



Campus Iztacala

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

NANCY VERONICA VARGAS GAMA

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

TITULAR: DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO

TITULAR: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

TITULAR: MTRA. SUSANA GONZALEZ MONTOYA

SUPLENTE: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO



Reyes Iztacala

Febrero de 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo no es un producto individual, pues además de la eficiente guía y paciencia de la Dra. María Suárez, la contribución académica de la Mtra. Ofelia Desatnik y de cada una de las profesoras que me acompañaron en este proceso de iniciación a la Terapia Familiar, su culminación también se debe al apoyo de:

Mis padres y mis hermanos, quienes de distintas formas, pero en todos los momentos, me proporcionaron los medios para transitar por este camino.

Però sobre todo y sin que las palabras sean suficientes para expresarles mi gratitud, fue fundamental el apoyo de Alberto y Ximena, quienes me permitieron robarse horas a nuestra convivencia como pareja, como madre e hija y como familia; y, sin embargo, recibí siempre gestos de aliento y de amor, sin los cuales no me hubiera sido posible continuar.

A todos y cada uno de ustedes, gracias... totales.

INDICE

INTRODUCCION	2
1) Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	3
a) Características del campo psicosocial.	3
b) Principales problemas que presentan las familias.	4
c) La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	6
2) Caracterización de la entidad y las sedes donde se realiza el trabajo clínico.	8
a) Descripción de los escenarios.	8
b) Análisis sistémico de la entidad y las sedes.	9
c) Explicación del trabajo y secuencia de participación en los escenarios.	13
MARCO TEÓRICO	16
3) Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar.	17
a) Teoría general de sistemas.	17
b) Teoría de la cibernética.	19
c) Teoría de la comunicación humana.	20
d) Fundamentos de las terapias posmodernas.	22
4) Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémicos y posmodernos.	26
a) Modelo estructural.	26
b) Terapia estratégica.	28
c) Terapia breve centrada en problemas.	32
d) Terapia breve orientada a soluciones.	37
e) Escuela de Milán.	41
f) Enfoque narrativo.	44
g) Enfoque reflexivo.	46
h) Enfoque colaborativo.	47
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	52
5) Habilidades clínicas terapéuticas.	53
a) Tema: los hijos como pacientes identificados	55
b) Integración de expedientes de trabajo clínico.	64
c) Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.	88
d) Análisis del sistema terapéutico total.	94
6) Habilidades de investigación.	97
a) Reporte de investigación	97
7) Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.	100
a) Productos tecnológicos.	100
b) Programas de intervención comunitaria	105
8) Habilidades de compromiso y ética profesional.	110
a) Consideraciones éticas de la práctica profesional	110
CONSIDERACIONES FINALES	114
9) Reflexión y análisis del sistema terapéutico total.	115
a) Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional.	118
b) Habilidades y competencias profesionales adquiridas.	119
c) Incidencia de la terapia familiar en el campo psicosocial.	121
BIBLIOGRAFÍA.	122

INTRODUCCIÓN

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar

a) Características del campo psicosocial

En varias partes del mundo las familias están bajo creciente estrés. Las transformaciones económicas y políticas en muchas partes del globo, enfermedad, guerra, pobreza, hambruna y otras fuerzas similares las están abrumando, a menudo más allá de su capacidad para salir adelante. Nuestro país no es la excepción y, frente a las políticas de ajuste macroeconómico que ha aplicado el gobierno para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales.

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 contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar.

Dicha adaptación conlleva modificaciones a su vez en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, permitiendo además apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales; sin embargo, esta capacidad de adaptación no siempre es suficiente para hacerle frente a la infinidad de problemas derivados de la marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud y educativos. Es difícil que en la pobreza haya personas sanas y este contexto económico en el que sobreviven cientos de miles de mexicanos ha tenido como saldo un mayor deterioro de sus condiciones de vida.

Como un dato importante, casi un millón de personas en edad y condiciones para incorporarse a la fuerza laboral han engrosado las filas de la desocupación abierta durante el gobierno del presidente Vicente Fox, donde este fenómeno ha crecido 161 por ciento, indican reportes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (Zúñiga, 2005).

La estabilidad de las relaciones familiares está sujeta a mayores tensiones en los sectores pobres que en otros estratos socioeconómicos, debido a numerosos factores. Por ejemplo, los roles de los distintos miembros de la familia frecuentemente sufren cambios que no van conforme a las aspiraciones familiares, sino que está sujetos a fuerzas sociales, especialmente aquellas del mercado, sobre las cuales el pobre tiene poco control.

