creció a partir de los trabajos de pioneros como Norbert Wiener desde la ingeniería de la comunicación y la ciencia de las computadoras, y ante la necesidad de entender los principios generales de cómo se regulaban los sistemas de cualquier clase. El primer objeto de estudio de la cibernética fueron los procesos de comunicación y control en sistemas naturales y artificiales (Wiener, 1954; citado en: Sluzki, 1987). La historia de los desarrollos epistemológicos de la cibernética pasa por Gregory Bateson, por Warren McCulloch, por Humberto Maturana y Francisco Varela, por Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld, en una corriente que legitima la “Nueva Cibernética” como modelo crucial que está proveyendo a la terapia sistémica un lenguaje que le permite pensarse (Sluzki, op. cit.).

La cibernética ha sido definida de diversas maneras. Wiener (1948, 1954; citado en: Sluzki, op. cit., p. 66) la concibió como “la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina”. McCulloch (1965; citado en: Sluzki, op. cit., p. 66) la describió como una epistemología experimental centrada en la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio”. Bateson (1972; citado en: Sluzki, op. cit., p.66) la reconoce como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización.

Esta teoría presenta dos modos de concebir al observador y al sistema observado: 1)La “cibernética de primer orden” (cibernética del sistema observado), que separa al observador de lo observado y se basa en una perspectiva externa al sistema, y 2)La “cibernética de segundo orden” (cibernética de la cibernética o cibernética del sistema observante), en la que el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción (Foerster, 1973; Howe y Foerster, 1974; Watzlawick, 1984; citado en: Sluzki, op. cit.).

Debido al propósito del presente reporte hablaremos con mayor amplitud acerca de la cibernética de segundo orden. Este concepto fue introducido por Von Foerster quien

considera que mediante ella se construyen realidades a partir de la observación del observador. Toda descripción hecha por un observador incluye los prejuicios, las teorías y las características del mismo observador. El observador tiende a modificarse con el contacto con el medio ambiente, se construye una complejidad donde el observador se observa así mismo para observar. El conocimiento es la construcción que se adapta a la realidad, ésta es por consecuencia una observación elaborada y producto de operaciones complejas. La cibernética de segundo orden es el arte de observar lo observado. La cibernética apuesta a que la realidad no es independiente del observador sino que ésta se construye (Desatnik y cols., 2002). La centralidad del observador lleva a una perspectiva constructivista, es decir, a una perspectiva que pone en el centro el proceso de “conocer” con relación al objeto “conocido” (Boscolo y Bertrando, op. cit.).

Un modelo de cibernética de segundo orden conceptualiza la unidad de terapia como un gran haz que contiene al observador y a lo observado. Bajo esta óptica el problema no existe independientemente de los sistemas observadores que lo definen de manera recíproca y colectiva (Boscolo y cols, op. cit.). La cibernética de segundo orden inicia con la consideración del terapeuta como parte del sistema de relaciones y retroalimentación. El terapeuta se concibe como perteneciente a la realidad del sistema por construir. En este sentido, el sujeto es considerado parte del objeto en la medida que se relaciona con el mismo objeto, es decir, en la medida en que el sujeto se hace parte del sistema de relaciones tejidas por el proceso de retroalimentación e información (Naranjo, 2002). El tratamiento terapéutico va encaminado a la construcción de relaciones entre el terapeuta y el sistema, que permitan ampliar las reacciones y las versiones de los integrantes frente al problema.

Pakman (Foerster, 1996) señala que Von Foerster plantea que una teoría del observador puede comenzar por una meditación más tautológica que lógica. Esa meditación tautológica es, en sí misma, una metáfora de lo que será la práctica básica de una terapia de segundo orden: promover el verse a sí mismo como un modo de trascender las limitaciones del propio mirar.

---

## ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

La supervisión es un espacio de integración teórico – técnico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos terapéuticos y se da continuidad al proceso (Troya y Aurón, op. cit.).

Así pues, la supervisión es un espacio de reflexión e integración teórico, técnico y metodológico en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o priorizar cuál de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico (Aurón y Troya, op. cit., citadas en: Desatnik y cols., op. cit.).

Dentro del proceso de formación de terapeutas familiares se tiene contemplada la participación de los terapeutas en los equipos de supervisión en vivo de diferentes familias, lo cual es de una riqueza invaluable. Esta modalidad de supervisión integra diferentes sistemas y niveles de participación; tales sistemas son:

Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico (S. T.)

Equipo de Supervisandos + Supervisor = Sistema de Supervisión (S. de S.)

Sistema de Supervisión + Terapeuta = Sistema de Terapeutas (S. de T.)

1 + 2 = Sistema Terapéutico Total (S. T. T.)

Como puede observarse, una misma persona puede desempeñar diferentes roles y funciones según pertenezca a un sistema. Se trata de un complejo entramado de sistemas y niveles.

La terapia supone un cuestionamiento a la realidad construida por la familia, es decir, a cómo la perciben e interpretan sus miembros, lo que permite que surjan visiones alternativas a esa realidad. Además, cada terapeuta tiene su propio sistema de constructos acerca de la familia, de la terapia familiar y de su propio papel y desempeño profesional.

Mi experiencia dentro de los equipos de supervisión, tomando en cuenta los diferentes sistemas en los que participé y considerando que soy parte del sistema observado, fue la siguiente:

### **RELACIÓN CON EL EQUIPO**

El haber participado dentro de los diferentes equipos de terapeutas resultó ser una experiencia muy grata, ya que considero que todos aportamos diferentes saberes cotidianos, profesionales y conceptuales para fortalecer nuestra formación como terapeutas familiares. Generalmente, fue posible lograr un ambiente armónico y de compañerismo, lo cual favoreció la discusión de los distintos casos en la supervisión. El clima que prevaleció fue de cooperación constante, ya que no se visualizaba el trabajo con una familia como propia del terapeuta sino que, por el contrario, se compartía la responsabilidad como equipo. Permanentemente se brindaba apoyo en diferentes niveles: sugerencias bibliográficas, orientación con respecto a futuras líneas de intervención, apoyo a la persona del terapeuta, intercambio de experiencias profesionales, vinculación entre la teoría y la práctica, etc. Fue sin duda una experiencia de aprendizaje y creatividad, en la que el respeto, la comunicación y la confianza fueron la base de este proceso.

### **RELACIÓN ENTRE TERAPEUTA Y SUPERVISOR**

El trabajar bajo la modalidad de supervisión me agradó mucho, pues considero que me ha enriquecido tanto a nivel personal como profesional. El hecho de que las supervisoras hagan señalamientos a través del teléfono o dentro del equipo me ha permitido tener una mejor comprensión del proceso terapéutico, de la dinámica familiar y de la teoría; sus comentarios me permiten entender y seguir su línea de pensamiento para formular hipótesis y diseñar intervenciones. La elaboración del mensaje me parece una parte muy importante debido a que integra los aspectos más sobresalientes de la sesión y conecta cada una de las partes para que tenga un impacto en la dinámica familiar. Además tuve la fortuna de observar sus diferentes estilos de acompañamiento en el trabajo directo con las familias haciendo uso de diferentes recursos como: interviniendo en las sesiones para puntualizar algunas ideas, trabajando en co-terapia, representando alguna dramatización y participando en equipos de reflexión.

Resulta sorprendente la capacidad y la habilidad mostradas por las supervisoras para estar al tanto de cada uno de los sistemas del proceso terapéutico, procurando siempre el bienestar de la familia y de la persona del terapeuta y el aprendizaje de los terapeutas en formación.

Me parece que siempre existió una actitud de colaboración, respeto y compañerismo por parte de las supervisoras; particularmente pude sentirme satisfecha por compartir el espacio y el conocimiento con todas ellas y les agradezco profundamente la dedicación a su trabajo. Cada una de las supervisoras ha contribuido de distinto modo a mi formación como terapeuta; cada una de ellas cuenta con una experiencia invaluable en este campo y se han distinguido por su capacidad admirable de atender y proteger a cada uno de los sistemas que intervienen en el proceso terapéutico.

### **OBSERVADOR**

El actuar como observador dentro del equipo terapéutico me permitió afinar mis sentidos, ya que resulta importante estar alerta de todo lo que ocurre en el sistema terapéutico total: escuchar a la familia, observar la participación del terapeuta y seguir su lógica de pensamiento, atender a las indicaciones de las supervisoras, escuchar los comentarios del equipo y generar mis propias apreciaciones. Es una oportunidad valiosa para conocer y reconocer las técnicas que los otros terapeutas emplean, con el afán de encontrar las conexiones entre la teoría y la práctica; es una experiencia que ofrece muchas oportunidades de aprendizaje ya que, por un lado, permite conocer y entender diferentes problemáticas familiares observándolas desde diferentes marcos de referencia y, por el otro, existe la posibilidad de observar su abordaje también desde distintos estilos terapéuticos, es decir, el observar el trabajo con familias conjuga diferentes aspectos como: el tipo de familia, el tipo de problemática, la elección de un marco teórico en particular, el estilo del terapeuta y la participación del equipo de supervisión. De ninguna manera puede pensarse que el ser parte del equipo de observación representa un papel pasivo, pues son muchos los elementos que deben tomarse en cuenta y son diversas las modalidades de participación del equipo; cada una ofrece múltiples y ricas oportunidades de aprendizaje; participamos con equipos de reflexión, con esculturas humanas, con ejercicios de psicodrama, con intervenciones directas con las familias y en co-terapia.

## **LA PERSONA DEL TERAPEUTA**

En este proceso de mi formación profesional, en el que he tenido que observarme a mí misma y a los diferentes sistemas a los que pertenezco, me ha sido posible darme cuenta de algunos aspectos importantes para mi formación como terapeuta y para mi posterior desempeño profesional, todo ello gracias a los comentarios que me hacían las supervisoras y el equipo, así como también al hecho de observar mis sesiones en video; la filmación de las sesiones me proporcionó elementos de análisis y pude observar mis lados fuertes y débiles. Por ejemplo, pude darme cuenta que preferentemente empleo con los pacientes una posición cercana y que, en ocasiones, es necesario desplazarse hacia otros estilos de coparticipación con las familias, ya que es importante conservar en todo momento la capacidad de maniobra del terapeuta. También fue posible darme cuenta que es recomendable que continúe aprendiendo a manejar los silencios que llegan a surgir en las sesiones, respetando el ritmo y estilo de la familia y no precipitándome llenando esos espacios con preguntas; de igual manera, aprendí que no debo ofrecerles respuestas propias sino esperar a que la familia haga sus propias reflexiones.

## **SESIONES SUPERVISADAS POR TERAPEUTAS EN FORMACIÓN**

Esta experiencia nos permitió favorecer nuestra espontaneidad, creatividad e independencia del supervisor, ya que debimos que echar mano de nuestras propias habilidades como terapeutas y como equipo para intervenir con las familias. En este tipo de supervisiones tuvimos mayor libertad de poner en marcha algunas intervenciones que diseñamos de manera conjunta, ya que a pesar de que hayamos podido pensar en ciertas intervenciones en las sesiones en que nos acompañaba una supervisora, en ocasiones resultaba difícil su puesta en marcha debido a que se tenía pensado algo distinto. Sin embargo ahora, con el consenso del equipo, nos atrevíamos a plantear nuevas hipótesis que dieran cuenta de la situación familiar, pensar en un modelo teórico para sustentar el trabajo terapéutico y diseñar diferentes intervenciones acordes para cada familia; tuvimos también la posibilidad de verificar sobre la marcha el resultado de estas intervenciones y, si era necesario, hicimos algunas modificaciones que se ajustaran a lo que la familia requería. En todo momento, la responsabilidad y la toma de decisiones fue compartida por los miembros del equipo. En los últimos semestres contábamos con una concepción y un manejo más sólido tanto de los diferentes modelos de terapia familiar como de las diversas estrategias de intervención; además, fortalecimos aspectos como la seguridad en

nosotros mismos, el apoyo como equipo, la tenacidad y la búsqueda constante por enriquecer nuestro desempeño profesional. El tener la oportunidad de generar nuestro propio conocimiento resulta una experiencia enriquecedora e invaluable, que sin duda se verá reflejada en nuestro desarrollo profesional.



## 3.2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con Moctezuma y Desatnik (op. cit.), el programa de la residencia en terapia familiar plantea el desarrollo de las siguientes habilidades y competencias de investigación en el alumno:

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
- Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Difundir conocimientos.
- Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.

El plan de estudios del programa de maestría contempla, en el tronco común, las asignaturas de Métodos de Investigación Aplicada I y II; en ellas se revisaron los principales fundamentos de la metodología cuantitativa y cualitativa, llevándose a la práctica dos investigaciones. A continuación se presenta un breve resumen de ellas.

### 3.2.1. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cuantitativa.

#### RELACIÓN ENTRE IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA DE LA FES IZTACALA.

##### RESUMEN

El propósito de esta investigación fue identificar si existe una correlación entre depresión e ideación suicida en una muestra de 200 estudiantes universitarios. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por conglomerado. Los instrumentos de medición fueron la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (1965) y la Escala de Ideación Suicida de Beck, Schuyler y Herman (1974). El análisis estadístico indicó que el 9% de odontología y el 24% de enfermería presentaron ideación suicida. En odontología el 42% tuvo depresión

---

leve y el 11 % moderada. En enfermería el 41% presentó depresión leve, el 16% moderada y el 1% grave. Se obtuvo una correlación significativa ( $r = 0.569$   $P < 0.01$ ) entre las variables, por lo que existen evidencias de que probablemente la depresión se encuentre relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada.

Palabras claves: jóvenes, depresión, ideación suicida.

La depresión es un fenómeno frecuente que afecta diferentes áreas de la vida de quien la padece y que puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Los síntomas depresivos alteran la vida productiva de los sujetos, impidiendo el desarrollo pleno de las potencialidades individuales. En los grados más severos, el individuo puede atentar contra su vida, lo que hace de este trastorno algo potencialmente mortal. De acuerdo al National Institute of Mental Health (2002), los costos de la depresión son muy elevados, tanto en términos económicos como de sufrimiento, los cuales muchas veces son incalculables. Por otro lado, se reporta que el 15% de la población presenta por lo menos un episodio depresivo a lo largo de su vida adulta, lo suficientemente intenso como para afectar su funcionamiento y requerir tratamiento (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2000).

El DSM IV describe al episodio depresivo mayor como una subclasificación de los trastornos del afecto, que pueden estar o no en los trastornos depresivos y que facilitan el diagnóstico adecuado de éstos. El episodio depresivo mayor se caracteriza principalmente por un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de la siguiente lista: 1) cambios de apetito (peso), del sueño y de la actividad psicomotora; 2) falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; 3) dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y 4) pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Se puede apreciar que la manifestación más grave de la depresión es el intento suicida o bien el suicidio consumado; sin embargo, para llegar a ello, se pasa por su ideación. En otras palabras, el suicidio es un continuo que parte de la ideación suicida, pasa por el intento de quitarse la vida y llega al suicidio consumado.

La ideación suicida se desarrolla lentamente; el DSM IV la describe como el último síntoma del episodio mayor, en la que frecuentemente hay pensamientos de muerte y tentativas suicidas, estas ideas pueden variar desde la creencia de que los demás estarían mejor si uno se muriese hasta los pensamientos pasajeros, pero con recurrencia, acerca del hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. Estas ideas, con respecto a su frecuencia, intensidad y letalidad, pueden ser muy variables. Para el Instituto Nacional de Psiquiatría (op. cit.), la ideación suicida se presenta en cuatro de cada cinco pacientes con depresión clínicamente importante, y en tres de ellos no se trata de ideas pasajeras o triviales.

La depresión e ideación suicida son problemas de salud con gran prevalencia y ésta aumenta progresivamente; la ideación suicida ha sido poco explorada y el abordarla permitiría trabajar de manera preventiva, puesto que es la primer etapa del suicidio; se han reportado pocos estudios que investiguen de forma directa la relación entre la depresión y la ideación suicida; finalmente, diversas investigaciones reportan que en la adolescencia y en la primera juventud se da una alta incidencia de intentos suicidas y suicidios consumados, lo que implica que previamente debió darse la ideación suicida. A este respecto, Manelic y Ortega (1995) consideran que la etapa de la vida correspondiente a los estudios superiores se caracteriza por una gran cantidad de estresores psicosociales, como vivir solo, carecer de un apoyo económico y social seguros, el reto que implica obtener calificaciones satisfactorias y la incertidumbre del futuro; todos estos factores aumentan el riesgo de desarrollar un cuadro depresivo (Angst, 1992; citado en: Manelic y Ortega, op. cit.). El estrés que se pudiera manifestar en esta etapa del desarrollo puede llevarlos a autodestruirse y manifestarse en depresión o ideación suicida.

Por ello, se consideró importante realizar un estudio que nos permitiera analizar si existe alguna relación entre la depresión y la ideación suicida, siendo el objetivo de nuestra investigación el detectar si en una muestra de jóvenes estudiantes de enfermería y odontología se presenta depresión y si esta característica se relaciona con la ideación suicida.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra total quedó integrada por 200 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, el 50% cursa la carrera de enfermería y el otro 50% pertenece a la carrera de odontología, de los cuales el 78.5% fueron mujeres y el 21.5% fueron hombres. Con relación al estado civil el 95% de la muestra eran solteros, el 4.5% eran casados y el 0.5% eran divorciados. Con respecto a la edad, el 95.5% de los estudiantes se encontraban entre 15 y 25 años, el 3% de ellos tenían entre 26 y 35 años, el 1% de los estudiantes tenían entre 36 y 45 años y solamente el 0.5% de la muestra se encontraba en el rango de 46 a 50 años. La media de edad se encontró en 19.5 años.

En la carrera de odontología se encontró que el 91% no presentó ideación suicida; en tanto el 9% sí reportó tenerla. En cuanto a la carrera de enfermería el 76% tampoco presentó ideación suicida; mientras que el 24% restante sí la reporta.

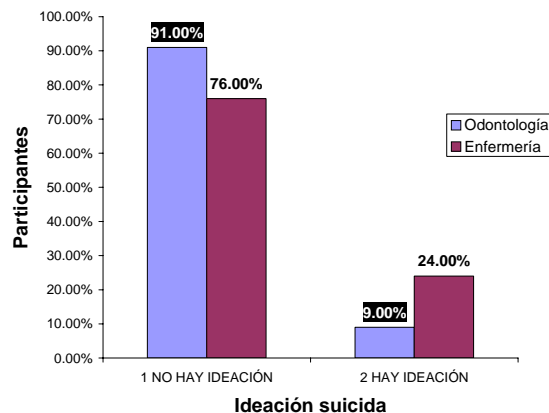


Figura 3. Esta figura muestra el porcentaje de estudiantes que presentan ideación suicida por carrera.

Con respecto a la variable de depresión se encontró que en la carrera de odontología el 47% no la reportó; el 42% tenía una depresión leve; mientras que el 11% se ubicó en el nivel de depresión moderada; en el último nivel (depresión grave) no se presentó ningún caso. Haciendo referencia a la carrera de enfermería, nuestros datos indican que el 42% no reportó tener depresión; el 41% se localizó en el segundo nivel de depresión; el 16% se ubicó en un nivel moderado de depresión; finalmente solamente el 1% se encontró en el nivel grave de depresión.

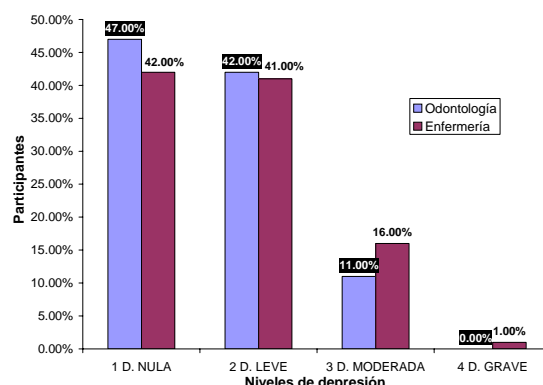


Figura 4. Esta figura muestra el porcentaje de estudiantes que presentan depresión nula, leve, moderada o grave por carrera.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio realizado por Manelic y cols. (op. cit.) muestran que los trastornos depresivos son frecuentes en los estudiantes universitarios. Nuestra investigación nos permitió observar que los jóvenes de las carreras de odontología y enfermería de la FES Iztacala atraviesan por estados depresivos en diferentes grados, siendo los más alarmantes los ubicados en puntuaciones altas o extremas; pudimos encontrar que en la muestra total el 13.5% reportó tener un nivel de depresión moderado y el 0.5% se ubicó en el nivel grave de depresión. En la submuestra de odontología el 11% presentó un nivel moderado de depresión, mientras que en el nivel grave no se reportó ningún caso. Dentro de la carrera de enfermería encontramos que el 16% se localizó en un nivel moderado de depresión en tanto que el 1% reportó estar en el nivel grave de depresión. Probablemente la tensión emocional que implica el cursar una carrera universitaria pudiera favorecer la presencia de estados depresivos.

Los datos mostraron que existen evidencias de que probablemente la depresión se encuentre relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada, ya que los resultados indicaron una correlación entre ambas variables, tanto para la muestra total ( $r=0.569$   $p<0.01$ ), para la submuestra de odontología ( $r=0.431$   $p < 0.01$ ), como para la submuestra de enfermería ( $r=0.655$   $p < 0.01$ ). El hecho de en la carrera de enfermería se hayan reportado mayores porcentajes de depresión (alcanzando incluso el nivel más grave) y de ideación suicida probablemente se deba a que los estudiantes de enfermería tienen una menor edad, ya que algunos de ellos pertenecen a la carrera de técnico en enfermería, es decir, que para ingresar a este nivel se requiere haber concluido los estudios de secundaria y, tal como señalan González-Forteza y cols. (2001), se detectó

que la ideación suicida de la población estudiantil de secundaria y bachillerato se presenta en un 15.1% en los varones y en un 18.2% en las mujeres; en tanto que el malestar depresivo apareció en un 14.4% en los varones y en un 18% en las mujeres.