Asimismo, la capacidad de socialización de las familias está también directa o indirectamente afectada por su estatus socioeconómico. La escasez de medios, la inevitable concentración en problemas de subsistencia diaria, vivienda inadecuada y sobrepoblación tienen un impacto directo sobre la familia. Estos impactos son sobre la nutrición infantil, salud y madurez emocional y de conocimientos; y sobre la capacidad familiar para complementar la educación impartida en el sistema escolar o también para mantener a los niños en el hogar, como lo muestra el fenómeno de los niños de la calle.

b) Principales problemas que presentan las familias

Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de cáncer, VIH/SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia intrafamiliar y más.

Al mismo tiempo, cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. En particular, las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles y relaciones entre los géneros. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en

condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, el estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar, por lo que situaciones de depresión, ansiedad y estrés, se suman o coexisten con relaciones familiares caracterizadas por contactos menos intensos y con dificultades para establecer límites.

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 el trabajo con familias en diferentes niveles de atención (prevención, intervención y rehabilitación).

Ese acercamiento deberá tener en cuenta que la familia patriarcal con numerosos hijos y con los roles de género estrictamente definidos en forma tradicionalista, no es el prototipo de estos tiempos, encontrando por el contrario un abanico de modalidades, incluyendo las familias nucleares, uniparentales, parejas de heterosexuales u homosexuales que cohabitan sin ningún vínculo legal, personas que viven solas, familias separadas, reconstituidas, adoptivas o familias sin niños, sólo por señalar algunas (Carlson, Sperry y Lewis, 1997).

La diversidad de formas que puede adoptar la familia implica que tendrán más posibilidad de experimentar más transiciones a lo largo de su ciclo de vida, que las generaciones anteriores, transiciones que además son muy diferentes a las que se vivían en una familia tradicional.

c) La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

Para la solución de dichos problemas se requiere de la intervención de diversas disciplinas, incidiendo cada una de ellas en la dimensión que define su propio campo disciplinar, como lo es el caso de la psicología, o bien, trabajando interdisciplinariamente cuando la complejidad de la problemática lo requiera.

A lo largo de la historia de la psicología se han desarrollado diversas aproximaciones teórico-filosóficas respecto a la comprensión y explicación del ser humano. En dichas aproximaciones y, especialmente en el campo de la psicología clínica, se han propuesto diferentes nociones respecto a los procesos de formación de problemas psicológicos y se han buscado medios para la intervención.

Bajo esta diversidad de aproximaciones los profesionales de la psicología han incursionado en instituciones de salud dentro de un contexto donde los servicios de salud aumentan cada vez más, pero la desproporción entre las necesidades y los recursos humanos y materiales disponibles para hacerles frente, sigue siendo enorme.

El hecho de que los países dediquen a la salud una porción cada vez mayor de su presupuesto, no significa un incremento cuantitativo ni cualitativo de la salud de la población. Esta situación sugiere de una u otra forma la necesidad inminente de la formación de personal altamente capacitado que hagan frente a la problemática demandada por la sociedad. En el caso del personal especializado en problemas psicológicos, es necesario formar psicólogos competentes, capaces de delimitar y detectar los procesos y las variables asociadas a problemas psicológicos específicos y proponer alternativas de solución efectivas.

Una de las alternativas implica al ámbito familiar como un contexto importante, pues la familia es reconocida universalmente como una unidad básica de la sociedad. A pesar de los muchos cambios en la sociedad que han alterado sus roles y funciones, la familia continúa dando la estructura para el apoyo esencial emocional y material que favorezca el

crecimiento y bienestar de sus miembros. Además, la familia es una unidad social básica de producción y consumo y, como tal, está en el núcleo del proceso económico. Sus necesidades deben estar estrechamente conectadas con los objetivos de desarrollo económico y social, como un estándar mínimo de progreso.

El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Asimismo, como proceso terapéutico, se caracteriza por el énfasis en el cambio y por la posibilidad de brindar atención a los diversos problemas psicológicos que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones y prueba de ello es la creación de diversos institutos que no sólo brindan la atención desde esta perspectiva, sino que también participan en la formación de terapeutas familiares y promueven la investigación en el tema.