Las personas con pensamientos suicidas pueden tener una mayor tendencia a intentar suicidarse y quienes lo intenta una vez es probable que lo intenten de nuevo en menos de un año, con consecuencias fatales (Rotheram, 1993; citado en: González-Forteza y cols., 1998). Por eso es importante estudiar los indicadores de riesgo suicida. Entre estos factores se encuentran: la ideación suicida, los intentos anteriores, la falta de habilidad para enfrentarse a los problemas, rigidez cognoscitiva, la desesperanza, la depresión, la negativa de buscar ayuda, los trastornos afectivos y de ansiedad. Los estudios que apoyan esta teoría han encontrado 70% de depresión severa y 90% de ansiedad severa en los individuos que se suicidaban (Martínez y Peña, 2000).

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es difícil y constituye un reto, puesto que existe un estigma social y religioso que favorece el que se oculte y enmascare el suceso. Y a pesar de que nuestros datos pudieran no ser estadísticamente significativos, se trata de una cuestión que debe estudiarse con mayor profundidad, ya que podría tratarse de un problema de relevancia social.

Como profesionales de la salud, consideramos que al haber encontrado cierta incidencia de depresión e ideación suicida en los estudiantes de la FES Iztacala de las carreras de Enfermería y Odontología, sería conveniente proponer las bases de un programa de atención institucional generando espacios en los que se atendiera de forma psicológica a la población estudiantil, de forma parecida a la atención que existe para otras áreas, como lo es Medicina. Por ello resultaría conveniente el diseño de programas para detectarlo a tiempo y darle la atención pertinente a través de actividades diversas, como talleres grupales y pláticas a la comunidad estudiantil, para hacer conscientes a los estudiantes de esta problemática.

### 3.2.2. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cualitativa.

#### CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA: UN ESTUDIO DE CASO.

Antes de iniciar el presente estudio se consideró importante realizar una investigación que nos permitiera analizar si en una muestra de jóvenes estudiantes de enfermería y odontología se presentaba depresión y si esta característica se relacionaba con la ideación suicida. Los resultados obtenidos mostraron que existen evidencias de que probablemente la depresión se encuentre relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada, encontrándose una correlación entre ambas variables. Cabe señalar que en la muestra seleccionada el 95 % de los participantes se encontraban entre los 15 y 25 años de edad, permitiéndonos con ello describir a un grupo vulnerable con respecto a la depresión y a la ideación suicida.

Nuestro interés actual se centra en descubrir los significados que una de las estudiantes, que participó en nuestra investigación cuantitativa, atribuye a la depresión y a la ideación suicida. Para la presente investigación se seleccionó a una estudiante que cursa la carrera técnica en enfermería; se trata de una joven llamada Daniela, es soltera y tiene 15 años de edad. Consideramos importante elegirla puesto que había alcanzado puntajes muy elevados en los instrumentos que se aplicaron para evaluar la depresión y la ideación suicida. Esta estudiante se encuentra en el 16% de los estudiantes que presentaron un nivel moderado de depresión y en el 24% de los que reportaron tener ideación suicida.

Cuando hablamos de significados nos referimos a que nos interesa comprender, desde su propio marco de referencia, cómo percibe las manifestaciones depresivas que enfrenta en torno a: las características de su estado de ánimo, los cambios repentinos de humor, los disturbios alimenticios o del sueño, la fatiga, el experimentar desesperación, irritabilidad o insatisfacción personal. Asimismo, buscamos los significados que otorga a la ideación suicida indagando acerca de: su actitud ante la vida y la muerte; sobre las características de su deseo suicida, conociendo si se trata de nulos o transitorios pensamientos suicidas o, por el contrario, de pensamientos recurrentes y persistentes; las características del intento una vez meditado para conocer si mostró una escasa o nula reflexión para realizar el intento suicida o si lo ha meditado detalladamente; las características de la intención suicida en el presente para saber si existe o no una preparación y planeación para el

suicidio, así como los intentos previos que ha llevado a cabo para quitarse la vida. De igual manera buscamos los significados que atribuye a la relación que puede existir entre su sintomatología depresiva y sus deseos suicidas con las vivencias que ha tenido en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve: el personal, el familiar, el social, el escolar y el espiritual.

Este tipo de acercamiento en la investigación, nos permitirá explorar un problema social del cual se conoce poco. De ahí que estemos interesados en realizar un estudio de caso para identificar las percepciones personales que Daniela tiene con respecto a la depresión y a la ideación suicida; permitiéndonos conocer cómo enfrenta los episodios depresivos y los pensamientos de quitarse la vida, con el objeto de indagar sobre la manera como vive cotidianamente estos sucesos. Por ello nos preguntamos ¿cuál es la percepción que Daniela, la joven estudiante seleccionada para el estudio de caso, tiene con respecto a la manera en que vive e interpreta los episodios depresivos y la ideación suicida?

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este trabajo consiste en conocer y entender los significados que una estudiante de la carrera técnica en enfermería atribuye a los episodios depresivos y a la ideación suicida que están presentes en su vida, empleando el estudio de caso intrínseco como estrategia de análisis.

### **ANÁLISIS METODOLÓGICO**

De acuerdo con Valles (2000), la selección del caso tipo se realizó mediante la aplicación previa de técnicas cuantitativas. Se seleccionó a una persona específica para participar en el estudio, porque tenía características específicas. Estas características fueron que alcanzara puntajes altos tanto en el instrumento que medía depresión como en el de ideación suicida.

Se realizó un estudio de caso único. Este tipo de estudio pretende comprender el caso en particular, pues se tiene un interés intrínseco en él, es decir, “el caso no nos interesa porque con su estudio aprendamos sobre otros casos o sobre algún problema general, sino porque necesitamos aprender sobre ese caso particular” (Stake, 1999, p.16). Según Serrano (1997) el estudio de casos busca interpretar la particularidad de la existencia humana a través de la narración. La “competencia narrativa, en el plano individual, otorga



a los sujetos los útiles necesarios para organizar su vida en episodios significativos” (Serrano, op. cit., p.204). Estudiar un caso es reconstruir la creación personal de una historia, en diálogo con otras historias, y en el espacio sociocultural que les da sentido. Nosotros deseamos comprender a través de la narración de Daniela cómo es que interpreta y construye su vida en episodios significativos y cómo su contexto sociohistórico influye para que otorgue ciertos significados a su existencia; en particular nos referimos a la manera en que otorga un significado específico a los episodios depresivos y a las ideas suicidas que ha enfrentado a lo largo de su vida.

En nuestro estudio empleamos como recurso metodológico dos entrevistas a profundidad, con un intervalo de una semana entre una sesión y otra. Las entrevistas fueron cara a cara, entre dos personas (entrevistador y entrevistado), semiestructuradas y focalizadas. Decimos que fueron focalizadas porque en este tipo de entrevistas se sabe de antemano cuáles son los ejes a indagar; dichos ejes no se realizan como preguntas formalmente armadas sino que se plantean como un tema a conversar durante el cual pueden surgir diversas preguntas y cuestiones relacionadas. Esta técnica nos permitió, a través de la narración, co-construir con Daniela su historia, organizándola en episodios significativos dentro de diferentes contextos (familiar, social, escolar, espiritual).

## ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó la transcripción de las entrevistas que se tuvieron con Daniela y, posteriormente, se procedió a analizarla con el programa de cómputo ATLAS.ti 4.1; a través de él se llevó a cabo la codificación y categorización de las entrevistas. Las categorías que se derivaron para el análisis de los datos fueron las siguientes:

Categoría	Definición	No. de códigos que contiene
Interacción prob. en la familia	Relaciones conflictivas entre los miembros de la familia y Daniela.	37
Adicción mamá	Aspectos que se relacionan con el abuso de drogas y alcohol de la mamá de Daniela.	34

Categoría	Definición	No. de códigos que contiene
Información de ideación suicida	Se refiere a la ideación suicida de Daniela y sus dos hermanas, a los intentos suicidas en la familia y a los motivos de Daniela para suicidarse y para no hacerlo.	26
Información de depresión	Se refiere a los indicadores de depresión que Daniela ha tenido, los eventos que la han desencadenado y la relación entre su depresión y sus ideas suicidas.	21

Los resultados que hemos encontrado en este estudio coinciden con lo revisado en la literatura para nuestra investigación cuantitativa, ya que observamos que efectivamente la depresión es un fenómeno que afecta diferentes áreas de la vida de quien la padece y que en los grados más severos, el individuo puede atentar contra su vida. En el caso de Daniela se percibe cómo ella ha tenido que enfrentar diferentes situaciones sociales, académicas y familiares que la han llevado a un cuadro depresivo. Por ejemplo, el tener que vivir en un ambiente familiar violento, inseguro e inestable, los problemas de adicción de la madre y su abandono, los conflictos ocasionales con su padre, la muerte de un familiar muy cercano (su tío), el no poder establecer una relación de noviazgo en este momento y el estar estudiando una carrera que no le agrada del todo pero que siente que debe hacerlo para complacer a su papá, son situaciones que tomadas en conjunto posibilitan e incrementan la ocurrencia de un episodio depresivo. Además de ello, al sentir que su vida carece de sentido y que resulta difícil sobrellevarla, aparecen las ideas de terminar con su vida, es decir, en los momentos en que enfrenta un episodio depresivo importante suele pensar en la muerte como una opción para terminar con sus problemas.

La categoría de “interacción problemática en la familia” fue la que apareció con mayor frecuencia, ya que Daniela aportó suficiente información para conocer los principales problemas de su familia. Posiblemente el tener un número tan elevado de problemas en la familia, contribuya para que Daniela tenga largos períodos de depresión e ideas suicidas, ya que desde pequeña le ha tocado vivir y presenciar problemas entre su mamá y su papá; sus hermanas y su mamá; sus hermanas y Daniela; y entre todos estos subgrupos

familiares. Es posible que los problemas familiares contribuyan para que Daniela perciba un ambiente tenso y hostil en su casa, lo cual podría posibilitar la aparición y permanencia de depresión e ideas suicidas. Por otro lado, en esta familia han habido intentos suicidas previos, que le han permitido a Daniela justificar y naturalizar sus ideas suicidas. Es bien sabido que los adultos son un modelo a seguir para los niños pequeños y es posible que Daniela haya seguido los patrones suicidas de sus hermanas, ya que son personas adultas representativas en su vida. En algunas familias es muy común que se repitan patrones presentados en las primeras generaciones. Por lo anterior, Daniela tendría la posibilidad de imitar y reproducir acciones realizadas en el pasado por sus hermanas mayores.

Lo anterior nos permite observar que las condiciones familiares desfavorables posibilitan y promueven la aparición de depresión e ideas suicidas. Afortunadamente, Daniela cuenta con otros factores familiares y sociales que contrarrestan estos impulsos depresivos y suicidas, tales como: la comunicación y cercanía que tiene con su padre y hermanas, el interés que siente por cuidar, proteger y dar buenos ejemplos a su hermana Karina, así como las relaciones de amistad que ha establecido con su grupo de iguales en la escuela. Estas son condiciones favorables que hacen que Daniela pueda salir de sus períodos de depresión y que la ayudan también a descartar las ideas que tiene de atentar contra su vida.

Esta observación ha servido para entender la manera en que Daniela interpreta sus estados depresivos, ya que los considera como producto de la pobre relación que ha tenido con su madre, de los ejemplos inadecuados que le ha enseñado, de los problemas de comunicación que llega a tener con su padre y de la muerte de un familiar cercano, es decir, su depresión se relaciona con eventos dolorosos en su ambiente familiar, en donde llega a percibir la falta de redes de apoyo sólidos y una adecuada guía familiar. Finalmente, estos estados depresivos contribuyen a la aparición de ideas suicidas, es decir, al deseo de terminar con su vida. De esta observación podemos derivar la idea de que al intervenir en los estados de depresión de Daniela (ocasionados por su problemática familiar) probablemente se interrumpirá la presencia de la ideación suicida. Para ello sería conveniente el que Daniela y su familia recibieran apoyo psicológico para modificar su dinámica familiar y contribuir a la integración de sus miembros.

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

De acuerdo con Moctezuma y Desatnik (op. cit.), el programa de la residencia en terapia familiar plantea el desarrollo de las siguientes habilidades de investigación y enseñanza en el alumno:

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
- Difundir conocimientos.
- Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.

#### **3.3.1. Elaboración de productos tecnológicos.**

Dentro del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se encuentra contemplada la elaboración de productos tecnológicos que propicien el desarrollo de habilidades terapéuticas y/o enfatizen la atención y prevención en la comunidad. Como resultado de ello se realizaron los siguientes productos tecnológicos:

#### **MANUAL DE TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR DESDE EL ENFOQUE ESTRUCTURAL**

Se trata de un manual que integra, por un lado, los fundamentos teóricos del Modelo Estructural desarrollado por Salvador Minuchin y, por el otro, hace referencia al aspecto metodológico de este marco de referencia. El propósito de elaborar este manual es el lograr la sistematización del modelo tanto en sus postulados teóricos como metodológicos, para integrarlo dentro de nuestro marco de referencia terapéutica, así como también desarrollar habilidades clínicas al diseñar casos ficticios en lo que es posible aplicar cada técnica teniendo en cuenta su propósito. Considero que se trata de

una herramienta valiosa para cualquier terapeuta, pues nos hace posible tener una visión más integradora del modelo y desarrollar habilidades terapéuticas.

### **VÍDEO SOBRE LAS TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR BAJO EL MARCO ESTRUCTURAL**

Este video constituye una extensión del manual señalado anteriormente, en el sentido de que permite aún más la sistematización de este modelo de intervención, presentando de manera esquemática la clasificación de las técnicas y presentando casos concretos en donde puedan aplicarse. 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.

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, considero que se requiere de mucha práctica para poder desarrollarlas. El contar con este video constituye también una valiosa herramienta, pues además de servir a otros a tener un acercamiento con el modelo, nos permitirá a sus autores observar nuestra evolución como terapeutas.

### **MANUAL DE TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR DESDE EL ENFOQUE DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN EL PROBLEMA**

Se trata de un manual que integra, por un lado, los fundamentos teóricos del Modelo de Terapia Breve centrado en el Problema y, por el otro, hace referencia al aspecto metodológico de este marco de referencia. El propósito de elaborar este manual es el lograr la sistematización del modelo tanto en sus postulados teóricos como metodológicos, para integrarlo dentro de nuestro marco de referencia terapéutica, así como también desarrollar habilidades clínicas al diseñar casos ficticios en lo que es posible aplicar cada técnica teniendo en cuenta su propósito.

## **VIDEO DE TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR DESDE EL MODELO ESTRATÉGICO**

Este video permite la sistematización de dicho modelo de intervención, presentando de manera esquemática la clasificación de las técnicas y presentando casos concretos en donde puedan aplicarse. El video tiene una duración de 38 minutos. Inicia con la presentación del objetivo que se persigue, el cual es *“mostrar la aplicación de las técnicas del Modelo Estratégico dentro de la Terapia Familiar desarrolladas por Jay Haley”*. En el video se muestran las fases que Jay Haley propone para la primera entrevista, las cuales son: etapa social, planteamiento del problema, etapa de interacción y definición de los cambios deseados; asimismo se presenta brevemente el desarrollo de diferentes sesiones simuladas empleando diversas técnicas. Se decidió presentar en el video una breve reflexión de cada participante acerca de su experiencia en la realización del video y de sus impresiones en torno al modelo; deseamos mostrar no sólo el uso de las técnicas, sino también la importancia de señalar la complejidad y riqueza que implica el diseño de una estrategia para cada caso en particular.

La finalidad de la realización de este video es que pueda servir a terapeutas en formación a familiarizarse con el modelo, así como también para conocer una modalidad particular de aplicar las técnicas. Consideramos que este objetivo está siendo alcanzado puesto que participó en la “Primera muestra de Seminario de Video” de las áreas audiovisuales de la UNAM, la cual se llevó a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM en el Auditorio del edificio A los días 2 y 3 de septiembre de 2004. El objetivo de esta muestra fue “abrir un foro de proyección y discusión para enriquecer nuestra práctica metodológica y vincularla con las nuevas tecnologías y necesidades de la educación superior en el siglo XXI”. El comité organizador realizó la selección de videos para elaborar el programa de la muestra. Este video constituye la primera elección de los materiales que se emplearán como uso didáctico, en la categoría de apoyo a la docencia, en la Facultad de Psicología.

## **MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR DESDE EL ENFOQUE DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES**

Se trata de un manual que integra, por un lado, los fundamentos teóricos del Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones y, por el otro, hace referencia al aspecto metodológico de este marco de referencia. El propósito de elaborar este manual es el lograr la sistematización del modelo tanto en sus postulados teóricos como

metodológicos, para integrarlo dentro de nuestro marco de referencia terapéutica, así como también desarrollar habilidades clínicas al diseñar casos ficticios en lo que es posible aplicar cada técnica teniendo en cuenta su propósito.

Por otro lado, también se realizaron dos productos tecnológicos grupales que fueron elaborados por los alumnos de la 3° generación de la residencia:

### **HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR**

Se realizó como producto tecnológico grupal un documento que muestra el desarrollo de la Terapia Familiar desde sus inicios hasta la época actual. Este material se ha vendido realizando desde el inicio de la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar, es decir, lo iniciaron los alumnos pertenecientes a la primera generación, continuando el trabajo los de la segunda generación, y finalmente, la tercera generación se ha encargado de enriquecerlo: ingresando nuevos datos biográficos, publicaciones, hechos históricos que sucedieron a la par del desarrollo de la Terapia Familiar y dando un nuevo formato y organización del trabajo, precisando y enfatizando algunos hechos con el empleo de símbolos didácticos para facilitar su lectura y comprensión.

### **CICLO VITAL EN LAS FAMILIAS**

Este producto tecnológico grupal es un material que muestra las investigaciones realizadas por los alumnos de la tercera generación en torno al ciclo vital de las familias. Cada alumno se encargó de realizar la fundamentación teórica de un determinado ciclo de la vida de una familia, así como de entrevistar a dos familias que atravesaban por dicha etapa. El documento contiene los postulados teóricos, la metodología empleada, el análisis de las entrevistas y las conclusiones encontradas. De esta manera el trabajo integra los resultados de las investigaciones realizadas abordando desde la etapa del noviazgo hasta la de vejez, soledad y muerte.

#### **3.3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.**

### **TALLER DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA**

Su finalidad fue brindar orientación, atención y prevención a un sector específico de la comunidad. El taller se llevó a cabo con alumnos de la Escuela Primaria “Vidal Rivero”, los

días 3, 4 y 5 de diciembre de 2003. Las sesiones se realizaron en un horario de 3:30 a 4:30 p.m. Se decidió aplicarlo en esta institución educativa debido a que la población estudiantil presentaba diversos problemas de indisciplina, además de provenir de familias con diferentes grados de violencia familiar. Se conformó un grupo de 9 alumnos (7 niños y 2 niñas) de 4° a 6° grado con el propósito de que pudiera resultar beneficiada aquel sector de la población que realmente lo requiriera.

El objetivo general que pretendió el taller fue lograr que el niño desarrolle habilidades de comunicación no violenta para utilizar en el ámbito familiar, social y escolar. Cada una de las sesiones contemplaba un objetivo específico, siendo los siguientes:

- **Primera sesión:** Que el niño identifique sus sentimientos y necesidades para poder expresarlos así como conocer las expresiones de la comunicación violenta (CV) y no violenta (CNV).
- **Segunda sesión:** Que el niño desarrolle habilidades de comunicación para expresar sus sentimientos de manera no violenta.
- **Tercera sesión:** Que el niño conozca un método para solucionar los conflictos de manera no violenta y analice los beneficios que puede traer a su vida.

Considero que el desarrollo de este taller puede resultar de gran utilidad en aquellos sectores de la comunidad que presenten dificultades para la resolución de conflictos de manera asertiva, sin hacer uso de la violencia, enalteciendo la comunicación como la forma más eficaz de hacer frente a los problemas. Será necesario adecuar los contenidos y las técnicas del taller de acuerdo al tipo de población a la que se encuentre dirigido; principalmente deberá hacerse un diseño especial de este modelo para dar atención a situaciones de violencia extrema partiendo de la realidad y expectativas de los participantes.

Por otro lado, como parte de la atención brindada dentro de la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE a los derechohabientes, ofrecí tres pláticas informativas. A continuación se describen los propósitos que perseguían, la población a la que fueron dirigidas, las fechas en que se realizaron y los temas abordados en las mismas:



## MALTRATO INFANTIL

**Objetivo general:** Informar y sensibilizar a la comunidad acerca del maltrato infantil, sus causas, modalidades y consecuencias; así como también proporcionar información acerca de las instituciones de apoyo para esta problemática.

**Población a la que va dirigido:** La plática se dirige a una población variable, pues se dará a la comunidad de pacientes del ISSSTE que se encuentran en espera de recibir su atención médica.

**Fecha:** 1° Abril de 2004.

TEMAS
¿Qué es el maltrato infantil y cómo se manifiesta?, Causas del maltrato infantil, ¿Por qué los padres maltratan a sus hijos? y ¿Quiénes son los padres que maltratan?, Como afecta el maltrato a los niños y a las niñas, Detección y denuncia, Como prevenir el maltrato infantil en el hogar, y Dónde acudir en caso de necesitar ayuda.

## DEPRESIÓN

**Objetivo general:** Informar y sensibilizar a la comunidad acerca de la depresión, los síntomas en que se manifiesta, las causas y las repercusiones; así como también señalar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos.

**Población a la que va dirigido:** La plática se dirige a una población variable, pues se dará a la comunidad de pacientes del ISSSTE que se encuentran en espera de recibir su atención médica.

**Fecha:** 13 Mayo de 2004.

TEMAS
¿Qué es la depresión y cómo se manifiesta?, Causas de la depresión, Relación con otras enfermedades, Depresión según edad y sexo, Diagnóstico y tratamiento, Acciones que las personas con depresión y sus familiares pueden implementar para mejorar su calidad de vida, y Dónde acudir en caso de necesitar ayuda.

## CICLO VITAL DE LA FAMILIA

**Objetivo general:** Dar a conocer a la comunidad las fases por las que atraviesan las familias a lo largo de su ciclo vital, señalando los principales problemas a los que se enfrentan, así como algunas formas de afrontarlos.

**Población a la que va dirigido:** La plática se dirige a una población variable, pues se dará a la comunidad de pacientes del ISSSTE que se encuentran en espera de recibir su atención médica.

**Fecha:** 28 Abril de 2005.

TEMAS
¿Qué es la familia?, ¿Qué se entiende por ciclo vital de la familia?, Etapas del ciclo vital, principales problemas y algunas formas de afrontamiento.

También apoyé al “Programa de Educación para la Salud” organizado por la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE, participando en una actividad extramuros con la siguiente ponencia:

## VIOLENCIA FAMILIAR

**Objetivo general:** Informar y sensibilizar a los alumnos acerca de la violencia familiar, sus causas, modalidades y consecuencias; así como también proporcionar información acerca de las instituciones de apoyo para esta problemática.

**Población a la que va dirigido:** La plática se dirige a tres grupos de adolescentes, entre 12 y 15 años, pertenecientes a la Escuela Secundaria General No. 30 “Gustavo Baz Prada”, ubicada en Av. Gran Pirámide s/n Tenayuca, Edo. de México.

**Fecha:** 7 Abril de 2005.

**TEMAS**

Violencia familiar, Mitos y realidades, Procesos que dificultan su comprensión y reconocimiento (invisibilización y naturalización), Tipos de violencia familiar (violencia de género, maltrato infantil, maltrato a ancianos y violencia conyugal (señalando el círculo de la violencia), Formas o modalidades de la violencia ( violencia física, sexual y psicológica), Repercusiones en las víctimas de violencia, Acciones e intervenciones dirigidas a su prevención y tratamiento, y ¿Dónde acudir en caso de necesitar ayuda?.

**TALLER A PADRES DE FAMILIA**

En el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Naucálpan, se llevó a cabo un taller dirigido a los padres de familia bajo la supervisión de la Mtra. Carolina Rodríguez. El taller llevó por nombre “¿*Realidad objetiva o construida?*” y su propósito fue el de ofrecer a los padres la posibilidad de reconstruir sus historias de vida, favoreciendo así las relaciones en el núcleo familiar y logrando construir un puente de comprensión entre padres e hijos. Se trabajó con los padres de familia durante 6 sesiones semanales (del 8 de noviembre al 13 de diciembre de 2004), cada una con 3 horas de duración.

El desarrollo del taller fue apoyado por el empleo de un manual que fue elaborado por un grupo de profesoras, el cual está compuesto por diferentes actividades y por la compilación de lecturas. Cada sesión era dirigida por dos terapeutas familiares en formación. Al inicio del taller se conocieron las expectativas y temores de los asistentes al taller, así como también se realizó la creación de compromisos para el mismo. Posteriormente, se delineó la configuración familiar de cada asistente, se conoció su autobiografía y la preocupación principal que tenían en la actualidad. A partir de sus discursos se fue construyendo una historia alternativa que les diera la posibilidad de concebir su historia de una manera distinta, más funcional y propositiva. Para la construcción de estas nuevas historias fue necesario conocer y discutir diferentes lecturas contenidas en el manual para los padres, así como diseñar rituales familiares específicos para cada participante. Las sesiones fueron enriquecidas por las opiniones de cada participante. Al finalizar el taller los padres habían adquirido una visión diferente de su realidad, ya que esta puede tener diferentes lecturas, no es algo dado sino algo que se va construyendo y que puede ser concebido desde diferentes lógicas y perspectivas. Los

padres elaboraron al cierre del taller dos máscaras: una que mostraba cómo habían llegado al taller y la otra que mostraba cómo se sentían al término del mismo. Cabe mencionar que todas las máscaras que mostraban cómo se sentían al inicio indicaban confusión y desorientación; en cambio, las máscaras que simbolizaban su sentir al término del taller indicaban alegría, claridad y tranquilidad.

### **TALLER VIVENCIAL**

Dentro de la asignatura de Teorías y Modelos de Intervención III, se diseñó un taller vivencial acerca de la *“Actitud responsable ante el consumo del alcohol”*. El uso responsable del alcohol señala que la decisión de ingerir o no bebidas alcohólicas es propiamente una decisión privada y personal que tiene que tomar cada individuo. Sin embargo, si la elección es por el alcohol, se asume la responsabilidad de no destruirse a sí mismo ni a los demás.

El objetivo del taller fue el de ofrecer una reunión modelo para que los invitados conocieran una manera sana y diferente de convivir, evitando una intoxicación por el consumo de alcohol. Durante la reunión se tomaron en cuenta diferentes aspectos que favorecen el consumo responsable del alcohol, tales como: sondear las expectativas personales y el estado físico y/o emocional de los asistentes, conocer el efecto de los diferentes tipos de bebidas, cuidar la cantidad y la rapidez con que se consume el alcohol, considerar la cantidad de alimento en el estómago, ofrecer una variedad de bebidas no alcohólicas, propiciar el desarrollo de actividades diversas, planear la frecuencia del servicio y poner un límite para el consumo del alcohol. El realizar reuniones sociales en donde se promueva una actitud responsable ante el consumo de alcohol permite que los invitados puedan disfrutar de una manera sana y diferente prescindiendo del consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

### **TERAPIA DE RED**

En el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco, trabajé en co-terapia bajo la modalidad de *Terapia de Red* con un grupo de 10 personas (5 adolescentes con alguno de sus padres), de los cuales tres alumnos pertenecían al turno matutino y dos al vespertino. Este trabajo se llevó a cabo bajo la supervisión de la Mtra. Carolina Rodríguez. Se impartieron 5 sesiones quincenales (del 11 de Enero al 15 de Marzo de 2005), cada

una con 2 horas 30 minutos de duración. Los motivos de consulta que presentaban en común las 5 parejas se encontraban relacionados con el bajo rendimiento escolar de los adolescentes y las dificultades en la comunicación entre padres e hijos. El propósito principal del proceso terapéutico fue el de favorecer las relaciones en el núcleo familiar a través de la construcción de un puente de comprensión entre padres e hijos. Al cabo de las sesiones se establecieron las bases para alcanzar este objetivo de acuerdo con las evaluaciones que los consultantes hicieron acerca del servicio brindado.

### 3.3.3. Presentación de trabajos en foros académicos.

Uno de los propósitos de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar es el difundir a la comunidad las actividades realizadas dentro de la residencia. En este sentido presenté los resultados de la investigación realizada en Metodología de la Investigación I, en la modalidad de cartel, en el *XXIII Coloquio de Investigación* que se realizó en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

<b>Fecha de la presentación:</b> 25 de Agosto de 2004. <b>Lugar:</b> Unidad de Seminarios. <b>Horario:</b> de 11:30 a 14:00 hrs. <b>Número de cartel:</b> 19	<b>Número de propuesta:</b> 225 <b>Disciplina:</b> Psicología. <b>Subdisciplina:</b> Psicología de la Salud. <b>Título:</b> Relación entre Ideación Suicida y Depresión en Estudiantes de la F.E.S. Iztacala.
---	--

También presente los resultados de esta investigación, participando como ponente, en el *IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*, organizado por la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) y realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala del 29 de Noviembre al 3 Diciembre 2004.

<b>Fecha de la presentación:</b> 1° de Diciembre de 2004. <b>Lugar:</b> UICSE. <b>Horario:</b> de 16:00 a 17:30 hrs. <b>Simposio:</b> Avances del Programa de la Residencia en Terapia Familiar de la FESI.	<b>Coordinadora:</b> Mtra. Ofelia Desatnik. <b>Ponencia:</b> Relación entre Ideación Suicida y Depresión en Estudiantes de Enfermería y Odontología de la FES Iztacala.
--	--

---

### 3.4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

De acuerdo con Moctezuma y Desatnik (op. cit.), el programa de la residencia en terapia familiar plantea el desarrollo de las siguientes habilidades con respecto a la ética y al compromiso social en el alumno:

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

#### 3.4.1. Consideraciones éticas.

En los últimos años se ha trabajado el tema de la ética vinculándolo con los valores y con el ejercicio de las profesiones. Resulta de gran relevancia el determinar normas específicas para regular el ejercicio de cualquier profesión, de tal manera que pueda asegurarse que el servicio brindado sea de alta calidad y prestado por personal competente y calificado en su área. En el caso de la Psicología, han sido numerosos los intentos por determinar la estructura de un Código Ético que defina el actuar profesional de los psicólogos (García, 2004):

- La iniciativa de la Dirección de Profesiones, de los gobiernos federales y estatales, para que cada entidad cuente con un Código Ético Profesional de cada uno de los

colegios de profesionistas registrados legalmente. Dicho documento, deberá responder a las necesidades y condiciones de la población local.

- El planteamiento que realizan J. Lafarga Corona, Hanne Lore Schluter e Irene Pérez, al señalar los valores éticos que, según los propios psicólogos del país, deben tomarse en cuenta en el trabajo cotidiano de los psicólogos.
- La propuesta que hace Josie Wilson de realizar sesiones públicas entre los profesionales para la toma de decisiones éticas, creando un espacio seguro, de confidencialidad y respeto, para desarrollar la capacidad de pensar éticamente y hacer decisiones apropiadas en cada uno de los contextos donde se ubica el psicólogo.
- La publicación del Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología, redactado por una comisión de expertos que no representa al gremio en general; así como los principios básicos del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, con la misma limitante.
- El trabajo realizado por Alternativas en Psicología y el Colegio de Profesionales de la Psicología en Querétaro (miembros de la Fenapsime), al proponer un Código de Ética para la asociación civil que conforman.
- Los estudios sobre Ética Profesional realizado por el Mtro. Francisco Javier Rosales Álvarez, docente investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Desde sus trabajos se desprende la iniciativa de estudiantes y colegas para abundar sobre el trabajo de la ética.

En los intentos antes mencionados se han considerado como algunos de los valores éticos indispensables en el actuar de los profesionales en Psicología, los siguientes:

**CAPACIDAD PROFESIONAL:** El Psicólogo debe contar con una preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus

capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

**COMPETENCIA:** El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad del psicólogo; debe reconocer los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Debe mantenerse al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que presta.

**CONFIDENCIALIDAD:** El psicólogo debe ser discreto, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si requiere presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, debe mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

**RESPECTO:** Entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, a través de la escucha y la empatía.

En el trabajo terapéutico con las familias hay diversas situaciones que deben cuidarse, debido a que durante las sesiones se maneja información delicada para los consultantes, misma que debemos proteger. Como terapeutas tenemos el compromiso ético de ser profesionales que acatemos los códigos de confidencialidad, respeto y servicio que nos exige nuestra profesión.

Para el análisis de las consideraciones éticas que se presenta enseguida, se toma como base el **“Código Ético del Psicólogo”** elaborado por los miembros de la Sociedad Mexicana de Psicología (2001), en donde se establecen un conjunto de principios éticos y su aplicación al ejercicio profesional del psicólogo. En él se encuentran contenidas las normas conforme a las cuales el psicólogo podrá determinar el desempeño apropiado en su relación con clientes, colegas, miembros de profesiones afines y público en general.



Dentro del **Capítulo 1**, que corresponde a los **Principios Generales**, se establece en el **artículo 1** que el psicólogo deberá tener presente que por el sólo hecho de ingresar a la comunidad de psicólogos, se compromete a respetar estas normas y a promover una buena imagen de su profesión. De igual manera, deberá mostrar un apego sensible a los códigos sociales y a lo que la comunidad espera con relación a los principios morales.

En el **artículo 2** se menciona que el psicólogo deberá ejercer su profesión en condiciones éticas y materiales que garanticen la calidad científica y profesional de la misma y los inminentes fines humanos que deben caracterizarla. En este sentido, nosotros como estudiantes de la Maestría contamos con las condiciones materiales y principios éticos para ofrecer un servicio de calidad a nuestros consultantes.

Se dice también, en el **artículo 3**, que el psicólogo deberá respetar la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos donde actúe profesionalmente, y velar siempre por el bienestar individual y social en la prestación de servicios de toda índole. El psicólogo deberá respetar la integridad y proteger el bienestar de la persona o del grupo de personas con las que trabaja. En un caso atendido por uno de mis compañeros, en la sede del ISSSTE, se procuró proteger el bienestar individual de los consultantes, quienes presentaban problemas de violencia familiar, por lo que se diseñaron intervenciones para detener de inmediato la violencia y poco a poco se fueron creando las condiciones necesarias para fortalecer la seguridad y el bienestar familiar. Personalmente, con una de las pacientes que atendí también en la clínica del ISSSTE, procure sensibilizarla en cuanto a la responsabilidad que ella tenía en el ejercicio de la violencia hacia su hijo y en la importancia de buscar un espacio seguro para su éste. En otro de los casos que atendí en la clínica de la FESI tuve que modificar los objetivos que se tenían previstos para el tratamiento de una de las familias debido a que la madre presentó una enfermedad repentina que la obligó a ausentarse por un breve tiempo de la terapia; cuando se incorporó debí adecuar las sesiones al abordaje del padecimiento físico y emocional que presentaba; asimismo, durante el tiempo en que se ausentó le realicé llamadas telefónicas ocasionales para procurar tanto su bienestar como el de su familia. Por otro lado, en otra de las familias atendidas nos solicitaron, por parte de la institución educativa a donde asiste uno de sus miembros, un informe en el que se indicara a la orientadora escolar el avance del tratamiento al que se había sometido la familia. El escrito que envié

a su escuela lo discutí en dos ocasiones con el equipo y en una con la familia con el fin de asegurarnos que la información que contenía dicho documento no condicionara el futuro de la alumna o pudiera ser utilizada en su perjuicio dentro de su contexto educativo; debimos tener cautela en su redacción para evitar que pudiesen etiquetarla con algún rótulo que lejos de ayudarle la pudiese perjudicar.

El **artículo 6** establece que el psicólogo deberá mantenerse en constante formación profesional y esforzarse por actualizar sus conocimientos en relación con el progreso de su disciplina. Considero que este artículo es de suma importancia puesto que el psicólogo debe mantener altos estándares en su competencia profesional; así como también es importante que reconozca los límites de su competencia tanto en lo teórico como en lo aplicado y que sólo preste servicios en los cuales esté calificado por entrenamiento y experiencia. Una de las compañeras del equipo atendió en la sede del CCH a un joven que presentaba problemas neurológicos graves, los cuales podrían causarle daño tanto a él como a las personas que lo rodean; el caso superaba nuestras posibilidades de atención, motivo por el cual se procedió a la búsqueda de otros profesionales capacitados en esta área. Se pretendía trabajar de manera multidisciplinaria pero desafortunadamente no fue posible continuar con el tratamiento psicológico debido a que el joven decidió no darle seguimiento; sin embargo, la terapeuta continúa buscando la forma de ponerse en contacto con él o con su familia para que le proporcionen la atención que necesita.

De acuerdo a lo que señala este artículo asumí como una responsabilidad propia el mantenerme actualizada a través de diversos medios, por lo que acudí a conferencias, cursos, congresos, coloquios, seminarios y otros foros académicos (ver anexo 3); además consulté diferentes materiales bibliográficos para tener una constante actualización que favoreciera mi desempeño. En el equipo de supervisión procuramos también compartir información reciente sobre nuestra disciplina.

Uno de los aspectos más importantes y más difundidos entre la comunidad es el que se aborda en el **artículo 7**, en donde se establece que el psicólogo deberá guardar el secreto profesional, que es inherente al ejercicio de la disciplina y obligatorio para proteger los intereses del individuo y de la sociedad según las modalidades de la actividad específica del psicólogo y conforme a las leyes generales en vigor. El psicólogo tiene como

obligación primordial el mantener la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el curso de su trabajo y sólo podrá revelar información con el consentimiento de la persona involucrada o de la representación legal. En este sentido, no fue posible que yo le brindara información a los padres de la joven que atendí en el ISSSTE debido a que ella no deseaba que sus padres estuvieran al tanto de ciertas cosas, al menos no por el momento; ella consideraba que había cosas que quería guardar para sí misma y me pareció importante proteger su privacidad y su espacio personal. Además, la información que se estaba protegiendo no implicaba ningún riesgo para nadie, sino que se trataba de aspectos que tenían que ver con su proceso psicológico.

Este artículo implica mantener siempre bajo reserva la información que recibimos directamente de quienes requieren nuestros servicios. En la práctica clínica nos vemos obligados a cumplir con este principio pues tenemos bajo nuestro resguardo los expedientes del trabajo terapéutico realizado con cada familia. Por otro lado, requerimos grabar (en audio y/o video) las sesiones con el propósito de analizarlas posteriormente; sin embargo, antes de iniciar las grabaciones, es preciso contar con la autorización explícita y por escrito de la familia, señalándoles el uso que se hará con los videos. En ningún caso se podrán emplear con un propósito diferente al señalado, así como tampoco podrán presentarse en un foro de investigación y/o docencia si no se cuenta con el consentimiento de la familia. En cualquier caso, deberá protegerse la identidad de los consultantes.

El **artículo 9** menciona que el psicólogo deberá evitar que repercutan en su actividad profesional sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los mismos puedan afectar su objetividad. Es necesario reconocer que cualquier terapeuta como ser humano puede enfrentar dificultades al participar con una familia o situación en particular, siendo necesario que reconozca sus limitaciones para que el equipo pueda ser un apoyo en el trabajo con las familias. Al respecto, tanto las supervisoras como el equipo de terapeutas procuraban atender a la persona del terapeuta cuando llegaba a experimentar alguna dificultad personal que pudiese verse reflejada en su ejercicio profesional; el sistema de supervisión siempre estuvo al pendiente para proteger tanto a la persona del terapeuta como a las familias que se atendían.

En la sede del ISSSTE atendí a una mujer que continuamente agredía a su hijo, manifestando que no lo quería y que se trataba de un hijo no deseado. Al principio llegaron a incomodarme algunos de sus comentarios, ya que en mi marco de referencia resulta difícil el aceptar el maltrato hacia los menores, sobre todo porque el niño no contaba con ninguna red de apoyo segura que estuviera al pendiente de su bienestar. En las primeras sesiones me llegué a sentir incluso enojada con la paciente, aunque en realidad no hice ninguna intervención que reflejara mi estado de ánimo; incluso el equipo me comentaba que ellos se encontraban muy molestos y que parecía no afectarme en nada. Realmente tuve que hacer un trabajo interno muy fuerte para controlar mis emociones y mantener la objetividad que se requiere en el proceso terapéutico, pensando en cómo mis intervenciones podían servir a la paciente en lugar de juzgarla. Considero que logré establecer una adecuada alianza terapéutica con la paciente, de hecho ella me comentaba que le ha servido mucho el acudir a terapia; pero lo importante es que pude hacerle saber que lo que ella realizaba constituían actos de violencia, pero sin hacerla sentir incómoda, culpable o juzgada. Además, en poco tiempo dejó de mostrarse agresiva con su hijo y pudo establecer nuevas formas de relación con él.

En uno de los casos que atendí en la sede del CCHA, tuve que realizar innumerables esfuerzos para sobreponerme a los sentimientos que me provocaba el trabajar con el caso de duelo, teniendo que buscar otros espacios para abordarlos (pre/pos sesiones y reuniones extramuros con los miembros del equipo terapéutico) y evitar que interfirieran con la familia que atendía.

En el **artículo 12** se menciona que el psicólogo debe respetar, sin discriminación, las ideas políticas y religiosas y la vida privada de los consultantes. Con respecto a él puedo decir que en nuestro ejercicio profesional con las familias estamos obligados a mostrar en todo momento un respeto hacia las creencias y forma de actuar de los pacientes, aunque en ocasiones nuestros marcos de referencia, valores, creencias u opiniones sean de naturaleza distinta. En el caso particular de la paciente que tuve y que decidió regresar con su esposo a pesar de haber compartido con él una vida de violencia, tuve que hacer de lado mis propios prejuicios con respecto a ello, controlar mis emociones y mantener la objetividad que se requiere en el proceso terapéutico, pensando en cómo mis intervenciones podían servir a la paciente en lugar de juzgarla; por ello decidí continuar

trabajando con la importancia de marcar y mantener límites claros en su familia para establecer relaciones libres de violencia.

El **artículo 17** habla de la importancia de mantener la más alta calidad en la prestación de los servicios del psicólogo, independientemente de la remuneración acordada. Dentro de la residencia procuramos mantener una actitud responsable y comprometida frente al ser humano y sus condiciones, guiándonos por los principios de responsabilidad, competencia y humanismo, evitando cualquier tipo de discriminaciones. Otra forma con la que contamos en este programa de maestría para procurar que el servicio que ofrecemos sea de alta calidad es a través de la supervisión en vivo del trabajo realizado con las familias; asimismo, continuamos brindándoles la atención a pesar de haber concluido el semestre, siendo necesario buscar otros espacios para atender a las familias de seguimiento, de tal manera que se respete el encuadre acordado desde el inicio del proceso terapéutico.