Los esfuerzos del gobierno y de la sociedad se hallan mejor capitalizados cuando están dirigidos a la familia en su totalidad, pero en México aún hay esfuerzos inconexos y por eso hay políticas públicas dirigidas a la infancia, a la mujer, a las personas con discapacidad, etcétera, que reflejan un enfoque de la intervención de tipo parcial y simplificada donde no se reconocen los procesos dinámicos e interrelacionados de la convivencia humana. En cambio, cuando se diseñan programas en los que la familia en su conjunto tiene una participación directa se tienen entonces programas con mayor eficiencia, se reducen costos, y se brindan las condiciones para que la familia pueda afrontar nuevos retos.

2. Caracterización de la entidad y las sedes donde se realiza el trabajo clínico.

a) Descripción de la entidad y las sedes.

La Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se imparte en dos entidades académicas: la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), siendo en esta última donde se realizaron la mayoría de las actividades expuestas en este reporte. Además, aquí se imparten los seminarios del tronco común teórico metodológico, así como las actividades complementarias de la Residencia, que incluyen seminarios y práctica clínica. No obstante, para esta última actividad, también se cuenta con otros escenarios: la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y la sede ubicada en el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCHA).

En la entidad académica FESI, la práctica clínica se desarrolla en un espacio independiente ubicado en la planta alta del edificio de endoperiodontología. El lugar tiene aproximadamente 16 metros cuadrados divididos en tres partes: una pequeña sala de espera, la sala de las sesiones y la cámara de observación con espejo unidireccional. Para realizar la labor de supervisión, se cuenta con un sistema telefónico que permite al terapeuta estar en contacto con el equipo sin tener que estar al mismo tiempo interviniendo con la familia; es decir, cada vez que suena el teléfono, la sesión se detiene y el terapeuta tiene el tiempo suficiente para comprender las sugerencias del equipo.

La sede correspondiente al ISSSTE cuenta también con un espacio independiente, tipo consultorio, en donde la única división corresponde a un área donde se guardan libros y otros objetos; el espacio restante es un solo cuarto en el que estaban presentes la terapeuta, la familia, el equipo de supervisión y, en su momento, el equipo de observación. A fin de que se pudiera desarrollar la labor de supervisión, la terapeuta se colocaba frente a la familia y detrás de ella el equipo de supervisión y en su momento, el de observación. Detrás de los equipos se colocaban las supervisoras, quienes a través de un pizarrón se comunicaban con la terapeuta.

Finalmente, en lo que respecta a la sede del CCHA, cabe señalar que se tuvo la oportunidad de estar en dos espacios: inicialmente era una sala contigua a un salón de audiovisual en donde a veces se impartían clases, lo cual implicaba que hubiera mucho ruido en algunas ocasiones, al grado de que el terapeuta u otra persona del equipo, tenía que ir a pedirles que bajaran el volumen. La sala donde se desarrollaban las sesiones funcionaba también como bodega -de mesa-bancos, pizarrones, etcétera-, así que por el lugar transitaba personal ajeno al servicio aunque nunca mientras estuvieran en terapia; a excepción de una ocasión. Al igual que en el ISSSTE, no se contaba con cámara de Gesell por lo que el sistema terapéutico total estaba en un mismo espacio, implicando que la supervisora se comunicara con la terapeuta por medio del pizarrón. Posteriormente, el trabajo realizado con los alumnos y sus familias, hizo posible que se dispusiera de un nuevo escenario diseñado de acuerdo a las necesidades del servicio de terapia familiar, teniendo la misma disposición física que el escenario de FESI, pero con mayor amplitud, lo que le daba muy buen aspecto, además de que el espacio era ideal cuando se trabajaba con terapia de red, pues mínimo iban tres adolescentes con alguno de sus padres. Asimismo, para los semestres en que se trabajaba con equipo de observación además del terapéutico, era bastante más cómodo disponer de un lugar más extenso para distribuirse.

Antes de pasar al siguiente punto, es importante mencionar también que tanto en la entidad como en las sedes, se contaba con un equipo de videograbación conformado por una videocámara, una videocassetera y una televisión, el cual estaba a la vista de los usuarios, además de que desde el primer contacto telefónico se les informaba de su uso y en la primera sesión se les pedía que por escrito dieran su autorización para utilizarlo en la grabación de las sesiones clínicas.

b) Análisis sistémico de la entidad y las sedes.

El escenario clínico de la FESI, al estar situado dentro de la universidad, implica que algunos de los consultantes sean empleados de la misma, siendo para ellos una gran ventaja la accesibilidad del servicio, aunque al mismo tiempo puede representar algunas desventajas en el sentido de que la confianza hacia el terapeuta y al sistema de trabajo en

general, se pudiera ver minada por el temor de que se dé a conocer el caso, aún cuando se establece que el trabajo es estrictamente confidencial.