En el **Capítulo VI**, que se refiere a las **Relaciones entre colegas**, se establece en el **artículo 61** que deberá existir entre los profesionales de la psicología un espíritu de colaboración y de respeto mutuo. A este respecto, quisiera señalar que en el equipo existió una relación de respeto, cooperación y solidaridad profesional; aunque en algunas ocasiones hayan surgido desacuerdos de opinión entre nosotros. En este mismo sentido, se dice en el **artículo 62** que el psicólogo empleará la cortesía con sus colegas y les ayudará cuando no puedan atender sus tareas profesionales por causas de fuerza mayor. A pesar de las diferencias que surgieron en los últimos semestres en el equipo, pretendimos actuar en todo momento con cortesía y respeto, así como ofrecernos apoyo cuando se requiera.

Finalmente, es importante resaltar que el psicólogo tiene una enorme responsabilidad al ofrecer sus servicios a la comunidad y por ello debe mantener los más altos estándares de su profesión, debiendo aceptar la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y haciendo esfuerzos para asegurar que sus servicios sean empleados apropiadamente.

## 4.1. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO

*<La muerte es de la vida, igual que el  
nacer; como el andar está lo mismo en  
alzar el pie que en volverlo a la tierra>.*

*(R. Tagore)*

### 4.1.1. Concepto de duelo.

Ningún acontecimiento en la evolución del ser humano conlleva una pérdida tan radical y definitiva como la pérdida de la vida. Sin embargo, la muerte invariablemente forma parte de la vida; ambas están íntimamente relacionadas y forman parte de un mismo proceso. A pesar de ello, la muerte es un tema que la sociedad prefiere esquivar, aunque se trata de una realidad que nos concierne a todos.

De acuerdo con Eguiluz (1996), el dolor psicológico que se produce por la ausencia causada por la muerte de un ser querido, es un dolor profundo y desestructurante que detiene el crecimiento tanto de quien directamente lo sufre como de los demás miembros del grupo en el que participa el doliente.

Generalmente, después de la muerte de un ser querido la reacción normal es atravesar por un duelo, el cual supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación (Giacchi, 2005). Para adentrarnos en este tema, me parece conveniente presentar enseguida algunas definiciones, tomadas de diferentes autores, acerca del proceso de duelo.

De acuerdo con Sanz (2005), el proceso de duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. El duelo necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal.

Para Lyon (2005) el duelo es una experiencia común y dolorosa en la que se sufre la pérdida de algún ser querido. El duelo tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, aunque

suele ser más intenso tras un fallecimiento. No es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados.

El Diccionario de la Real Academia Española define al duelo como “dolor, lástima, aflicción o sentimiento; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” (Sánchez, 2001, p. 20). También se refiere a la reunión de parientes y amigos cuando alguien fallece.

El DSM-IV habla del duelo en los siguientes términos: “esta categoría (diagnóstica) puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. (...) La duración y la expresión de un duelo <normal> varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. (...) Como parte de una reacción de pérdida algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión (...)” (Sánchez, op. cit., p. 21). El duelo constituye un impacto que afecta a diferentes dimensiones del individuo: física, emocional, mental, social y espiritual.

Según Bauab (2001), el término duelo es una palabra homónima sobre la que recaen dos significados. Etimológicamente proviene de dos vocablos latinos: *Dolus*, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien; y *Duellum*, variante fonética arcaica de *bellum*, que significa batalla, desafío, combate entre dos. Este autor considera que, al basarse en la propiedad homónima de la palabra duelo, se puede afirmar que el duelo es dolor por la muerte de alguien, pero también es un desafío para recomponer su equilibrio personal. Asimismo, arguye que el duelo es un concepto en el que confluyen tanto el modo en que una comunidad o estructura colectiva aborda la temática de la muerte (a través de ritos y ceremonias desplegados en el marco del patrimonio cultural y religioso) como la dimensión particular que sus fenómenos expresan en la singularidad de cada caso.

Bourgeois (1996) concibe al duelo como la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales. Al proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida lo denomina trabajo o elaboración del duelo. Este autor destaca dos aspectos diferenciales en la reacción de pesar: las

consecuencias de la pérdida y las acciones del individuo encaminadas a la adaptación y superación de la misma.

Como se observa en las líneas anteriores, cuando fallece un ser querido necesitamos “elaborar un duelo”, el cual es un proceso que requiere tiempo y que no todos recorreremos de igual modo. La elaboración del duelo consiste en aprender a pensar sin culpa sobre la pérdida, expresar los sentimientos que ésta provoca, compartiéndolos en un clima de respeto, analizar las consecuencias que dicha pérdida está suponiendo para el superviviente y poner en práctica conductas tendentes a afrontar la vida en toda su riqueza.

Para Giacchi (op. cit.) elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta. Considera que se ha completado un duelo (duelo resuelto) cuando se es capaz de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin él o ella, cuando se ha dejado de vivir en el pasado y se puede invertir nuevamente la propia energía en la vida y en los vivos.

Cada proceso de elaboración del duelo tiene su curso natural de desarrollo y su duración o grado de alcance del sufrimiento varían de persona a persona. Sin embargo, varios autores consideran que la duración normal del duelo por la muerte de una persona muy querida, en nuestro entorno cultural, oscila entre 1 y 3 años. Particularmente O'Connor (1994), señala que con frecuencia un año no es suficiente para elaborar el duelo por la pérdida de un hijo o cónyuge y considera que un plazo de dos años puede ser una expectativa más realista del tiempo que se requiere para la cicatrización y la recuperación.

No se tienen muchas oportunidades de aprender sobre el duelo (cómo sentirse, cómo actuar correctamente, qué es considerado normal o acerca de cómo superarlo); en realidad no existe una forma estándar de duelo. Además, las personas pertenecientes a diferentes culturas suelen afrontar la muerte de formas diferentes y, para ser más precisos, cada familia tiene su propia cultura de grupo. A través de los siglos, la gente de las diferentes partes del mundo ha desarrollado sus propias ceremonias y rituales para afrontar la muerte. Los rituales y ceremonias del duelo pueden ser públicos y



demostrativos o privados y tranquilos. Aunque los sentimientos experimentados por las personas en duelo en las diferentes culturas pueden ser similares, sus formas de expresarse pueden ser muy diferentes.

#### 4.1.2. Reacciones habituales después de la muerte de un ser querido.

Las reacciones frente a las pérdidas están muy condicionadas socialmente, ya que existen ideas preconcebidas acerca de lo que las personas deben experimentar ante una pérdida irreparable. Algunos creen, por ejemplo, que para poder elaborar un duelo sano es necesario que se atravesase por un período de intenso sufrimiento para posteriormente alcanzar una etapa de aceptación plena de la pérdida. A pesar de que esto es frecuente, no constituye un patrón universal, pues algunas personas reaccionan de manera muy diferente y no por ello se niega la existencia de algún tipo de dolor o sufrimiento. En suma, cada duelo, como cada persona, es único. A pesar de ello, es posible identificar algunas de las reacciones más comunes que suelen aparecer después de una pérdida de este tipo (Giacchi, op. cit.):

SENTIMIENTOS / PENSAMIENTOS
<p><b>Negación / incredulidad:</b> Se piensa y se actúa como si el ser querido continuara vivo. No se pierde la esperanza de que vuelva.</p>
<p><b>Insensibilidad:</b> Es como si le estuviese pasando a otro. Nada parece real, se sienten embotados, como autómatas, incapaces de reaccionar. Este aturdimiento ayuda a ir asimilando la dura realidad.</p>
<p><b>Enojo / rabia / resentimiento:</b> Enojo contra todos y contra todo. El resentimiento forma parte del dolor.</p>
<p><b>Tristeza / Aflicción:</b> Son estados anímicos muy comunes. Pueden tener muchas expresiones: llanto, pena, melancolía, nostalgia.</p>
<p><b>Deseo de morir:</b> Las ideas de muerte, por lo general, se refieren a pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida o de haber fallecido con ella. No es extraño que aparezcan la ideación o el intento suicida.</p>
<p><b>Impotencia / sentimientos de inutilidad:</b> Las personas llegan a sentirse incapaces o ineficaces por no haber podido cambiar la situación; experimentan una disminución en su autovaloración.</p>
<p><b>Miedo / angustia:</b> Sensaciones de intranquilidad, confusión, desamparo y/o desesperación.</p>

**Culpa / autorreproches:** Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles o en las que no debieron decir ni hacer. La lista puede ser interminable. Incluso llegan a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera evitado la muerte de su ser querido.

**Soledad:** Son tantas cosas vividas y compartidas juntos que se requiere tiempo para aprender y acostumbrarse a su ausencia.

**Sensación de oír o ver al fallecido:** Pueden producirse algunos trastornos sensoriales transitorios en forma de alucinaciones en las que el deudo refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida.

**Ambivalencia / cambios de humor:** Los sentimientos pueden ser cambiantes y contradictorios. Son poco previsibles.

### SENSACIONES EN EL CUERPO

Náuseas; palpitaciones; opresión en el pecho; nudo en el estómago; cefaleas; trastornos gástricos; pérdida de peso; insomnio; fatiga; hipertensión; sensación de falta de aire; punzadas en el pecho; pérdida de fuerza; dolor de espalda; temblores; hipersensibilidad al ruido; dificultad para tragar; oleadas de calor; visión borrosa.



### COMPORTAMIENTOS

Llorar; suspirar; buscar y llamar al fallecido; hablar con el fallecido; aislamiento social; dormir poco o en exceso; distracciones, olvidos y falta de concentración; tener pesadillas; falta de interés por el sexo; no parar de hacer cosas o apatía; abandono de actividades socio-laborales.

Cada persona experimentará unas y otras de diferente forma; empero, cuando su intensidad y duración son excesivas pueden atentar contra el bienestar individual y dificultar su adaptación personal y social.

Es común encontrar en la literatura (O'Connor, op. cit.; Worden, 1997; Sanz, op. cit.; Bourgeois, op. cit.; entre otros más) diferentes clasificaciones del proceso de duelo concebido a través de etapas, las cuales no necesariamente siguen un orden lineal sino que se superponen y se muestran de diferentes formas en distintas personas. Enseguida se presentan dos de ellas por ser las que, a juicio personal, integran a las demás:

Para Sanz (op. cit.) las fases del proceso de duelo son:

1. Experimentar pena y dolor.
2. Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
3. Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
4. Reparición de la esperanza y reconducción de la vida.

Por su parte, Bourgeois (op. cit.) distingue tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo normal:

1. **Fase de impacto o impasibilidad:** Esta primera etapa dura de pocas horas a una semana después del deceso, puede cursarse tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando



una conducta semiautomática. Es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. La ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia. Los afectados se sienten aturdidos o confundidos ya

que no llegan a creer lo que realmente ha ocurrido. Pronto desaparece este aturdimiento que suele ser reemplazado por una intensa sensación de agitación y desasosiego con anhelo de la persona fallecida.

2. **Fase de depresión o de repliegue:** Durante este período el estado de ánimo corresponde a un trastorno depresivo y, por lo regular, se prolonga a lo largo de varias semanas o meses; incluso este autor señala que aproximadamente un 16% de las personas que han padecido una pérdida muy sensible presentaron un cuadro depresivo durante un año o más después del fallecimiento. Esta etapa



inicia con sintomatología depresiva inhibida y es seguida por episodios de protesta-irritación y aislamiento. Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual. Los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunas personas pueden sentir que ven al fallecido en cualquier sitio al que van. Los afectados frecuentemente se sienten muy enfadados con todo y con todos. Aparece una sensación de tristeza tranquila o depresión, aislamiento y silencio. Los momentos de gran aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerdan a la persona fallecida.

3. **Fase de recuperación, curación o restitución:** La tercera etapa se produce al cabo de seis meses o un año. Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse. La depresión disminuye y empieza a ser



posible pensar en otras cosas e incluso mirar hacia el futuro. Sin embargo, la sensación de haber perdido parte de uno mismo nunca desaparece del todo. Durante esta etapa se retorna al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el deudo del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente

coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente suelen marcar el final del duelo.

Además del parámetro temporal, para Bourgeois (op. cit.) el curso de la reacción de duelo viene influenciado por diversos factores:

- Edad del fallecido. Es erróneo pensar que la muerte es una calamidad que sólo se presenta cuando somos ancianos. Puede presentarse en cualquier momento.
- El tipo de muerte. Las características de la muerte que ocasiona el duelo pueden modular la evolución de éste, especialmente en el caso de las muertes violentas o catastróficas. Son situaciones muy difíciles los fallecimientos intempestivos o considerados prematuros (niño, adolescente o joven), así como los inesperados (con preparación corta) o bien calamitosos (homicidio, suicidio o accidente).
- La naturaleza e intensidad del vínculo con el fallecido.
- La personalidad del deudo.
- Experiencias anteriores de pérdidas del deudo.
- Las características del entorno.

Ahora bien, en ocasiones resulta difícil distinguir entre la tristeza y una aflicción anormal. Por ello, es relevante señalar las complicaciones potenciales que una reacción de duelo anormal puede provocar, destacando entre ellas el abuso de fármacos, alcohol y drogas, el aislamiento social, la aparición de patologías ansioso-depresivas e incluso el incremento de la mortalidad y suicidio. Los factores de riesgo predictores de un duelo patológico están deficientemente definidos. Desgraciadamente esta inespecificidad dificulta la detección y, por consiguiente, el tratamiento eficaz de las situaciones de duelo complicado, que según los casos precisarán de una psicoterapia individual, la integración en grupos de autoayuda o medicación farmacológica.

### **Duelo complicado**

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes etiquetas. A veces se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado” y se refiere a “la intensificación del duelo al grado en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución [...] implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación “ (Horowitz, 1980, p. 1157; citado en: Worden, op. cit.).

El duelo complicado se caracteriza por las alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (manifestaciones atípicas cuya duración va más allá de lo socialmente aceptado), o bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar). Bourgeois (op. cit), distingue diferentes modalidades de duelo complicado, algunas de las cuales se superponen entre sí:

- **Duelo ausente o retardado:** Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.
- **Duelo inhibido:** Se produce una “anestesia emocional” con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- **Duelo prolongado o crónico:** Con persistencia de la sintomatología depresiva más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
- **Duelo no resuelto:** Similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado” en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
- **Duelo intensificado:** Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- **Duelo enmascarado:** Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.

- **Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas:** Más allá del primer año, se presupone que las reacciones de aniversario no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones.

Hasta aquí se ha presentado lo que en la literatura se considera como el proceso de duelo habitual que siguen la mayoría de las personas ante la muerte de un ser querido, así como algunas características de lo que constituye un duelo complicado. Enseguida se hablará del impacto que la muerte de un hijo puede provocar al interior del grupo familiar.

#### 4.1.3. La muerte de un hijo y su impacto en la pareja y en los hermanos.

De acuerdo con Sánchez (op. cit.), la familia es un sistema vivo que tiene un equilibrio que puede ponerse a prueba por cambios que operan entre sus miembros. La familia se caracteriza por el hecho de que el comportamiento de cada uno de sus integrantes está relacionado con el comportamiento de los otros y con el de la familia en tanto que unidad. La muerte de un miembro de la familia constituye un cambio muy importante que afecta al conjunto del grupo familiar en su equilibrio y provoca cambios adaptativos en los otros miembros; puede llegar a tener efectos devastadores en el resto de la familia.

Según Worden (op. cit.), las reacciones que se producen tras la muerte de un familiar dependen de factores tales como: el momento o fase evolutiva en que se halla la familia, del rol o roles que desempeñaba el fallecido, de la intensidad de los lazos afectivos previos, de los patrones de comunicación entre los miembros de la familia y de factores



socioculturales. Particularmente la muerte de un hijo es una de las experiencias más duras, difíciles y dolorosas que puede sufrir un ser humano; sobre todo si se trata de un joven y muere de forma trágica. Este tipo de pérdida parece completamente innecesaria e injusta, por lo que es común que los familiares quisieran tener la posibilidad de regresar el tiempo para cambiar lo sucedido o que deseen haber muerto en su lugar (O'Connor, op. cit.). Tras una muerte repentina y trágica los padres pueden experimentar

fuertes sentimientos de culpa y reproche porque se cuestiona su competencia como padres, dado que conservar la salud y la seguridad de los hijos forma parte del rol paterno

(Kübler-Ross, 1985); la culpa puede presentarse como resultado de sentimientos que tengan que ver con el hecho de no ser capaz de hacer más para salvar a otros y/o que la propia vida fue a costa de la vida de otro.

El hecho de que las circunstancias de la muerte hayan sido trágicas e inesperadas conduce a que sean muy difíciles de sobrellevar y a que la aceptación de la realidad sea más complicada. Un aspecto más que debe tomarse en cuenta es cuando el o los sobrevivientes han presenciado la muerte; en estos casos es común que experimenten sentimientos de extrema vulnerabilidad e impotencia.

Ante una situación tan difícil como lo es la pérdida de un hijo, es importante tomar en cuenta el valor que la familia da a las emociones y el tipo de patrones de comunicación que hacen que se dé permiso a sus miembros para expresar sentimientos o no. Por ejemplo, algunas madres parecen sentirse obligadas a ser las fuertes de la familia y a constituirse en punto de unión y apoyo de todos; esto a veces puede ser una pesada carga para ellas y, en ocasiones, hacen un esfuerzo sobrehumano por aparentar entereza aunque su estado anímico diste mucho de esto. La razón de adoptar esta actitud es la de no hacer daño a otros miembros, sobre todo a hijos jóvenes. Por su parte, los hombres no lloran porque socialmente no se les está permitido ya que puede interpretarse como un signo de debilidad. Sin embargo, en momentos de intenso sufrimiento puede ser de gran utilidad mostrar su vulnerabilidad, pues esta actitud –además de ser liberadora de tensión emocional- ofrece a los otros una imagen más equilibrada y acorde con la realidad. Además, tolerar que los sentimientos se expresen abiertamente ayudará a afrontar el duelo de manera más eficaz.

Por otro lado, es frecuente que la muerte de un hijo produzca tensiones y conflictos en la vida de pareja, como por ejemplo:

- **Dificultades para aceptar que la pareja viva la pérdida a su manera.** Un miembro de la pareja puede sentir, por ejemplo, que al otro no le importa la muerte lo suficiente (tal vez porque no llora o porque no quiere hablar del fallecido). A veces, la necesidad de parecer fuerte, puede interpretarse por el otro como falta de interés.



- **Culpar a la pareja.** Es frecuente que uno de los miembros de la pareja piense que el otro es de alguna manera responsable de la muerte. Esto se puede traducir en reproches continuos o en sentimientos de impaciencia e irritabilidad hacia el otro.
- **Falta de sincronidad.** Puede ocurrir que la pareja no viva al mismo tiempo los momentos de mayor dolor o las recaídas. Esto puede crear la sensación de que uno siempre está inmerso en el dolor, y puede contribuir a que se eviten el uno al otro en los momentos difíciles, para no recaer en el sufrimiento.

En cuanto al manejo de los objetos y recuerdos del hijo, aparte de otros significados, Worden (op. cit.) considera que para muchos padres que han perdido hijos, la realidad de la pérdida es una lucha entre la creencia y la no creencia. Por una parte, saben que su hijo se ha ido pero, por otra no quieren creerlo; tratar con las posesiones de su hijo es un reflejo de esta lucha.

La pareja puede estar tan afectada por su propio dolor que llega a descuidar a los otros hijos. Ellos también sufren intensamente la pérdida (de un hermano y de un compañero de juegos), pueden sentirse responsables y tener la necesidad de desahogarse. Por ello, es fundamental no olvidar las necesidades de los hijos sobrevivientes en la familia (O'Connor, op. cit.). En ellos es normal que se den reacciones de celos, dado que los padres estarán, al menos un tiempo, recordando al fallecido. Dichos celos pueden expresarse en forma de enojo hacia el hermano. Resulta muy importante prestarles atención pues de lo contrario se corre el peligro de que adopten actitudes y conductas desadaptativas o que presenten algunos de los siguientes síntomas: depresión, dificultades para dormir, impaciencia, baja autoestima, fracaso escolar o indiferencia hacia las actividades extraescolares, deterioro de las relaciones familiares o con los amigos, conductas de riesgo (abuso del alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales sin medidas preventivas), negación del dolor y alardes de fuerza y madurez. La presencia prolongada de alguno o varios de estos signos pudiera indicar que se trata de un duelo complicado, lo cual requiere la búsqueda de ayuda profesional para que valore la situación, facilite la aceptación de la muerte y asesore al adolescente y a su familia en el proceso de duelo.

Los adolescentes tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido al mismo tiempo que atraviesan por todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad; la adolescencia suele ser ya una etapa difícil. Aún en este período de su vida necesitan mucho apoyo, cariño, reafirmación y la oportunidad de expresar sus sentimientos para emprender el doloroso y difícil proceso de duelo de una manera más eficaz.

El esfuerzo del adolescente para ser cada vez más independiente de sus padres, suele acompañarse de conflictos y problemas en la relación. Atravesar por una fase en la que requieren separarse de sus padres es algo natural; sin embargo, esta experiencia puede hacer el proceso de duelo más complicado. Es común que no compartan sus emociones con nadie y esto puede tener como resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo (duelo aplazado). Según Lyon (op. cit.) los jóvenes pueden no hablar de su duelo por miedo a añadir sobrecargas adicionales a los adultos que les rodean.

Para concluir con este apartado, quisiera enfatizar que la comunicación directa y clara de sentimientos en la familia, la apertura hacia otras personas, el hablar con naturalidad del fallecido, el sentirlo presente en el recuerdo y el cariño serenos, y el seguir afrontando las exigencias de la vida es lo que hace que una familia, a pesar de la pena profunda y el desánimo ocasional, se muestre como una familia funcional o equilibrada (Sánchez, op. cit.). La integración entre los miembros de la familia se da no sólo por la expresión emocional, sino también por el equilibrio en dichas reacciones emotivas, por la aceptación y respeto de las diferencias entre el ritmo y las formas de unos y otros de vivir el duelo. Compartir la tristeza y otros sentimientos entre los miembros de una familia es más saludable que pretender negarlos; hablar del fallecido y compartir el dolor por la pérdida, puede ser la mejor manera de ayudarse unos a otros y afrontar sanamente la experiencia de duelo.

#### 4.1.4. Abordaje terapéutico.

*<“Viviendo como vivimos en presencia de la muerte, como el límite infranqueable de nuestro futuro y la inexorable limitación de nuestras posibilidades, nos vemos obligados a aprovechar el limitado tiempo de vida de que disponemos y a no dejar pasar en balde, desperdiçándolas, las ocasiones que sólo le brindan una sola vez y cuya suma “finita” compone la vida>.*  
(Frankl, 1982; citado en: Sánchez, op. cit., p. 26).

Como se mencionó anteriormente, el duelo es una reacción natural ante la muerte de un ser querido y la mayoría de las personas lo resuelven sin la necesidad de ayuda profesional, pues funcionan con el apoyo de familiares y amigos. Sin embargo, algunas personas presentan mayores dificultades para afrontarlo y tienden a apartarse de parientes y amistades. De acuerdo con Sherr (1992), para estas personas puede resultar útil acudir a un servicio de orientación profesional durante el duelo, sobre todo si:

- Los miembros de la familia están incapacitados para comunicarse unos con otros y no existe ningún otro apoyo disponible para uno o más miembros;
- Un individuo está atorado con un sentimiento y no puede funcionar;
- Un individuo siente la necesidad de explorar lo que está sucediendo;
- Alguien se siente desesperadamente atrapado por las emociones.

Un servicio de orientación durante el duelo tiene como función principal brindar apoyo emocional a quienes han perdido a un ser querido y ayudarlos a trabajar su dolor con el fin de salir de la crisis y capacitarlos mejor para restablecer una vida significativa. El papel primordial de los orientadores es el de facilitar el reconocimiento y la aceptación de los sentimientos de los individuos y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno frente a la situación de duelo.

Para Sánchez (op. cit.) el encuentro y el acompañamiento durante el proceso de duelo deben estar destinados a ayudar a vivir sin negar la realidad de la muerte y a superar la angustia de la separación. La relación de ayuda en el duelo tiene como objetivo lograr una estabilidad emocional aceptable, recuperar la esperanza para seguir viviendo y “restituir” al fallecido en la vida del doliente de una manera distinta. No se trata de que la persona

olvide al fallecido sino de que encuentre para él un lugar adecuado en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz.

La añoranza y el anhelo de tener o recuperar a la persona desaparecida ocupa en algunas personas todo su tiempo, impidiéndoles vivir el presente y pensar en el futuro; por lo que se precisa situar de un modo nuevo al ser querido en la vida. Por ello, una de las tareas del duelo consiste en aprender a situar de otra manera en nuestra vida al ser querido que murió, sin idealizarlo, cultivando el recuerdo realista de los momentos vividos en su compañía; dosificando, progresivamente, los pensamientos e imágenes sobre él, permitiéndose el recordarlo y lamentar su muerte de vez en cuando.

El asesoramiento en el duelo pretende lograr una “adaptación a la pérdida”; ésta exige esfuerzo y no corresponde a un proceso lineal, puesto que los dolientes suelen tener altibajos emocionales. Las tareas del duelo constituyen los objetivos del asesoramiento, los cuales son (Sánchez, op. cit.):

1. **Aceptar la realidad de la pérdida:** Para algunas personas resulta difícil aceptar la pérdida y suele aparecer algún tipo de negación, la cual puede adoptar distintas formas: negar que la pérdida ha ocurrido conservando las pertenencias del fallecido como si fuera a regresar o viéndolo en otra persona; negar su significado recurriendo a la minimización del hecho; o negar la irreversibilidad del suceso haciendo referencia a cuestiones religiosas y/o espiritistas. La aceptación y la negación de la pérdida son intermitentes. Algunas situaciones que pueden ayudar a lograr esta aceptación podrían ser: hablar de la pérdida, contar y re-contar las circunstancias de la muerte, visitar el cementerio o el lugar donde se esparcieron los restos, etc. Este primer paso se logra cuando se pierde toda esperanza de recuperar al fallecido.
2. **Verbalizar lo que se siente:** Muchas personas necesitan reconocer y trabajar el dolor y otros sentimientos asociados a la situación de duelo (tristeza, rabia, miedo, impotencia, desesperación, culpa); de lo contrario, dichas emociones y sentimientos pueden dar lugar a síntomas físicos, malestar y/o conductas disfuncionales. Es necesario tocar su sufrimiento para que pueda sentirse

comprendida y ayudarla a identificar sus potencialidades internas y ponerlas en funcionamiento.

3. **Recuperar la confianza y la autoestima:** Una pérdida significativa produce consternación y abatimiento. Es necesario facilitar en las personas en duelo la capacidad de vivir sin el fallecido, haciendo que descubran las energías y potencialidades encubiertas por el dolor. Puede recordárseles que hay tiempo para todo, para sentir y vivir el duelo, pero también para ocuparse de las muchas actividades de la vida cotidiana. Una actitud adecuada sería aquella que busca un cierto equilibrio entre el sentir y el hacer. Así, hacer el duelo significa también aprender a vivir sólo, aprender a tomar decisiones por uno mismo, aprender nuevas formas de relación con la familia y amigos, aprender un nuevo sentido del mundo y de uno mismo.
  
4. **Orientar las energías y los afectos hacia el futuro y hacia nuevas relaciones:** En cierto sentido, el duelo no se acaba nunca y el ser fallecido seguirá siendo recordado; sin embargo, esto es diferente a que su recuerdo se imponga la mayoría del tiempo e impida el pleno desarrollo personal. Una de las señales de que se está llevando el duelo de forma equilibrada es cuando la persona ya no requiere reactivar en su vida diaria el recuerdo del fallecido con una intensidad exagerada y cuando puede invertir sus energías afectivas en nuevas relaciones interesándose por los demás.

Aunque cada persona sigue un proceso único podemos encontrar ciertos indicadores de que un duelo ha finalizado:

- Cuando se llega a perdonar al fallecido o a uno mismo por todo lo que no fue la relación, por todo lo negativo, por el daño causado, etc.;
- Cuando se es capaz de hablar del fallecido sin un dolor intenso;
- Cuando se piensa en él sin manifestaciones físicas como llanto inconsolable, alteraciones del sueño u opresión en el pecho;

- Cuando el superviviente es capaz de invertir sus energías y sus afectos en nuevas relaciones, aceptando los retos que la vida le plantee;
- Cuando ha recuperado el interés por la vida y por los demás y se siente esperanzado.

Finalizar el duelo no es olvidar al ser querido; incluso puede decirse que para algunas personas nunca hay una recuperación total por una pérdida significativa, porque ésta inevitablemente cambia la vida de las personas y siempre queda la pena que hará que no se vuelva a ser los mismos de antes; permanecerá cierto vacío por la ausencia. Sin embargo, superado el duelo es una tristeza diferente la que ocupa el lugar. A menudo se adquiere una visión distinta del mundo y de los demás; asimismo, otros valores se erigen como prioritarios en sus vidas.

En el caso de pérdidas debidas a una muerte súbita, violenta o inesperada puede requerirse el uso de rituales curativos terapéuticos. Tales rituales deben respetar la magnitud de la pérdida y deben tener la sensibilidad suficiente como para comprometer al paciente en la cocreación. En los rituales curativos se trabaja con significados múltiples en los niveles conductuales, cognitivos y afectivos; empiezan por la afirmación de la pérdida y luego se pasa a un proceso gradual de alivio que respeta el ritmo del paciente (Imber-Black y cols., op. cit.). Estos rituales incorporan elementos que permitan lamentar la pérdida al mismo tiempo que comienzan a apuntar hacia las posibilidades futuras. La acción simbólica con las metáforas del entierro o la quema de algunos aspectos dolorosos de la pérdida puede utilizarse para simbolizar la finalización cuando el paciente indica que está preparado; el lenguaje simbólico tiene una fuerza que supera al lenguaje verbal.

En cuanto a las actitudes necesarias, por parte de los orientadores o terapeutas, para una ayuda eficaz dirigida a personas en situación de duelo podemos decir que son: la autenticidad del ayudador, la empatía entre ayudador y ayudado y la aceptación positiva de la ayuda por parte de este último (Sánchez, op. cit.). Se requiere de una persona que esté dispuesta a escuchar de manera profunda y respetuosa, a mostrar empatía, a no juzgar ni minimizar el dolor ajeno, a dar oportunidad para que den voz y nombre a sus sentimientos, y a intentar comprender el mundo interior de las personas y sus significados para ayudarlos a narrar su historia.

Para terminar con este apartado, quisiera señalar un aspecto que resulta fundamental para las personas que se encargan de asesorar a otras en la elaboración del duelo: a menudo estos profesionales necesitan descargarse emocionalmente a través de un grupo de apoyo (Nichols, 1988; Payne y Cozens, 1987; citado en: Sherr, op. cit.). Estos grupos pueden considerarse particularmente urgentes para los que asisten a personas que enfrentan pérdidas importantes. Quien establece una relación de ayuda con personas en duelo se ve expuesto a su propia vulnerabilidad. No es posible revestirse con una coraza protectora que nos inmunice frente al dolor ajeno y sus manifestaciones. Es fundamental aprender a reconocer cómo nos afecta la vulnerabilidad humana para no dejarnos llevar por nuestros sentimientos en la relación que establecemos con las personas en duelo.

#### **4.1.5. Grupos de autoayuda.**

Sánchez (op. cit.) considera que en este proceso resultan útiles la escucha y la comprensión de los demás y el apoyo de personas en la misma situación; lo cual puede obtenerse en los grupos de autoayuda. En ellos se procura que los participantes se vean libres de las influencias sociales negativas, de manera que puedan hablar y compartir sin tener que seguir los estereotipos o prejuicios sociales.

Savage (2000) señala que los grupos de apoyo para padres que han perdido hijos tienen una importante contribución para el reestablecimiento personal. El compartir experiencias análogas ayuda a normalizar la situación y a disminuir el aislamiento.

Sherr (op. cit.) indica que para que un grupo pueda ofrecer un apoyo efectivo necesita proporcionar un lugar seguro en el que se pueda lograr lo siguiente:

- Expresar las inquietudes, los temores y las fantasías sin miedo a ser juzgados.
- Explorar los mitos y los prejuicios.
- Aprender a escuchar sin anulación y a tolerar el sufrimiento de otros.
- Generar sentimientos de pertenencia grupal.
- Expresar sentimientos en una atmósfera de sostén y de apoyo mutuo.
- Propiciar las condiciones necesarias para conseguir el equilibrio perdido.
- Facilitar, pero nunca obligar, la identificación y la expresión de sentimientos.

#### 4.1.6. Apoyo de familiares y amigos.

Como hemos estado manejando, el duelo es parte de la vida y suele ser una de las experiencias más dolorosas que los seres humanos tenemos que afrontar. En momentos tan difíciles como suele serlo el sufrir una pérdida, en la mayoría de los casos resulta ser una fuente de fortaleza inestimable el contar con el apoyo de familiares y amigos. Considero que de la experiencia de dolor compartido nace el amor, la solidaridad y el apoyo.

Los familiares y amigos pueden ayudar dedicando tiempo a la persona que está en duelo. En realidad no se necesitan demasiadas palabras de consuelo sino más bien la voluntad de estar con ellos durante el período que requieran para expresar su dolor y pena. Un abrazo sincero o un gesto amable denotará atención y apoyo cuando las palabras no son suficientes. Es conveniente que, si lo desean, las personas en duelo puedan llorar ante alguien con quien puedan hablar sobre sus sentimientos sin que se les pida que se sobrepongan, ya que en ese momento suelen requerir hablar y llorar. Sánchez (op. cit.) dice que socialmente se maneja una situación incongruente con las personas que atraviesan por un duelo pues, por un lado, se les pide que sufran la pérdida y, por el otro, se espera que el sufrimiento sea fugaz y se les dice que se sobrepongan lo antes posible y retomen sus actividades cotidianas. Parece que los intentos precipitados de la gente para animar al doliente, dándole consejos y recordándole el lado positivo de las cosas, pueden tener efectos contraproducentes. Por ello, es importante conceder a la persona en duelo el tiempo suficiente para la superación del mismo. Algunas personas parecen superar la pérdida rápidamente, pero otras precisan de más tiempo. Para algunos será suficiente el encontrarse y hablar con personas que han pasado por la misma experiencia que ellos. Otros precisarán acudir con un consejero o con un terapeuta, ya sea en grupo o de forma individual, durante cierto tiempo, y otros más preferirán recurrir a organizaciones religiosas para aligerar su pena.

Finalmente, es importante recordar que las ocasiones festivas y los aniversarios son momentos particularmente dolorosos para los dolientes, por lo que resulta conveniente que los familiares y amigos se encuentren cerca de las personas afligidas por el duelo (Lyon, op. cit.).



#### 4.1.7. Presentación del caso clínico.

En las siguientes páginas se presenta brevemente el trabajo realizado, dentro de la práctica clínica supervisada, con una familia en situación de duelo; más adelante se muestra el análisis del caso así como algunas reflexiones que surgen a partir de su abordaje terapéutico y de lo expuesto con respecto al proceso de elaboración del duelo.

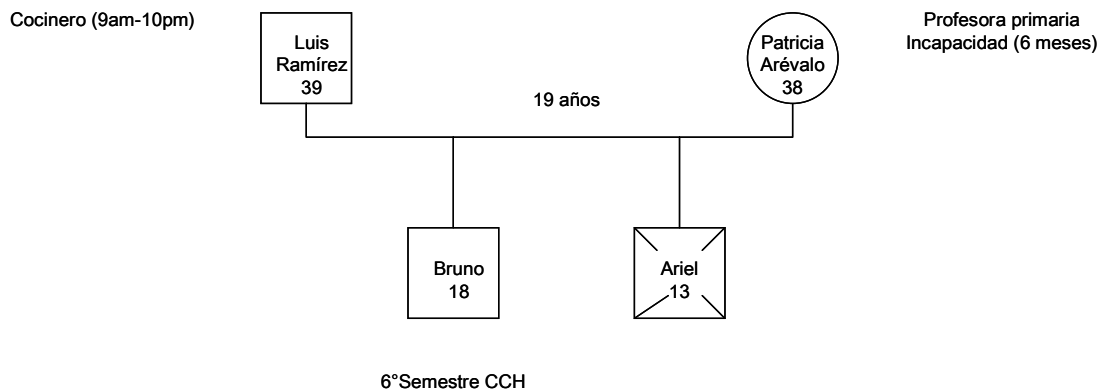
#### FAMILIA 6

**SEDE:** CCH Azcapotzalco

**SUPERVISORA:** Mtra. Carolina Rodríguez

**EQUIPO DE SUPERVISIÓN:** Patricia Aguilera, Arturo Amaro, Lilia Bueno y Liliana Hernández

#### FAMILIOGRAMA



#### MOTIVO DE CONSULTA

Los padres solicitaron el servicio debido a que el 16 de septiembre de 2004 sufrieron un accidente automovilístico en el que falleció su hijo menor.

#### 1° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico y se rastreó información entorno al motivo de consulta. Los padres comentaron que cuando su hijo Bruno ingresó al CCH ellos solicitaron apoyo en psicopedagogía por su bajo rendimiento escolar, pero que ahora

habían insistido más en él por un accidente automovilístico en el que la madre salió muy afectada físicamente y su hijo pequeño había perdido la vida. Los padres comentaron que desean ayudar a Bruno pues su hijo es su principal objetivo; señalaron que él ha demostrado una valentía increíble, pero les preocupa que él no llora, no muestra sus sentimientos, pero creen que ellos han influido porque procuran no llorar frente a él. En ocasiones su hijo los ha descubierto llorando y les ha pedido que ya no lo hagan. La familia se ha apoyado en la religión católica para superar el dolor que sienten. Bruno asistió a terapia y fue dado de alta. El padre dice que para él lograr una aceptación completa sería el acordarse de su hijo sin llorar. El principal objetivo de esta sesión fue acompañar a los padres en el proceso de elaboración del duelo, permitiéndoles la expresión libre de sentimientos y otorgándoles una escucha respetuosa y comprensiva. La supervisora Carolina compartió con ellos una experiencia similar que vivió y les dirigió un ejercicio de relajación, a través del cual los padres podrían mandar luz y bendiciones a su hijo. La pareja se sintió muy tranquila y reconfortada con esta actividad.

## **2° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

La señora comentó que en estos días habían llorado mucho porque habían estado reviviendo los recuerdos del accidente, ya que su hijo cumpliría 6 meses de fallecido próximamente. Dijeron también que Bruno evade estar con ellos en su casa. La madre considera que su hijo ha resentido mucho el hecho de que ellos son muy afectivos entre sí, pues le ha dicho que parece que para ella lo más importante es su papá, así como también para éste lo más importante es ella. La madre también dijo que siempre le pusieron más atención a Ariel porque de pequeño estaba enfermo y eso los llevó a sobreprotegerlo. Se les preguntó sobre los espacios y los estilos que Bruno podía emplear para aligerar su dolor, con el propósito de reconocer y resaltar las fuentes de apoyo con las que cuenta el joven; los padres citaron algunos como: compañía de amigos, orientación de un sacerdote, el tocar su guitarra y otros más. Se les preguntó si tenían pensado realizar algo en especial para conmemorar los 6 meses de fallecimiento de su hijo y comentaron que únicamente harían oración y le encenderían una veladora, se les sugirió que hicieran dos cartas: una para Ariel y otra para Bruno, en donde les escribieran todo lo que representaban para ellos. Finalmente, la madre manifestó una inquietud por saber si era conveniente o no dejar las pertenencias de su hijo tal y como las había

dejado o, si por el contrario, era necesario que las cambiaran de lugar; se les dijo que platicaran entre ellos lo que significaba el cambiarlas o el mantenerlas como estaban, que pensarán qué representaba para ellos y de qué manera se sentirían más tranquilos, pues únicamente ellos podrían decidir cuál era el mejor momento para modificar las cosas. Se le comentó que poco a poco esas heridas irían doliendo menos, pues se trata de un proceso de curación paulatino y que va al propio ritmo de cada uno.

### **3° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

El padre comentó que le había resultado muy doloroso escribir la carta para su hijo Ariel y que la escribió como si aún estuviera vivo; dijo que había llorado mucho pero que al final lo había reconfortado. Señaló que no tuvo oportunidad de escribir la carta para Bruno pues el día no le había alcanzado. Se le preguntó qué hubiera escrito en ella si hubiera tenido la oportunidad de terminarla y comentó que le hubiese dicho lo mucho que lo quiere. La señora Patricia comentó que para ella fue muy difícil hacer las cartas y que también había llorado mucho; hizo tres cartas (una para cada hijo y otra para su esposo); considera que el escribir las cartas fue algo muy bonito, y que aunque había llorado, sintió mucha paz y tranquilidad. Se les hicieron algunos cuestionamientos para identificar lo que significa “llorar” para ellos y para conocer los mitos que hay en la familia en torno al llanto. Posteriormente, relataron un paseo al que habían ido y dijeron que todo lo que ahí ocurrió les recordó a Ariel y llegaron a creer que Dios y Ariel los habían mandado a ese lugar para que tuvieran la oportunidad de sanar sus heridas. Se rescataron los recursos que habían puesto en juego para afrontar los momentos difíciles por los que habían pasado en el viaje. Más adelante, tuvieron la oportunidad de platicar entre los tres, fue un espacio en el que recordaron el accidente, lo que sentían y pensaban de Ariel, pudieron llorar y expresar sus sentimientos. Los padres se sintieron complacidos por haber compartido este momento con Bruno. Consideran que al haber tenido esta vivencia en familia pudieron sanar un poco sus heridas, aunque sanar duele; comentaron que el haber llorado juntos les ayudó a liberar el dolor y a tener un sentimiento común en torno a Ariel, se sintieron unidos, entendidos y comprendidos. Se realizó una redefinición del llanto al preguntarles si era posible percibirlo como una forma de liberar el dolor y no como una señal de debilidad; ambos estuvieron de acuerdo con ello. Por otro lado, su hijo les comentó que hubiera preferido morir en lugar de su hermano; piensan que él tiene una

pobre imagen de sí mismo desde que regresaron de E.U. porque al llegar aquí fue rechazado por la familia, amigos y maestros.

#### **4° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

La pareja narró que hicieron un viaje a su pueblo en Oaxaca. La señora dijo que había vivido con mucha tensión el trayecto pues le causaba miedo el viajar en esa carretera y que tuvo mucho desgaste emocional; además de que sentía que su esposo manejaba incorrectamente (lo cual ha pensado desde que ocurrió el accidente); está consciente de que el problema son sus pensamientos y no la forma de conducir de su esposo. Se validaron y normalizaron los pensamientos, la angustia, los miedos y los sentimientos que experimentaron al viajar por la carretera en la que habían tenido el accidente. También se hicieron algunas preguntas para diferenciar entre los pensamientos de la señora y la forma de conducir de su esposo. El señor dijo que había sido un reto para él. Se le preguntó si esto lo consideran como parte del proceso que están llevando para sanar sus heridas y ambos dijeron que sí. Se rescataron los aprendizajes que tuvieron como producto de haber hecho el viaje. La señora dijo que había sido útil porque confiaba un poco más en la forma de conducir de su esposo. El padre señaló que había podido pasar un día sin llorar al recordar a su hijo y al hablar de él; comenta que le pidió a su hijo que le diera la fuerza para recordarlo de esa manera y sentir paz. Se le pidió que siguieran permitiéndose llorar cuando sintieran la necesidad de hacerlo, ya que sólo su corazón y su sabiduría interna les iría diciendo cuándo es el momento de llorar y cuándo dejar de hacerlo. Se les pidió que fueran pensando acerca de qué tendrían que hablar entre ellos para que esa desconfianza se fuera por completo de sus vidas.