Además de los empleados de la universidad, otra fuente de derivación importante son las escuelas -principalmente secundarias, que se encuentran alrededor de la FESI-, siendo el bajo aprovechamiento y los problemas de conducta, el principal motivo de consulta de esta población; no obstante, se tiene la desventaja de que, en su mayoría, la solicitud del servicio se hace directamente de la escuela o bien, la familia acude presionada por ésta, siendo en muchas ocasiones el resultado familias con poca adherencia terapéutica y/o poca claridad acerca de la necesidad del trabajo terapéutico o del motivo de consulta, por lo que tras conseguir la constancia de estar recibiendo el servicio, desertan.

Otra característica perteneciente sólo a este escenario clínico, es el cobro que se hace por el servicio, el cual es de cincuenta pesos por sesión, siendo posible reconsiderarlo en el caso de familias con severas limitaciones económicas. Este punto puede conllevar a que, si bien las familias se sientan más comprometidas con la terapia en la medida en que están pagando por el servicio, también pudiera ser una limitante en algunas ocasiones considerando que la mayor parte de la gente que acude es de bajo ingresos (aunque no al grado de pedir que se reconsidere la cuota) y en algún momento prefieran optar por faltar o de darse de baja ante la imposibilidad de continuar haciendo esos pagos. En ese sentido, llama la atención que varias de las familias atendidas faltaron en una o dos ocasiones argumentando que se habían confundido o que les había surgido algún imprevisto, lo que hace pensar en la posibilidad de que haya habido una dificultad para realizar el pago.

Por último, es importante recordar que si bien la universidad tiene un gran prestigio por los servicios que proporciona a la comunidad, pude observar que al estar inserto el servicio de terapia familiar en un modelo educativo, en donde para la comunidad ya es tradición que los estudiantes de licenciatura proporcionen varios servicios, existía cierta reticencia para recibir éste, siendo uno de los principales obstáculos el uso de las videograbaciones; no obstante, también había otras circunstancias favorables, como la confianza hacia estos servicios por saber que generalmente está un profesor que respalda la práctica y, en el caso

específico del servicio de terapia familiar, como parte del encuadre se hacía énfasis en la profesionalidad del servicio, señalando que los psicólogos eran titulados y que estaban en un programa de maestría, lo cual modificó la percepción de los usuarios.

En el caso de la sede clínica del ISSSTE el servicio de terapia familiar, sin proponérselo, está inserto en un modelo de atención médica no sólo porque el espacio está dentro de una clínica, sino también porque las personas que llegan a la terapia, suelen ser derivadas por un médico, el cual en ocasiones ya ha dado incluso un diagnóstico. Asimismo, la exigencia para los terapeutas del uso de una bata blanca y el manejo de las citas a través de un carnet, pueden generar en las familias –ojalá que no sea así en los terapeutas- la idea de que “están enfermos” y deben “curarse”, siendo entonces probable que se manejen con una postura de mayor disposición, aunque también demandando una “solución” tipo “receta”. Además, cuando se les explican las características del servicio mencionándoles, entre otras cosas, que la terapia familiar bajo esta modalidad sólo se proporciona en esta clínica, las personas a quienes se atiende podrían visualizarse, ya de entrada, con más posibilidades de darle solución a la situación que las aqueja. En ese sentido, lo que pude observar fue que la mayoría de las familias a las que se atendió en ese espacio, fueron constantes y puntuales en sus citas y la mayoría fueron dadas de alta. Aquí también podría influir el hecho de que en esta institución los tiempos -de espera y entre citas- para recibir algún servicio son muy prolongados, no siendo así en el caso del servicio de terapia familiar, donde las citas se daban cada quince días.

Por otra parte, algo que yo esperaba que ocurriera con las familias que se atendieron en este escenario, era que se sintieran inhibidas ante tantos terapeutas que tenían enfrente y de manera visible; sin embargo, lo aceptaban prácticamente sin ninguna objeción. Las personas solían saludar y despedirse con naturalidad de todo el equipo, e incluso hubo alguna que solicitaba por escrito lo que ella llamaba “las deliberaciones del equipo” para darle el mensaje final. La incomodidad o dificultad por el espacio tan reducido y la disposición de los participantes se hacía presente más bien en algunos terapeutas, pues al quedar de frente al equipo, tenían que estar al pendiente no sólo de tres discursos: el de la

familia, el suyo y el de las supervisoras, sino también estar atendiendo a las expresiones gestuales de sus compañeros.