#### **5° SESIÓN**

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

Al preguntarles sobre qué cosas tendrían que hablar entre ellos para hacer que esa desconfianza fuera desapareciendo de sus vidas, la señora dijo que pensaba que al marcarle a su esposo sus errores al manejar él podría sentirse inseguro; se le preguntó de qué otra forma podría sentirse con esos comentarios y ella dijo que posiblemente culpable del accidente; se exploraron culpas y miedos en la familia. El señor comentó que una ocasión en la que se habían acumulado diferentes situaciones importantes que les

causaban mucho dolor (la señora no podía caminar, él no podía trabajar, la muerte de Ariel, etc.) su esposa le había dicho que él fue el culpable del accidente. El señor se sintió muy triste y buscó apoyo psicológico; comenta que él se sentía avergonzado por lo sucedido y que tenía una lucha consigo mismo para darse cuenta que no había sido culpable, pero finalmente fue algo que pudo hacer gracias al apoyo de familiares y amigos, al haber hablado con la psicóloga, al pedirle perdón a Ariel y al perdonarse a sí mismo. La señora comentó que ella estaba consciente que había sido un accidente. Se analizó la relación entre la culpa y la desconfianza. Se habló del manejo de la culpa desde la religión católica a través del perdón. Se recurrió nuevamente al empleo de medios escritos, pidiéndoles como tarea que pensarán en todo aquello que deseaban que el otro les perdonara, y se acordó que para la próxima sesión traerían un símbolo que representara a la culpa, a la desconfianza o a cualquier otro sentimiento que desearan abordar.

## 6° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

Se les preguntó cómo se habían sentido después de haber hablado de la culpa, la desconfianza, los miedos y el perdón; la señora comentó que han mejorado mucho, que ella procura no tenerle desconfianza mientras él maneja y que también habían notado cambios favorables en la comunicación que tienen con Bruno, pues incluso han salido como familia. Tanto los objetos como las cartas que se les pidieron fueron retomados en un ejercicio de la *"silla vacía"*, en donde cada progenitor le prestaba su voz a Ariel y entablaba un diálogo entre madre-hijo, padre-hijo. Para el desarrollo de esta actividad se hizo necesario que participaran otros dos miembros del equipo para que representaran a los padres y leyeron las cartas escritas por ellos mientras que los padres asumieron el papel de Ariel, cada uno en su momento. Durante el ejercicio los padres lloraron mucho y pudieron externar mucho del dolor que sentían, el cual no sólo tenía que ver con el accidente sino con sus experiencias junto a Ariel; finalmente, ambos lograron sentirse tranquilos con lo que Ariel les decía. Terminando el ejercicio de la silla vacía se les pidió que en casa le leyeran a Bruno la parte de la carta que cada uno le había dedicado, así como también tendrían que leerse entre ellos las partes de las cartas que les correspondían. Se decidió manejar la culpa y el perdón a través de rituales; para ello se le preguntó al señor si consideraba que había llegado el momento de deshacerse de la

culpa y dijo que sí, por lo que se le pidió que destruyera (quemar, tirar, romper, enterrar, etc.) el cascarón en el lugar y momento en que él lo juzgara conveniente. La madre dijo que con este ejercicio había visto las cosas diferentes, por lo que ya no deseaba deshacerse de la flor que llevaba pues había recordado que Ariel le enseñó a ver lo positivo de cada cosa, por ello decidió conservarla; se le encargó entonces que buscara un lugar especial en donde pudiera colocarla.

## 7° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres.

La señora dijo que la tarea que se les pidió les permitió tener un momento muy bonito, pues habían estado los tres platicando, llorando y pidiéndose perdón unos a otros; considera que el ejercicio les sirvió mucho porque sus lágrimas fueron de alivio por poder comunicarse y perdonarse. El señor agregó que le habían explicado a Bruno los significados de los símbolos y el propósito del ejercicio. Luis comentó que a pesar de la tristeza que sintieron al principio, al finalizar el ejercicio todos habían sentido una gran alegría. Para identificar los factores que los han fortalecido y los han ayudado a afrontar su dolor, se les preguntó qué cosas les había dejado esa experiencia y Patricia dijo que habían podido sacar el sentimiento tan grande que tenían de culpa, que ella había sentido mucho alivio al saber que la perdonaban; además dijo que habían aprendido a comunicarse mejor entre los tres; así como también sentía que han avanzado mucho en el proceso de aceptación. Comentó que le están preparando a Ariel una ceremonia para el *"cabo de año"* (se trata de un rito religioso que se realiza en el estado de Oaxaca para conmemorar el primer aniversario de los difuntos); ambos dijeron que se sienten muy ilusionados preparando este evento, con el cual le quieren decir a Ariel que lo aman y que siempre va a estar con ellos. Se les preguntó sobre las cosas nuevas que habían descubierto en sí mismos después de esta experiencia y hablaron del perdón, de la fortaleza, del amor y de la unión familiar; se reconocieron como parte de sus recursos familiares.

## 8° SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: Acudieron ambos padres y Bruno.

Los padres se encontraban muy contentos porque los había acompañado Bruno. El padre comentó que había sido una semana difícil para todos porque Ariel hubiese cumplido 14

---

años; la familia estuvo recordando muchas cosas y lo extrañaron. Narraron que fue la celebración del día del padre y que se habían unido mucho. Bruno dijo que había notado un cambio en sus papás, pues anteriormente los veía muy afectados y muy tristes, y que ahora habían mejorado mucho. Se habló de lo que ocurre actualmente en su familia y que les agradecería que permaneciera. Se hicieron algunos cuestionamientos para sondear el proceso de aceptación por la separación de Ariel y se identificó cómo se ha ido transformando el dolor por su pérdida. Se retomaron las “enseñanzas de Ariel” para encontrar los aspectos positivos que han tenido a nivel personal y familiar después de la separación de éste; la madre comentó que su hijo les había dejado muchas ganas de vivir con comunicación y alegría; dijo que ya habían estado superando esa situación pues nuevamente están viviendo como lo hacían antes, con Ariel en su corazón pero aceptando que ya no está con ellos y que deben seguir adelante. Se les preguntó qué herramientas tenían como familia para mantener este bienestar que están viviendo y el señor contestó que tenían amor, mucha fe, el recuerdo de Ariel que los motiva y la esperanza de que no vendrá nada malo. La señora dijo que ahora tienen una comunicación más abierta, cercanía, la posibilidad de expresar sus sentimientos, la aceptación de cómo son y el ayudarse entre los tres. Bruno dijo que el saberse comprender, el entenderse cada uno, platicar entre ellos o el simple hecho de estar ahí, aunque no se diga nada. Se llevó a cabo un equipo de reflexión para que la familia tuviera la oportunidad de escuchar múltiples voces.

#### **4.1.8. Reflexión sobre el trabajo clínico realizado con una familia en situación de duelo.**

*<Una gema no se pule sin fricción, ni el  
hombre se perfecciona sin tribulaciones>.  
(Proverbio chino)*

El proceso terapéutico que se llevó a cabo con la familia Ramírez Arévalo inició en el mes de Febrero de 2005 con la entrevista telefónica y concluyó en el mes de Junio de 2005. El motivo de consulta por el que se solicitó el servicio fue debido a que recientemente perdieron a su hijo menor en un accidente automovilístico; esta situación provocó un gran dolor en todos los miembros de la familia, tanto por la pérdida del joven como por otras circunstancias que se originaron como producto del accidente: atravesar por un proceso legal para determinar la responsabilidad del padre por el accidente; daños físicos en los

padres; experimentar sentimientos de culpabilidad por parte del padre por la muerte de Ariel y por las dificultades físicas que enfrenta su esposa, y por parte de Bruno por no haber muerto en lugar de su hermano; necesidad de la madre de ausentarse de su empleo temporalmente; tristeza y desesperación en todos los miembros de la familia; preocupación de los padres por el impacto (emocional, conductual, escolar y social) que esta experiencia pudiera tener en Bruno, ya que era muy cercano a su hermano; así como dificultades en la comunicación entre los padres y el hijo mayor.

La hipótesis que se consideró al inicio del tratamiento sobre la dinámica familiar fue:

- La familia aún no ha podido elaborar el duelo por la reciente muerte de Ariel; además de que los padres presentan dificultades físicas importantes como producto del accidente. Bruno presenta bajo rendimiento académico por el dolor que tiene por la muerte de su hermano. Los padres desean acercarse más a su hijo como un intento de protegerlo del sufrimiento que tiene y por el propio dolor de los padres. Probablemente Bruno se esté alejando de ellos por encontrarse enojado y deprimido, prefiriendo enfrentar solo su sufrimiento; probablemente también su comportamiento obedezca a su deseo de sacarlos de la depresión en la que se encuentran, procurando desviar la atención de los padres hacia él y no hacia el dolor que les produjo la muerte de su hijo. Es probable también que el padre tenga sentimientos de culpa por haber sido él quien conducía el auto en el accidente, así como también es posible que Bruno experimente la culpa del sobreviviente.

Al iniciar el tratamiento no se siguió ningún marco teórico en particular, pues el principal objetivo era escuchar a los padres y permitirles que se desahogaran emocionalmente; en esa primera parte del tratamiento no se tenían líneas de investigación predeterminadas sino que se priorizaba el discurso de la pareja y las principales preocupaciones que enfrentaban en ese momento. Posteriormente, el trabajo terapéutico fue sustentado por el *Modelo Narrativo* pues se abordaron diferentes creencias que tenían, tanto de forma individual como familiar, en torno a sí mismos, a la vida, a la muerte y al llanto (como una manifestación de debilidad, como una forma de expresión de sentimientos o como una manera de sanar). Bajo este modelo se realizaron diferentes preguntas de significado,



---

reflexivas y circulares. Se dedicó un tiempo para trabajar con las historias dominantes que los miembros de la familia tenían, por ejemplo: el padre se consideraba a sí mismo culpable por haber manejado; la madre tenía la sensación de que su esposo conducía de manera incorrecta después del accidente; Bruno pensaba que hubiese sido mejor que él muriera y no su hermano porque era muy noble, etc. Después de conocer y entender dichas historias dominantes se procedió a construir y a engrosar historias alternativas a esos relatos.

Se recurrió también al uso de rituales curativos terapéuticos, al empleo de medios escritos y al ejercicio de la “silla vacía” para, entre otras cosas, abordar los sentimientos de culpa de los padres y facilitar el que llegaran a perdonarse sí mismos y/o a los demás. Se logró una reconciliación personal con su pasado y pudieron liberarse de la pesada carga de la culpa; refirieron sentirse más tranquilos y en paz consigo mismos. Cabe señalar que la familia continuamente nos sorprendía con el hecho de que ellos mismos diseñaban sus propios rituales; al principio también eran de curación y, paulatinamente, se fueron deslizando hacia rituales de celebración (este tipo de rituales puede ser útil para marcar nuevas etapas y, generalmente, señalan un giro clave en la vida de las personas) por la aceptación de la pérdida, por el inicio de una nueva vida familiar y por la terminación del tratamiento terapéutico. En la última sesión se decidió emplear un Equipo de Reflexión con el propósito de que la familia escuchara diferentes voces sobre los avances que lograron en el proceso.

Al trabajar con dicha familia, el equipo de supervisión y yo -como terapeuta principal- pudimos percatarnos de que efectivamente las condiciones que rodean a la muerte son decisivas para la posterior aceptación de la pérdida por parte de los deudos. El hecho de que el hijo menor falleciera en circunstancias trágicas, desencadenó diferentes sentimientos en los miembros de la familia como: dolor profundo, tristeza, ira, impotencia, frustración, desesperación, culpa, entre otros más. Además, la familia tuvo que presenciar la muerte del menor y esto contribuyó a la intensificación de tales emociones. En el hijo mayor, por ejemplo, surgió la “culpa del superviviente” pues llegó a pensar que hubiera sido preferible haber muerto él y no su hermano, pues este último era como un ángel (imagen idealizada) por ser tan bueno y noble; en cambio él no tenía tanto valor como persona. Este joven ya tenía una imagen muy pobre de sí misma (que se agudizó

después del accidente) pues contaba con cierta historia de rechazo familiar –por parte de su familia extensa-, social y escolar.

En cierto momento del proceso, los padres comentaron que el adolescente podía sentirse desplazado por el recuerdo de su hermano pues, como es comprensible, ellos lo recordaban continuamente. Además, una situación que se presentó desde el inicio del tratamiento es que la pareja se encontraba muy unida y a menudo tenían demostraciones de cariño y apoyo entre ellos; comentaron que ese hecho incomodaba a su hijo y pensaban que tal vez podría sentirse celoso. Los padres trataban de integrarlo porque sabían que estaba sufriendo por la pérdida de su hermano (ya que lo quería mucho y compartían diferentes gustos y actividades), pero el joven no les permitía un mayor acercamiento y no compartía con ellos muchos de sus sentimientos, lo cual posiblemente se debía a la etapa de desarrollo en la que se encontraba. Sin embargo, los padres reconocen que su hijo había mostrado muchos signos de fortaleza y madurez pues, a pesar de la fuerte pérdida que tuvo, no presentó conductas desadaptativas como el hecho de recurrir a cualquier tipo de drogas; únicamente presentaba dificultades escolares pero estaba haciendo esfuerzos importantes por mejorar en este ámbito. Por otro lado, siempre mostró una actitud respetuosa ante sus padres y les comunicaba su preocupación por verlos bien.

Desde el primer contacto que se tuvo con la familia se creó una fuerte alianza terapéutica; la familia manifestó en muchas ocasiones sentirse comprendida y apoyada tanto por la terapeuta como por el equipo. El trabajo estuvo dirigido en distintas ocasiones a sensibilizarlos acerca de que el proceso de elaboración del duelo lleva tiempo, siendo preciso respetar el ritmo y la forma particular de cada uno de afrontarlo. También, se normalizaron los diferentes síntomas (ansiedad, sentimientos de culpa, enojo, tristeza, etc.) que presentaban en las distintas fases del duelo y se les explicaba que se trataba de reacciones normales que irían cesando con el paso del tiempo y al propio ritmo de cada uno.

En todo momento se facilitó la expresión abierta de sentimientos y, en las primeras sesiones, los padres comentaban que la tristeza ocupaba la mayor parte de sus vidas, viéndose obligados a recurrir continuamente al llanto. Esta situación, por un lado, les

causaba cierta preocupación pues se daban cuenta del dolor tan profundo que vivían pero, por otro lado, referían que a través del llanto podían encontrar cierto consuelo. Un hecho que inquietaba a los padres tenía que ver con que su hijo mayor no lloraba con ellos y, además, les pedía que dejaran de hacerlo porque en realidad su hermanito se encontraba muy bien. Los padres se sentían confundidos y no sabían si tal actitud de su hijo se debía a que él ya había podido superar la muerte de su hermano –pues asistió a terapia individual recién ocurrido el accidente- o, si por el contrario, era un signo de evasión de sus emociones.

A este respecto, algunas de las intervenciones terapéuticas estuvieron encaminadas a que los padres reconocieran las fuentes de apoyo con las que contaba su hijo, así como los espacios y las formas que tenía para desahogarse en caso de requerirlo; los padres identificaron que su hijo contaba con diferentes apoyos como: sus amigos, su guitarra, el grupo católico al que pertenecía, la orientación de un sacerdote, el apoyo terapéutico recibido y a ellos como padres. Sin embargo, tenían el deseo de poder compartir en familia la aflicción que sentían, pero no se permitían hacerlo porque su hijo les pedía que no lloraran y, a pesar de que continuaban haciéndolo, procuraban hacerlo sin que él lo notara. La madre pretendía mostrarse fuerte ante el joven para no afligirlo más. El padre, por su parte, pensaba que si lloraba frente a su hijo éste tendría la idea de que era débil y, por lo tanto, podría sentirse vulnerable al observar a sus padres devastados por el dolor, situación que lo dejaría a él desprotegido.

Posteriormente y poco a poco, fue posible que la familia tuviera momentos para compartir la pena por la ausencia de su ser querido; el hecho de expresar sus sentimientos abiertamente intensificó su unión familiar y les ayudó a enfrentar de manera más eficaz el duelo. Quisiera subrayar que, en gran medida, esto fue posible gracias a que ellos llevaban a cabo sus propios rituales familiares; personalmente me sorprendían sesión tras sesión con la gran sensibilidad y espiritualidad que mostraban para ir avanzando en la resolución de su duelo. Por citar un ejemplo, quisiera mencionar la celebración que prepararon, con mucho entusiasmo, para conmemorar el primer aniversario luctuoso de su hijo. Pensaron llevarla a cabo en Oaxaca –lugar donde ocurrió el accidente- y a la ceremonia estaría invitado todo el pueblo. Harían los diferentes ritos religiosos y al terminar entregarían a cada uno de los asistentes un recuerdo en el que escribirían la vida

de su hijo; también montarían una galería con sus fotografías más representativas y, por último, presentarían un retrato al óleo de su última fotografía (tomada unos minutos antes de su muerte). Cuando me comuniqué con ellos para realizar el seguimiento del tratamiento, me comentaron que habían asistido a la ceremonia más de 600 personas, que había resultado ser muy emotiva y que fue un elemento más para ir sanando sus heridas. Más adelante tuve la oportunidad de encontrarme con ellos personalmente y me obsequiaron un recuerdo de la ceremonia; se trataba de un cuadernillo impreso con fotografías y con la narración de la vida de su hijo fallecido. Este documento pone de manifiesto, a mi juicio, la aceptación que han ido logrando con respecto a la separación física de su hijo, así como la incorporación diferente de su recuerdo en sus vidas. Es posible apreciar también la fortaleza personal y la unión familiar que han ido alcanzando.

Por otro lado, una inquietud de los padres tenía que ver con el manejo de las pertenencias de su hijo fallecido, no sabían si conservar todo tal cual se quedó o si era preferible modificarlas o retirarlas. Al respecto es conveniente, terapéuticamente hablando, hacerlos conscientes del significado que esas conductas están teniendo en su proceso de duelo y si les ayuda o no en la recuperación de su equilibrio personal y social. Se les comentó que sólo ellos podrían determinar cuándo era el momento adecuado para realizar algún cambio, pues se trataba de un proceso personal que les iría dando la pauta de cómo conducirse.

Como podrá recordarse, Sánchez (op. cit.) sugiere que un duelo ha finalizado satisfactoriamente cuando: se ha logrado aceptar la realidad de la pérdida, verbalizar lo que se siente, recuperar la confianza y la autoestima, orientar las energías y los afectos hacia el futuro y hacia nuevas relaciones, llegar a perdonar a otros y a sí mismo, ser capaz de hablar del fallecido sin un dolor intenso, recuperar el interés por la vida y por los demás, entre otros aspectos. Por ello, considero que esta familia pudo elaborar su duelo de una forma equilibrada y alcanzar los objetivos que se plantearon, pues lograron:

- Hablar de su hijo sin llorar;
- Recordar a su hijo con alegría a pesar de su ausencia física;

- Incorporar una imagen distinta y más equilibrada de su hijo fallecido y darle un nuevo lugar en su vida, percibiéndolo como un impulso y una motivación para vivir a pesar de las adversidades;
- Retomar las enseñanzas de su hijo para aprender a disfrutar la vida nuevamente;
- Constituirse como una nueva familia feliz, amorosa e integrada;
- Comunicarse, expresar sus sentimientos, apoyarse y formar un frente común ante situaciones difíciles;
- Terminar con los sentimientos de culpabilidad que tenían, pudiendo perdonarse, entenderse y unirse;
- Modificar su escala de valores y en ella la familia ocupó un lugar prioritario decidiendo aprovechar al máximo el presente y las actividades compartidas;
- Dejar de discutir por situaciones sin importancia;
- Comprometerse a arreglar sus diferencias con la mayor prontitud para no desperdiciar un tiempo que pudiesen emplear para demostrarse su cariño y solidaridad;
- Identificar que la fortaleza está en la unión de la familia;
- Pensar en el futuro con una actitud positiva y con el deseo de ser mejores personas;
- Mostrar mayor sensibilidad al dolor ajeno y valorar profundamente el apoyo de la gente y sus muestras solidarias de cariño.

Lo anterior me hace pensar en las palabras de Kübler-Ross (1994), cuando dice que los golpes de la suerte (o de la vida) representan posibilidades para enriquecerse, para crecer; crecer en comprensión, en amor y en todo aquello que aún se debe aprender.

Al finalizar el tratamiento invitamos a la pareja a integrarse a un grupo de autoayuda para padres que han perdido hijos, si así lo consideraban conveniente, por todos los beneficios que podía ofrecerles para su reestablecimiento personal.

Finalmente, quisiera compartir que como terapeuta, en muchas ocasiones, llegué a percibir mi vulnerabilidad como persona por encontrarme expuesta a tanto dolor; con el propósito de trabajar con los sentimientos que me provocaba esta familia conté en todo momento con el equipo de supervisión, el cual me permitió vivirlo como un grupo de

contención que me ayudó a manejar mis sentimientos para evitar que tuvieran algún impacto en el trabajo clínico. Personalmente puedo decir que fue un privilegio el haber compartido con esta familia su proceso de elaboración del duelo y el re-conocer al final del tratamiento a personas con una actitud renovada.

---

## CONSIDERACIONES FINALES

Quisiera utilizar las siguientes líneas para realizar un breve recuento de las habilidades y competencias profesionales adquiridas durante el programa de maestría, así como también plasmar algunas reflexiones entorno a los aprendizajes construidos durante este proceso de formación como terapeuta sistémica y posmoderna.

En cuanto a las *habilidades teórico conceptuales* tuve la oportunidad de conocer los diferentes modelos de terapia familiar, analizar y discutir la viabilidad de los mismos, e identificar su especificidad y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen. Al respecto, quisiera presentar un breve análisis de dichos modelos:

**Modelo Estructural:** Dentro de este modelo, la evaluación se realiza encuadrando los síntomas en el ciclo vital de la familia considerando que, debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. Por ello, el terapeuta debe atender al momento evolutivo de la familia y comprobar si las tareas, las interacciones y los parámetros estructurales (límites, jerarquías, alianzas, coaliciones, territorio, etc.) corresponden a los requisitos del nuevo estadio. El papel del terapeuta resulta ser muy directivo pues interviene, evalúa, coparticipa con el sistema, redefine el problema, observa la disposición para el cambio, desafía y promueve pautas de interacción más adaptativas para el momento en que se encuentra el grupo familiar. La finalidad del tratamiento es ayudarlo a desarrollar nuevos recursos para enfrentar con éxito las exigencias de la etapa del ciclo vital que esté atravesando; el síntoma desaparecerá cuando sus miembros sean capaces de adaptarse a un contexto inevitablemente cambiante. Para alcanzar la pericia dentro de este modelo es necesario olvidar la técnica, ser espontáneo y adecuarlo a la personalidad de cada terapeuta. Conviene también no dejarse absorber por el sistema ni por las demandas que éste plantea.

**Modelo Estratégico:** Para este modelo uno de los conceptos clave es el de jerarquía, ya que se asume que cuando la jerarquía es incongruente dentro del sistema familiar, se producen mensajes e interacciones igualmente incongruentes entre los miembros. Por

ello, la función del terapeuta es la de reinstaurar en la familia su organización jerárquica, en la cual cada miembro debe ocupar su lugar, posición y función de acuerdo a la jerarquía que les corresponde. El cambio se basa en una estrategia general dirigida a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. Resulta crucial la participación del terapeuta, asumiendo una postura totalmente directiva y encaminada a la consecución de las metas terapéuticas, las cuales pueden ser alcanzadas a través de una combinación de técnicas diferentes que formen parte de su estrategia general para lograr el cambio terapéutico.

**Modelo de Terapia Breve (MRI):** Constituye un medio eficaz para abordar una gran diversidad de problemas en un corto tiempo. Resulta interesante el conocer la manera en que una dificultad habitual o un requerimiento transicional puede llegar a convertirse en un problema, si es mantenida por los intentos de solución empleados hasta entonces de forma reiterativa. Es un modelo respetuoso, que acepta y aprovecha todo lo que el cliente ofrece, además de no recurrir a la confrontación. Es cuidadoso con el ritmo y dirección que el cliente marca para la solución de su problema, pues lo considera como el experto que sabe cuándo aparece, cómo, dónde, con quién, de qué manera afecta, cómo se ha mantenido y cómo puede ser modificado.

**Terapia centrada en las Soluciones:** Puede resultar sorprendente que en este modelo el terapeuta no necesite conocer a profundidad el problema por el que los clientes acuden a terapia, y más sorprendente aún el que, en ocasiones, ni siquiera conozca el problema. En este modelo el terapeuta puede abordar directamente el tema de las soluciones; para ello requiere identificar qué es lo que desean conseguir los clientes (objetivos que ellos mismos establecen), detectar sus recursos y los de su red social, ayudarles a encontrar formas de conseguirlo y a buscar modos de mantener en marcha estos logros. Otro aspecto interesante radica en que sus intervenciones y tareas pueden funcionar para una variedad de casos; ya que personas que acuden a terapia con una queja similar pueden generar soluciones muy diferentes al final del proceso, y puede haber soluciones muy similares para casos muy distintos. En el modelo centrado en las soluciones el terapeuta usa una especie de “lentes” para observar los aspectos positivos de las situaciones, visión



que transmite a los clientes. Esto propicia la co-creación de una realidad diferente, centrada en los lados fuertes y en los recursos de los clientes. Con esta nueva percepción de la realidad, los cambios ocurridos en la conducta de los clientes generan -como en una especie de onda expansiva- resultados similares en su entorno.

**Modelo de Milán:** El grupo de Milán a través del tiempo ha ido conformando su forma particular de comprender los conflictos personales y familiares, así como la manera de llevar a cabo el proceso terapéutico. Se plantearon como meta terapéutica el modificar la visión epistemológica que las familias tenían de sus propias relaciones y conductas, para con ello lograr el cambio de la secuencia sintomática. Mediante el Interrogatorio Circular pretendían conocer el juego familiar, valiéndose de tres posturas terapéuticas para dirigir las sesiones de terapia: elaboración de hipótesis, neutralidad y circularidad. No se trata de simples técnicas de intervención, sino de posturas conceptuales a través de las cuales entienden los dilemas que enfrentan sus clientes. Su proceso terapéutico, realizado en cinco momentos bien diferenciados, era enriquecido por el empleo de los equipos de observación, lo cual les daba la oportunidad de contar con una visión mucho más amplia y sistémica de lo que ocurría en terapia. Solían utilizar la connotación positiva como la antesala de la paradoja; a menudo empleaban también intervenciones ritualizadas en las que tomaban en consideración no sólo los aspectos digitales de la comunicación familiar, sino también el nivel analógico. Al paso del tiempo su modelo ha sufrido diferentes variaciones, que van desde su conformación como equipo, hasta su manera de concebir el proceso terapéutico; ahora consideran la entrevista como una intervención en sí misma, en donde ya no se da tanto peso a la intervención final, que anteriormente era considerada como la responsable del impacto terapéutico en las familias.

**Enfoques Posmodernos:** El pensamiento posmoderno representa una crítica a las corrientes que toman como estandarte a la racionalidad, la objetividad y, en general, al saber universal. Se trata de una visión diferente del mundo, de la experiencia, de los problemas y de la práctica clínica. Es probable que los terapeutas que empiezan a adentrarse en este nuevo mundo de significados lleguen a experimentar confusión e incertidumbre pues puede pensarse que se está en un territorio poco conocido y explorado. Sin embargo, también es cierto que pueden llegar a sentirse más cómodos y libres al establecer relaciones horizontales con los consultantes. Los terapeutas que

deseen mantener una visión posmoderna deben despojarse de sus certezas conceptuales y priorizar el discurso del cliente, quien juega un papel muy significativo ya que determina la dirección que va a tomar la conversación terapéutica. La razón de ello radica en que dentro de los modelos posmodernos (Terapia Narrativa, Equipos de Reflexión y Enfoques Colaborativos) se considera que las personas que acuden a terapia son las expertas de su propia vida. Por ello es preciso mantener una postura de curiosidad que le permita al terapeuta adentrarse en el discurso de los consultantes de una manera respetuosa, de tal manera que pueda hacerse una idea más clara de los significados que ellos atribuyen a su mundo y conocer lo singular y especial de sus vivencias. La curiosidad, el respeto y la transparencia son elementos importantes en cualquiera de las corrientes de pensamiento posmodernas.

Las distintas escuelas de terapia familiar se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea, debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. A pesar de que cada uno de los modelos presentados tienen características especiales que los diferencian entre sí, podemos encontrar ciertos aspectos que comparten. Uno de los principales radica en que se basan en una visión sistémica que les permite ubicar al individuo dentro de diferentes contextos y en constante interacción con otros individuos y/o sistemas; sólo en este sentido es posible entender sus problemáticas y comportamientos. Además, una característica común a los enfoques de terapia familiar es que se apoyan en un equipo terapéutico para el desarrollo y análisis de las sesiones; aun cuando no se tenga la posibilidad de contar con tal equipo, se procura tener un panorama sustentado en la cibernética de segundo orden, en donde se considera que el observador constituye parte de lo observado.

Existen algunas otras semejanzas entre enfoques de acuerdo a si pertenecen a la modernidad, a un pensamiento de tipo posmoderno o a un estado intermedio entre ambas corrientes de pensamiento. Por ejemplo, los modelos que pueden ubicarse en la modernidad se apoyan en una visión constructivista y son: el Modelo Estructural, el Modelo Estratégico y la Terapia Breve centrada en Problemas. Dichos enfoques se interesan por la evaluación y definición de problemas (lo cual no significa etiquetar sino conocer cómo la conducta sintomática se mantiene por un ciclo recursivo), por la identificación de patrones de interacción y comunicación, por el diseño de estrategias para

romper con las pautas que mantienen las dificultades y por dirigir sus intervenciones en busca del cambio. El papel del terapeuta resulta ser muy directivo en estos modelos.

Pueden ubicarse dos enfoques intermedios entre el pensamiento moderno y el posmoderno: 1) Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, en donde el énfasis está puesto en los recursos de la gente, en las excepciones del problema y en ampliar el cambio; aunque el papel del terapeuta continúa siendo directivo, existe una mayor consideración a lo que la gente opina. Y 2) Modelo de Milán, en donde se concede gran importancia a la comunicación, a las reglas y a las interacciones que mantienen los miembros de la familia; el proceso de entrevista tiene un papel protagónico.

El construccionismo social constituye el fundamento de los enfoques posmodernos. En ellos se pretende establecer relaciones horizontales entre el terapeuta y los consultantes, se asume una postura de curiosidad y de “no saber” (se estima que los usuarios son los expertos en sus vidas) y se otorga un papel central al lenguaje. Dentro de los enfoques que pertenecen a esta corriente de pensamiento se encuentran: 1) Terapia Narrativa, en donde se pretende engrosar las historias alternativas para sustituir a la historia dominante que ha mantenido una visión insatisfactoria de las cosas; 2) Equipos de Reflexión, en donde se favorece la escucha de múltiples voces; y 3) Enfoque Colaborativo, en donde se enfatiza el contar y el recontar historias.

En la práctica clínica resulta difícil, y a veces poco conveniente, emplear los modelos puros, ya que es posible trabajar de manera coordinada con aquellos que tienen similitudes tanto epistemológicas como metodológicas. Es una fortuna poder contar con un cuerpo conceptual y técnico tan amplio que ofrece la posibilidad de abordar una gran variedad de casos.

Independientemente del modelo que se trate, se pretende evitar la rigidez de conductas, pensamientos y secuencias de interacción en los consultantes; favoreciendo de este modo una mayor flexibilidad cognitiva y un repertorio conductual más amplio y adecuado para promover una mejor adaptación a las dificultades cotidianas de las personas.

Referente a las *habilidades clínicas, detección, evaluación sistémica y tratamiento*, pude desarrollar a lo largo del programa la capacidad de observación del proceso terapéutico; el establecimiento de alianzas y contratos terapéuticos con quienes demandan el servicio; el desarrollo de entrevistas generando relaciones de colaboración; la definición de motivos de consulta y el establecimiento de objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios; la evaluación de la dinámica familiar, del tipo de problema presentado y de las diferentes opciones de solución; la formulación de hipótesis para promover el cambio o la generación de diferentes relaciones; la selección de las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando mis elecciones; la evaluación y cierre del tratamiento; así como la elaboración de reportes clínicos.

En cuanto a las *habilidades de investigación* diseñé, apliqué e implementé dos proyectos de investigación (utilizando metodología cuantitativa y cualitativa) sobre problemas o necesidades de los usuarios; obtuve datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias; formulé hipótesis sobre los factores involucrados; y realicé análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.

Dentro de las *habilidades hacia la prevención* que desarrollé se encuentran la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria; diseñé y apliqué programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales, en el seno familiar y comunitario, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

Entre las habilidades desarrolladas en cuanto a la *ética y al compromiso social* se encuentran el desarrollo de valores y actitudes personales, con un compromiso personal y social; ofrecí en todo momento una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios; mostré respeto y tolerancia hacia los diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; fui sensible a las necesidades de la población y respondí a ellas de manera profesional; analicé mi desempeño como terapeuta apegándome a las normas de la ética profesional; me mantuve en constante

actualización profesional asistiendo a diversos congresos, conferencias, talleres, coloquios y seminarios.

Considero que este programa de maestría ofrece importantes herramientas para la formación de terapeutas, puesto que está diseñado para dar respuesta a la creciente demanda social de brindar un servicio terapéutico de alta calidad. En los últimos tiempos se ha venido acrecentando la necesidad de recibir apoyo psicológico por los importantes cambios demográficos, económicos, políticos y sociales que se están generando en nuestro país. Los problemas de desintegración familiar, violencia doméstica, maltrato infantil, adicciones, deserción escolar, divorcio y separación, familias reconstituidas o monoparentales, han ido creciendo de manera importante. Los psicólogos y, en particular los terapeutas familiares, tienen una importante labor que cumplir para la resolución de estos y otros problemas sociales. Por ello, es menester lograr una preparación profesional de alta calidad para estar a la altura de tan importantes desafíos.

Este programa de maestría ofrece también un elemento de incalculable valor; me refiero al hecho de contar con un equipo de supervisión que apoye el trabajo clínico realizado con las familias y que trabaja en diferentes niveles: se preocupa por atender el proceso terapéutico de cada familia, observa y analiza el tipo de relación que establecen el terapeuta y la familia, se encarga de estar al tanto de las intervenciones del terapeuta y le otorga aportaciones teórico metodológicas importantes, mantiene comunicación constante entre los miembros del equipo –supervisor y terapeutas en formación-, y no pierde de vista a la persona del terapeuta y le proporciona apoyo si es necesario. Como puede observarse, el ser parte de estos equipos requiere de un trabajo dinámico que fortalece en gran medida al proceso terapéutico.

El trabajo con las familias me dejó grandes satisfacciones personales ya que, además de observar los avances y la consecución de los objetivos planteados, fue posible observar mi propio proceso evolutivo como terapeuta; además en la clínica es posible corroborar e identificar los aspectos conceptuales y metodológicos que son revisados en los seminarios.

Particularmente puedo decir que de cada una de las familias que atendí me llevo grandes aprendizajes y gratos momentos, pero recuerdo con especial cariño a la familia en situación de duelo (familia 6) puesto que se trató de un caso que me dio la oportunidad de desarrollar nuevas habilidades como terapeuta y como persona.

Al revisar la bibliografía sobre duelo recuerdo varios conceptos que llamaron mi atención; como por ejemplo, el hecho de que desde que nacemos estamos expuestos a innumerables pérdidas y separaciones, lo cual nos lleva a experimentar diferentes niveles de sufrimiento; la pérdida que más dolor causa –por tratarse de una situación definitiva e inevitable- es la muerte de una persona significativa para nosotros. Esta situación nos ubica en un estado temporal de vulnerabilidad física y nos lleva a experimentar diferentes sentimientos, los cuales algunas tienen que ver con el hecho de sentir la impotencia y la vulnerabilidad al sabernos finitos. El aprender a incorporar existencialmente a nuestra ser los límites y separaciones de nuestra propia vida nos ayudará a afrontar el último de los límites: la muerte. Cada persona tiene una capacidad diferente para aceptar las separaciones y pérdidas, y dependiendo de ella será su forma particular de vivir dicha experiencia. En un momento del duelo es comprensible experimentar el dolor por la separación definitiva de nuestros seres queridos, pues se necesita un tiempo para volver a un estado de equilibrio emocional; no obstante, al lograr este equilibrio es posible que dicha experiencia se convierta en una ocasión de crecimiento y maduración personal muy valiosa.



**ANEXOS**

---

## ANEXO 1

Hola Elena:

El problema de la “inseguridad por el abuso del pasado” te atrapó gran parte de tu vida y lo logró al aliarse con el enojo, la tristeza, la agresión, la desconfianza y la culpa. Después de que le escribiste una carta a este problema y a sus amigos, quedé sorprendida de cómo pudiste irte despidiendo de cada uno de ellos, excepto del rencor, el cual te había robado el 100% de tu vida. Has dicho que pudiste deshacerte del 70%, el cual se dirigía hacia tu agresor; eso significa que has rescatado un 70% de ti misma de las garras del rencor y lo hiciste en ¡tan sólo dos semanas!... me quedé pensando en ¿cómo lo lograste, qué tienes tú como persona, qué te había ayudado?... Recuerdo que comentaste que el escribir te había ayudado a deshacerte de ese gran peso y que el apoyo de tu familia, la seguridad en ti misma, el hablar y decirte que no eras culpable te había sido útil. Sin embargo, había un 30% de ese rencor que todavía quería gobernar tu vida, ahora dirigido hacia tu familia. Pero tiempo después, empezaste a dudar que en realidad ocupara ese espacio, pues al hablar con tu mamá te diste cuenta que ella te hubiera ayudado si se hubiera percatado de que la necesitabas, y pensaste que finalmente siempre estuvo ahí, contigo. Pensaste entonces que tal vez el problema hacía que vieras a ese rencor más grande de lo que en realidad era, y descubriste que esas ideas tenían un gran director llamado “berrinche”, el cual había entrado a tu vida desde que eras una niña pequeña, pudiste ver la gran fuerza e influencia que tenía en ti en ese entonces, e identificaste las estrategias y las voces de las que se valía para tenerte dominada por tanto tiempo. Me pregunto ¿cómo lograste darte cuenta de esto, qué te llevó a descubrirlo?. Pude ver cómo te enojaste con él al descubrir los planes que tenía para ti en un futuro: verte mal, verte esperando a que todos te hagan caso, quería volverte una inútil, esperarías a que te den todo. Y me quedé pensando ¿qué efectos habrá tenido en ti el que te hayas enojado con el berrinche?

Victoria



## ANEXO 2

***CERTIFICADO DE HUIDA DEL BERRINCHE***

*Otorgo este certificado a Elena en reconocimiento de su victoria al recobrar su propia vida de las garras del Berrinche.*

*Elena pudo recobrarla incluso cuando las voces del Berrinche intentaban engañarla haciéndole creer que la ayudaba a conseguir la atención de los demás.*

*Ahora que el Berrinche no tiene tanta prioridad en su vida, es capaz de darse prioridad a sí misma en su propia vida. Ahora que no es esclava del Berrinche, es libre para ser ella misma.*

*Este certificado servirá para recordar a Elena y a los demás que ella ha renunciado a recurrir al Berrinche para conseguir la atención de los demás.*

*En cualquier momento en que el Berrinche lea este certificado comprenderá que "TODO SE HA ACABADO PARA ÉL".*

*Concedido el 14 de Abril de 2005.*

*Firmas*

---

### ANEXO 3

#### ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

##### **“LOS PSICÓPATAS COMO AGRESORES DE MUJERES”.**

**Sede:** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

**Fecha:** 16 de Abril de 2004.

**Duración:** 2 horas.

**Resumen:** En esta conferencia se ofreció asesoría acerca de cómo realizar un programa de prevención contra la violencia hacia las mujeres. Inicialmente, el programa plantea la necesidad de definir las relaciones violentas, la tipología de las relaciones y las características de los agresores. Enseguida se planteó la importancia de la prevención, tomando en cuenta la intuición de que una situación puede considerarse riesgosa en una relación. Se abordó también el tema de los mitos en torno a la violencia dentro de las relaciones. Finalmente, se dieron algunos indicadores del comportamiento en una persona que puede convertirse en un agresor. Se concluyó diciendo que la violencia no es un problema de patología, sino de inequidad.

##### **“TEMAS SELECTOS DE TERAPIA FAMILIAR”.**

**Sede:** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

**Fecha:** Del 21 de Abril al 13 de Mayo de 2004.

**Duración:** 6 horas.

**Resumen:** Fue un ciclo de tres conferencias en las que se abordaron diferentes temas. El primero de ellos se enfocó a trabajar en torno al problema de la violencia familiar desde una visión preventiva hasta un tratamiento terapéutico; se propuso un modelo de tratamiento individual y grupal para atender a personas afectadas por la violencia familiar, así como también dirigido a los agresores. La segunda conferencia estuvo encaminada al abordaje del ciclo vital en la familia, haciendo mención de cada una de las fases por las que atraviesa una familia y a las crisis que enfrenta en cada proceso. La última conferencia trató sobre el tratamiento de problemas escolares y la función que juega la familia en el apoyo y orientación de los niños dentro de los hogares.

**“VIOLENCIA FAMILIAR Y DE PAREJA”.**

**Sede:** Centro para Desarrollo y la Investigación de la Psicoterapia Sistémica, CEDIPSI.

**Fecha:** 14 y 15 de Mayo de 2004.

**Duración:** 14 horas.

**Resumen:** El ponente de este curso fue Jorge Corsi, quien es un Psicólogo, investigador y clínico que aborda el tema de la violencia desde las perspectivas cultural, social, institucional e interpersonal. Durante el curso Corsi habló acerca de la conceptualización de la violencia, sus causas, consecuencias, formas que adopta, la experiencia profesional que ha tenido con grupos vulnerables, así como también ofreció información sobre algunas formas de tratamiento que existen para abordarla. Se ofreció una supervisión en vivo de una pareja que enfrenta problemas de violencia; desafortunadamente la asesoría y el manejo del caso no estuvieron a cargo de dicho ponente.

**“EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA”.**

**Sede:** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

**Fecha:** 17 de Mayo de 2004.

**Duración:** 3 horas.

**Resumen:** La conferencia la ofreció la Dra. En Psicología y Terapeuta Familiar Miriam Cervantes Nieto. La Dra. Presentó un instrumento para evaluar la relación de pareja; el instrumento contempla 10 áreas: comunicación, sexualidad, comprensión, intereses, finanzas, cariño, valores, aceptación, apoyo y familia. Explicó su fundamentación teórica y la experiencia terapéutica que ha tenido al aplicarlo. Sugiere que en la terapia marital el terapeuta se puede apoyar en las áreas fuertes de la pareja para potencializar y fortalecer las débiles.