En lo que respecta a la sede del CCHA, el servicio está inserto en el área de psicopedagogía en donde ya sea por sugerencia o principalmente por iniciativa, los alumnos y/o sus familias, e incluso los empleados, acuden a solicitar el servicio; sin embargo, a pesar de estar dentro de una institución educativa, las principales demandas no se refieren a ese ámbito, al menos no directamente, siendo algunas de las principales estados depresivos, adicciones y problemas de comunicación. De hecho, las demandas son tales que se ha implementado otra modalidad de terapia a fin de atender a una mayor población: la terapia de red, la cual se explicará en otro espacio.

Por otra parte, cabe señalar que de cualquier manera el servicio se ofrece como confidencial y al área de psicopedagogía sólo se les reporta si se está atendiendo o no a la familia y no se condiciona la estancia del alumno para que asistan; no obstante, en el tiempo en que yo estuve como observadora me dio la impresión de que había poco compromiso por parte de los consultantes, además de que generalmente eran jóvenes que acudían solos; de hecho hubo varias deserciones y ninguno fue dado de alta. Casi al final de mi primer semestre, se hizo entrega del espacio diseñado específicamente para impartir la terapia, y aunque no estaba aún habilitada la cámara de Gesell, existían muchas más comodidades y aquí, cuando ya estuve como terapeuta, hubo casos en los que también acudió la familia y sin que éste fuera el factor determinante, sí se notó mayor compromiso por parte de los consultantes.

Respecto a las diferencias en el nivel de compromiso es posible que, aún cuando los consultantes tenían la iniciativa de solicitar el servicio, el hecho de que el departamento de psicopedagogía fungiera como intermediario podría generar en ellos cierta desconfianza o sensación de “estar en la mira”, lo cual probablemente estuviera más marcado cuando no se tenía el espacio específico y estaban expuestos a la intromisión de distintas personas

c) Explicación del trabajo y secuencia de participación en la entidad y las sedes.

Aunque las prácticas de terapia inician propiamente en el segundo semestre, desde el primero se participa en ellas como observador, estando al frente los terapeutas de la generación anterior, siendo las supervisoras de cada escenario quienes determinan los criterios sobre cómo hacer las observaciones.

Para esto se divide al grupo en dos equipos, procurando que la división sea al azar pero cuidando que haya cierto equilibrio respecto al número de hombres y mujeres. Después se asigna a cada equipo un escenario al cual deberán acudir durante todo el semestre; quienes son asignados a la entidad académica FESI, acuden dos veces por semana con pacientes y supervisoras distintas, en tanto que los que son asignados a las sedes del ISSSTE y del CCHA, acuden un día a cada sede. La rotación por los diferentes escenarios tiene varios objetivos: primero que los alumnos experimenten diferentes tipos de supervisión, ya que cada escenario tiene distintas supervisoras y, por otra parte, que también se enfrenten a una variedad más amplia de motivos de consulta así como también a contextos institucionales con estructura y dinámica de interrelación distinta, pues como se explicaba en el apartado precedente, hay una variación entre uno y otro escenario.

Respecto a la supervisión, se cuenta con siete profesoras para dicha labor, quienes están distribuidas de la siguiente manera: en la entidad académica FESI, hay cuatro supervisoras quienes se dividen en las diferentes prácticas y quedan conformadas en parejas; una de ellas trabaja martes y miércoles, y la otra los jueves. En la sede del ISSSTE, hay dos supervisoras de manera permanente, y en este espacio el trabajo es los días jueves. En el caso del CCHA, durante mucho tiempo estuvo sólo una supervisora, con quien se trabaja los martes; sin embargo, durante el tercer semestre, se contó con una supervisora más.

Como se indicó anteriormente, la labor de los observadores depende de las supervisoras, aunque en general la idea es que se realicen observaciones acerca del sistema terapéutico total, más que dar una opinión acerca de la forma en que se trabaja con las familias. Para ello, durante las post-sesiones, al final se reserva un espacio para que los observadores externen sus puntos de vista. En mi caso, estuve como observadora en los escenarios del

ISSSTE y del CCHA; en el primero, la supervisión indicó que además se hiciera un registro de las opiniones vertidas por cada uno de los miembros del sistema y en algunos casos se pidió que se identificaran las intervenciones de acuerdo con el modelo estructural, que es el que se revisa durante el primer semestre; en el segundo, la supervisora decidió trabajar además la empatía, por lo que sugirió que todas las observaciones se hicieran desde el lugar del paciente.