**“IX CONGRESO DE TERAPIA FAMILIAR”.**

**Sede:** Universidad Veracruzana y Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C.

**Fecha:** Del 14 al 17 de Octubre de 2004.

**Duración:** 23 horas.

**Resumen:** Enseguida se presenta un breve resumen de algunas conferencias del congreso citado:

**Sexo, erotismo y amor** (Dr. Rafael Manrique Solana de España): Sus propósitos fueron analizar una forma de comprensión de la realidad y la interacción de conceptos tales como el sexo, el erotismo y el amor; valorar un nuevo modo de comprensión de lo que podría denominarse una política del deseo; analizar la vinculación de las relaciones de pareja con las prescripciones y prohibiciones del orden social; y desarrollar una teoría de las relaciones de pareja operativa para la práctica de la psicoterapia.

**Proceso de separación: modelo de terapia breve y soluciones** (Lic. Ivette Delgado y Lic. Yasmín Quintero): Presentaron una propuesta del manejo terapéutico del proceso de separación a partir del enfoque sistémico bajo los modelos de Terapia Breve y de Soluciones, a través de su aplicación en un caso terapéutico.

**La pareja y sus diferentes abordajes; separación y divorcio** (T.F. Ma. Teresa Sáenz Chapa): Se abordó el tema de la globalización como un fenómeno que acompaña a la modernización y que ha tenido un fuerte impacto en todas las sociedades donde ha penetrado. Ha afectado de diferentes maneras a las sociedades, así como a las relaciones de pareja; se comentó que los espacios de intimidad se muestran alterados, como resultado de ello la pareja se va sometiendo a cambios inciertos, como puede ser el divorcio, el cual se incrementa vertiginosamente.

**Terapia familiar y psicoanálisis: ¿obstáculo u opción alternativa?. Intervención en co-terapia desde los dos enfoques** (T.F. Ma. Del Carmen Guzmán González y T.F. Javier Enrique Ángeles González): A través de su propuesta describieron las experiencias de la co-terapia desde la perspectiva hombre-mujer dentro de la práctica clínica. Consideran que aunque ambos trabajen desde posturas teóricas en apariencia no compatibles han encontrado complementariedad, eficacia y flexibilidad en el abordaje terapéutico; para ello presentaron el análisis de seis casos clínicos.

**Una experiencia terapéutica con familias de adictos** (T.F. Silvia Segura López y Dra. Aura Sylvia Valdés Vega): Presentaron un estudio realizado en una unidad de adictos de un hospital privado; su objetivo fue verificar la respuesta al manejo de terapia familiar efectuada durante la estancia hospitalaria.

**Taller de fotografía y terapia familiar** (Dr. Francisco Avilés Gutiérrez): El propósito del taller fue mostrar la relación de dos disciplinas: la fotografía y la psicoterapia, a través de un campo relativamente nuevo al que se le denomina Foto Terapia, que consiste técnicamente en utilizar imágenes fotográficas para facilitar procesos de comunicación y análisis de imágenes significativas en la vida de los consultantes, que han quedado “congelados” en el tiempo y que están llenos de significados cognitivos y afectivos.

**“2° CONGRESO INTERNACIONAL EN TERAPIA BREVE: HIPNOSIS ERICKSONIANA, PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA Y TERAPIA SISTÉMICA”.**

**Sede:** Centro de Terapia Familiar y de Pareja, C.E.FA.P.

**Fecha:** Del 19 al 21 de Noviembre de 2004.

**Duración:** 22 horas.

**Resumen:** Enseguida se presenta un breve resumen de algunas conferencias del congreso citado:

**Tanatología** (Psic. Oscar Aldana): Se abordó el proceso de duelo (negación, enojo, negociación, depresión y aceptación), considerando algunos aspectos para trabajar con el dolor; se comentó la importancia de respetar los tiempos de la familia y del paciente en fase terminal, así como de propiciar un bienestar mental y físico en ellos.

**Alternativas para el manejo del dolor** (Mtra. Tere López Cano): Se abordó el tema del duelo, el cual surge como resultado de una experiencia penosa, así como también de algunos mecanismos naturales de sanación. Señaló la importancia de resolver el duelo, ya que de otra forma puede dar lugar a un trastorno por estrés postraumático. Hizo algunos señalamientos para reconocer el dolor y, posteriormente, para vencer el dolor crónico.

**Hipnosis ericksoniana** (Mtro. Jorge Galicia): En esta conferencia se explicó el proceso que se lleva en la hipnosis ericksoniana, el cual consta de cuatro pasos: 1) Transición hacia el trance, en donde se procura un ambiente propicio para tener un trance exitoso; puede hacerse uso de historias de acuerdo a lo que la gente necesita; 2) Inducción al trance, se pretende que la persona se encuentre relajada pero consciente; en esta fase se transforma el símbolo imaginado; 3) Guía para transformar la metáfora del problema o el

símbolo utilizado para identificarlo; se transformará el símbolo “saludablemente”, lo cual implica que su preocupación se ha solucionado; 4) Terminación del trance, procurando que tenga una sensación de bienestar. La hipnosis pretende utilizar los recursos naturales de las personas para lograr un bienestar.

**Violencia en la pareja** (Dra. Christauria Welland Akong): Se abordó la violencia doméstica desde diferentes teorías: sociocultural, aprendizaje social, cognitivo conductual, modelo de la sicopatología y ecosistémica; también se consideran algunos factores de riesgo como: vivir una historia de violencia en la niñez, bajos ingresos y bajo logro académico, así como el uso y abuso del alcohol; se habló de la importancia de proporcionar tratamiento a hombres y mujeres agresores y explicó algunos aspectos que lo integran.

**El arte de la sugestión y la mente inconsciente** (Psic. Jorge Abia): Se inició la conferencia haciendo una distinción entre una sugerencia y una sugestión; la primera es directa y se orienta a una meta, en ella predomina el nivel digital; en cambio, la sugestión puede ser directa o indirecta, se orienta a una meta que puede ser advertida o no y se ubica en un nivel analógico. Se comentó que el arte de llegar a la mente inconsciente no es sólo a través de la hipnosis. La hipnosis es un estado alternativo de conciencia. Puede llegar a la mente inconsistente a través de diversas formas, ya que se rige por diferentes lógicas.

**Anorexia y bulimia** (Mtro. Rafael Núñez): Se mencionó que la hipnosis trabaja a nivel psicológico y corporal en los casos de anorexia y bulimia, en donde se hacen sugerencias directas al cuerpo; la hipnosis permite entrar en profundo contacto con su individualidad, ya que a través de ella los pacientes pueden encontrar dónde está el conflicto interno. Se comentó que en las personas que padecen anorexia y bulimia siempre son víctimas de la presión social.

**Metáforas, dichos y cuentos** (Mtro. Felipe Gutiérrez Gutiérrez y Mtra. Rosario Oaxaca): Se presentó una forma de abordar el proceso terapéutico haciendo uso de metáforas, dichos, cuentos, así como valiéndose del empleo del humor. Los ponentes mostraron diferentes trabajos manuales y narraciones de experiencias que habían tenido con pacientes haciendo uso de: analogías, metáforas relacionales, coreografía de la pareja, metáforas

artísticas e historias creadas con elementos entremezclados que proporcionan nuevas posibilidades de solucionar sus problemas.

**Pareja y soltería** (Dr. Jorge Abia): Se inició con la discusión de cómo se han conceptualizado los roles de género a través de la historia; estos modelos tradicionales han sido cuestionados en los últimos tiempos. Se realizó un ejercicio por equipos en donde se consideraron las ventajas y desventajas de la soltería y de la vida en pareja. Finalmente, en plenaria se discutieron las conclusiones de los equipos. Fue curioso que la soltería fue considerada por mucho como portadora de mayores ventajas que la vida en pareja, lo cual puede deberse a que aproximadamente el 90% del auditorio tenía una edad menor a los 25 años.

**Cuando las parejas funcionan y permanecen juntas** (Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo): Se inició la conferencia con el análisis del concepto de “amor”, el cual es un sentimiento que constituye el espacio de conductas que aceptan al otro como un legítimo otro en convivencia con uno. Se habló de la importancia del amor en las relaciones humanas. Se mostraron y explicaron los componentes del amor: intimidad, pasión y compromiso. También se presentó el proceso de enamoramiento. Se discutieron algunos aspectos importantes para lograr que el amor perdure: resistir durante las crisis, comunicar lo que nos desagrada de manera clara y sin reclamos, aprender estrategias de negociación, actuar propositivamente, darse espacios de soledad y de crecimiento personal, entre otros.

**EMDR: una terapia de reprocesamiento** (Dr. Oswaldo Arana): Presentó al EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) como una metodología psicoterapéutica que se basa en los procesos psiconeurológicos. Se basa en la filosofía de que los seres humanos pueden moverse eficientemente; habla de una tendencia innata de moverse a la salud, se tiene la capacidad interna de lograrlo. Se emplea para resolver material perturbador causado por eventos traumáticos. Ayuda a transmutar las experiencias negativas en experiencias de aprendizaje positivas, minimizando los riesgos del daño.

**Suicidio en adolescentes** (Mtra. Ana Ma. Rodríguez): Se presentaron diferentes clasificaciones del suicidio, algunos de los factores de riesgo, los síntomas de las

tendencias suicidas, algunos mitos alrededor del suicidio, la estructura de la familia del adolescente suicida y la importancia del tratamiento psicológico. Se habló también de la relación entre el suicidio y otras variables como: depresión, ansiedad, ambiente familiar, miedo, desesperación, delincuencia, violencia y desesperanza.

### **“TEORÍAS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN III”.**

Dentro de esta asignatura del tronco común se ofrecieron una serie de conferencias destinadas a enriquecer nuestro conocimiento sobre los siguientes temas:

**Abuso sexual** (Lic. Norma Contreras; 8 de septiembre de 2004): Se enmarcó el tema del abuso sexual como una manifestación de violencia sexual y como una manifestación del maltrato infantil; se presentaron las características, dinámica, causas, consecuencias, formas de evaluación, tratamiento, prevención y peritaje legal del abuso sexual.

**Aspectos jurídicos para el terapeuta y Trabajo del terapeuta en ámbitos jurídicos** (Dra. Amparo Caballero Borja; 29 de septiembre y 6 de octubre de 2004): Se abordaron las normas jurídicas, sociales y morales; distinción entre patria potestad, custodia y tutela; se abordó la victimología, la cual es entendida como el estudio de la víctima; diferenciación entre psicología penitenciaria, psicología policial, criminología, psicología forense, criminalística; y las fases del proceso jurídico.

**Infidelidad, divorcio y conflictos de género** (Mtra. Susana González Montoya; 20 de octubre de 2004): El vínculo conyugal se caracteriza por la cotidianidad, por un proyecto vital compartido, por las relaciones sexuales y por la tendencia monogámica; se explicó el proceso que se lleva a cabo en la elección de pareja; se hizo un recorrido por el tiempo acerca del concepto del amor; se analizaron algunos mitos sobre el amor; se presentó el triángulo del amor compuesto por la intimidad, el compromiso y la pasión; se estudió el ciclo vital de la pareja y los problemas que se presentan en éste; se explicaron las áreas de crisis en la relación de pareja; finalmente, se discutieron algunas características de los roles de género.

**Adicciones** (Dra. María Suárez; 10 de noviembre de 2004): Se analizó la relación entre las características de la población, las sustancias y el ambiente que rodea a las personas que



padecen alguna adicción; se analizaron algunos mitos acerca de las adicciones; se presentaron algunas opciones viables para brindar apoyo a personas adictas.

**Suicidio** (Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo; 17 de noviembre de 2004): Se analizó la conducta suicida y su significado; se mostró la relación del suicidio con otras problemáticas como: problemas académico, baja autoestima, depresión, drogas, abuso sexual, embarazo no deseado, enfermedades, amigos suicidas, etc.; se abordó el tema del papel de la familia como contenedor o favorecedor de la conducta suicida.

**Habilidades clínicas. Hijos de padres violentos... hijos de nadie** (Mtra. Laura Edith Pérez Laborde; 24 de noviembre de 2004): Se conceptualizó la violencia como una construcción social, considerando aspectos como: creencias sobre el poder, creencias de género, aceptación de mitos diversos, sistema legal deficiente y validación de la violencia. Se analizó la importancia de una parentalidad y conyugalidad responsables y armónicas para un adecuado desarrollo físico y emocional de los niños; finalmente, se abordó el papel del terapeuta en el tratamiento de la violencia.

**Tanatología** (Ma. de la Luz Sandoval López; 8 de diciembre de 2004): Explicó que la Tanatología pretende comprender los duelos cotidianos y disminuir el dolor; se reconoció la importancia de concebirse como seres finitos; se mostraron los diversos duelos que atraviesa el ser humano desde que nace, así como las fases de las que se compone el duelo: negación, ira, negociación, depresión reactiva y adaptación; se explicó que la Tanatología inicia con el estudio de la muerte pero que se ha ampliado para el manejo de todos los duelos cotidianos.

#### **“LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA PARA RESOLVER PROBLEMAS FAMILIARES”.**

**Sede:** Centro de Actualización CUDEC.

**Fecha:** El 29 y 30 de Enero de 2005.

**Duración:** 20 horas.

**Resumen:** Este taller teórico-práctico fue impartido por Giorgio Nardone, en donde presentó casos concretos y sesiones en vivo empleando la terapia breve estratégica. Los temas abordados fueron: cómo conocer un problema mediante su solución, ofreciendo

una perspectiva teórico-metodológica de la terapia breve estratégica; la evolución de los modelos de familia; nuevas patologías en las relaciones familiares, en niños y en adolescentes; resultados de la investigación actual en la evolución de las intervenciones terapéuticas para las nuevas formas de patologías de la infancia y la adolescencia; la evolución de los problemas en las relaciones entre profesores y alumnos; y la evolución de las intervenciones terapéuticas en los contextos educativos.

#### **“INVESTIGACIÓN EN SALUD, PRAXIS PSICOSOCIAL COMUNITARIA”.**

**Sede:** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

**Fecha:** El 8 de Febrero de 2005.

**Duración:** 8 horas.

**Resumen:** Fue impartido por Marcela Bottinelli. Los temas que abordó en su presentación fueron: una revisión de los modelos tradicional, fenomenológico y psicoanalista; breve historia de la salud mental y sus antecedentes; reseña del pasaje histórico de los problemas en el campo de la salud mental; crisis en el modelo médico asistencialista; conceptualización de la psicología social comunitaria y de la salud mental comunitaria.

#### **“LA INCLUSIÓN DE LOS NIÑOS EN LA TERAPIA FAMILIAR”.**

**Sede:** Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, ILEF, A.C.

**Fecha:** El 25 de Febrero de 2005.

**Duración:** 4 horas.

**Resumen:** Este curso fue impartido por el Dr. Eduardo Carrasco. Los temas abordados fueron: el desarrollo infantil; niños y adultos en el sistema terapéutico; psicoterapia infantil; prácticas terapéuticas específicas acordes con las etapas de desarrollo infantil; formas de comunicación en el sistema terapéutico; motivos, objetivos y límites de una terapia; tiempos de una terapia; terapia de juego; y el dibujo en la terapia familiar con niños.

#### **“V, VI, VII, VIII Y IX SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES DE LAS CARRERAS DE LA SALUD”.**

**Sede:** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

**Fecha:** 12 de Febrero, 23 de Abril, 20 de Agosto, 1 de Octubre y 29 de Octubre de 2004.

**Duración:** 4 horas (cada seminario).

**Resumen:** Estos seminarios se realizaron mensualmente con el propósito de presentar los avances de los diferentes proyectos de investigación que colaboran con la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz en su proyecto de investigación titulado “La Ideación Suicida y los Jóvenes en las Carreras de la Salud”, desarrollado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; el cual está aprobado por el Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico (PASPA).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association de Washington (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM-VI*. México: Masson.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1990). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (comps.) (1993). *Dimensiones de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Bauab, A. (2001). *Los tiempos del duelo*. Argentina: Homo Sapiens.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourgeois, J. (1996). Recuperado el 29 de agosto de 2005 de: <http://www.faes.es/cursosansiedadAP/cursos/entrega4/desarrollo1/index.html>
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica. Aplicaciones*. Vol. II. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Cecchin, G. (1987) Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*. 26:405-413.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.
- Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco. (2005). Portal de internet del CCH, plantel Azcapotzalco. Recuperado el 8 de septiembre de 2005 de: <http://www.cchazc.unam.mx>.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. México: Paidós.
- Desatnik, O.; Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. *Psicoterapia y Familia*. Vol. 15. No. 1, 47-56.
- Eguiluz, L. (1996). Una doble muerte en la familia tratada bajo el modelo sistémico. Systemica. *Revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos*. Núm. 1.

- 
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eguiluz, L. (Comp.). (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (1998). Portal de internet de CONADIC. Recuperado el 6 de septiembre de 2005 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/epidem.htm>.
- Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Foerster, H. Von. (1996). *Las semillas de la cibernética. Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- García, J. (2004). Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas. *Revista Electrónica de Psicología "La Misión"*, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado el 26 de enero de 2005 de: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html>.
- Giacchi, A. (2005). *El duelo*. Recuperado el 29 de agosto de 2005 de: <http://www.vivirlaperdida.com>.
- González, G., Sánchez, C., Morales, F., Díaz, R. y Valdez, A. (1999). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: Estudio comparativo. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 17-23.
- González-Forteza C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6), 16-25.
- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18 (4), 1-10.
- González-Forteza, C., Berenzon, S. y Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 145-153.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D. y Medina-Mora, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública México*, 40, 430-437.

- 
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Cd. de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25 (6), 1-12.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21 (3), 1-9.
- Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1986) *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hendrick, T., Bickman, L. y Rog, D. (1993). Applied research design, a practical guide. Newbury Park, U. S. A: *SAGE Publications*. pp.1-15.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hoffman, L. (2002). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (comps.). (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002) *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Cuaderno no. 8.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). Portal de internet del INEGI. *Información estadística*. Recuperado el 29 de agosto de 2005 de: [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2000). La depresión en el adulto. México: *Fundación Mexicana para la Salud*.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. México: Paidós.
- Kerlinger, F. (1999). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- Kübler-Ross, E. (1985). *Una luz que se apaga*. México: Pax México.
- Kübler-Ross, E. (1994). *La muerte: un amanecer*. España: Luciérnaga.
- Licea, G.; Paquentin, I.; Selicoff, H. (2002). *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax México.

- Lyon, G. (2005). Recuperado el 29 de agosto de 2005 de: [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su\\_salud/adultos/duelo.html](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/adultos/duelo.html)
- Manelic, H. y Ortega, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Mental*, 18 (2), 12-21.
- Martín, D. (1996). *Doing Psychology Experiment*. California: Brooks/Cole.
- Martínez, P. y Peña, F. (2000). El suicidio y los adolescentes. *Información clínica*, 11 (2).
- Masten, W., Caldwell-Colbert, A., Williams, V., Jerome, W., Mosby, L., Barrios, Y. y Helton, J. (2003). Gender difference in depressive symptoms among mexican adolescents. *Anales de Psicología*, 19 (1), 91-95.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1998). *Técnicas de Terapia Familiar*. México, Buenos Aires, Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. y Michael, N. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- Moctezuma, M. y Desatnik, O. (coords.). (2001). *Programa de residencia en terapia familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Naranjo, J. (2002). *Posibilidad de una metodología participativa crítica en el enfoque sistémico clínico de la psicología*. Portal de internet de Apsique. Recuperado en enero de 2005 de: [http://www2.udec.cl/~ivalfaro/apsique/ensayos/index.php?texto=crit\\_ter\\_sist.html](http://www2.udec.cl/~ivalfaro/apsique/ensayos/index.php?texto=crit_ter_sist.html).
- National Institute of Mental Health (2001). *Depresión*. Publicación No. 023561. U.S.A.: NIH. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spdepression.ctm>.
- Navarro, G.; Fuertes, A. y Ugidos, T. (1999). *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.
- Nelson, T., Eleuridas, C. y Rosenthal, D. (1986). La evolución del interrogatorio circular. El entrenamiento de terapeutas familiares. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 13, 6.2, 113-127.
- Newman, W. (1997). *Social research methods: cualitative and quantitative aproaches*. Boston, U. S. A.
- Nieto, J. (coord.). (2002). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. México: Dirección General de Estudios de Posgrado. UNAM.

- 
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- O'Connor, N. (1994). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Penn, P. (1982). Interrogatorio circular. *Family Process*. Vol. 21. Núm. 3.
- Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006). Portal de internet de la Presidencia de México. Recuperado el 6 de septiembre de 2005 de: <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=10>.
- Sánchez, E. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. España: Sal Terrae Santander.
- Sanz, J. (2005). Recuperado el 29 de agosto de 2005 de: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dieciseis>.
- Savage, J. (2000). *Duelo por las vidas no vividas*. Barcelona: Luciérnaga.
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. México: Paidós.
- Serrano, J. (1997). Estudio de casos. En: A. Baztán. Etnografía: *Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México: Alfaomega.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*. Agosto. 65-69.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2001). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Tomm, K. (1987). Entrevistas con intervenciones: Parte I. La elaboración de estrategias, una cuarta directriz para el terapeuta. *Family Process*. 26:3-13.
- Tomm, K. (1987). Entrevistas con intervenciones: Parte II. La formulación de preguntas reflexivas como medio para permitir la autocuración (Self-Healing). *Family Process*. 26:167-183.
- Tomm, K. (1988). Entrevistas con intervenciones: Parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas?. *Family Process*. 27:1-15.



- Troya, E. y Aurón, F. (1988). La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. *II Congreso Nacional de Terapia Familiar*. Noviembre. México.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Watzlawick, P; Weakland, J. y Fisch, R. (1999). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.
- Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.