Posteriormente, en el segundo semestre se inició la práctica directa y para ello a cada terapeuta se le asignó una familia, a la cual se le tenía que entrevistar vía telefónica antes de la primera cita con la finalidad de explicarles la modalidad de trabajo, establecer el primer contacto y recabar los principales datos alrededor del motivo de consulta con los cuales tanto el terapeuta como el equipo podían empezar a formular hipótesis tentativas.

Una vez que se acordaba la cita con la familia, las sesiones se desarrollaban cada quince días en el mismo horario; en promedio se asignaban setenta minutos para cada caso, los cuales se distribuían de la siguiente manera:

Pre-sesión (10'). La primera vez el terapeuta presentaba el caso por escrito y en las sesiones posteriores se leía el resumen de la sesión anterior y los objetivos de trabajo, aunado a los comentarios e ideas del equipo.

Sesión (50'). El terapeuta trabajaba con la familia y las supervisoras iban haciendo las observaciones y sugerencias de intervención. Unos minutos antes del término el terapeuta salía, o pedía a la familia que saliera, para comentar con el equipo y preparar un mensaje para la familia con las observaciones de todo el equipo de supervisión y el terapeuta.

Post-sesión (10'). El terapeuta hablaba acerca de cómo se había sentido, sus principales impresiones de la familia y el equipo lo retroalimentaba acerca del trabajo que había desarrollado. Después del equipo, las supervisoras también le hacían observaciones y sugerencias para la siguiente sesión.

Esto es en lo que respecta a la participación como terapeuta, pero a partir del segundo semestre también se trabajó como parte del equipo de supervisión, trabajo que también se desarrolló de acuerdo al escenario y supervisoras que estaban presentes. En general, durante todo el trabajo el terapeuta que era parte del equipo iba externando sus ideas, impresiones, sugerencias, etcétera, acerca de la familia y el terapeuta que estaban enfrente, pero por ejemplo, en el caso del ISSSTE y del CCHA cuando todavía no había espejo unidireccional, el equipo se reservaba sus comentarios hasta que se preparaba el mensaje, siendo las supervisoras las únicas que intervenían directamente.

Es importante añadir que cuando el semestre finalizaba y las familias aún no se daban de alta, la supervisión la realizaba sólo el equipo –para lo cual era necesario que asistieran por lo menos dos personas como parte de él- y la terapeuta podía solicitar además una supervisión en relato y/o con el video de la sesión a una supervisora; pero en la mayoría de los casos se trabajó sobre todo con el equipo como supervisor. Esta experiencia resultó difícil y hasta cuestionada al principio, pues como “aprendiz” de terapeuta, aún no me sentía segura de dar una opinión sin una supervisora presente, y, por otra parte, tampoco era fácil conciliar cuando se tenían puntos de vista diferentes acerca del proceso, principalmente cuando sólo había dos personas en el equipo. A pesar de esto, conforme fuimos teniendo más oportunidad de trabajar sin las supervisoras, esta situación dejó de ser amenazante y, en general, considero que se obtuvieron buenos resultados, lo cual me parece se debió al acoplamiento que hubo con la mayoría de los miembros del equipo, así como también a los avances que cada uno iba teniendo en el proceso de formarnos como terapeutas.

MARCO TEÓRICO

3. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar

El interés por el estudio de la familia en el área de la psicoterapia, se desarrolló en la tercera década del siglo pasado, siendo en ese momento la postura teórica dominante el psicoanálisis, el cual, no obstante, empezaba a ser sujeto de varias críticas y revisiones que pretendían ampliar el foco sus postulados incluyendo elementos de la teoría de campo, la lingüística y la antropología cultural (Hoffman, 1994).

A la par de estas tendencias, también ocurrieron cambios en otros campos como la ingeniería de comunicaciones, la cibernética y las ciencias naturales, los cuales influyeron fuertemente en la conformación del movimiento de terapia familiar sistémica. Entre los principales se pueden señalar: la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana, de las cuales hablaremos a continuación.

a) Teoría General de Sistemas.

De acuerdo con Eguiluz (2001), esta teoría, atribuida formalmente a Ludwig Von Bertalanffy, se dio a conocer a finales de los años cuarenta con el objetivo de estudiar las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo, además de encontrar un lenguaje común que permitiera el intercambio de conocimiento entre los científicos, promoviendo así el progreso de la ciencia en general.

Uno de sus conceptos clave es el de sistema, del cual se señala que “es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos” (Hall y Fagen, citados en Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). Hay una distinción además entre sistemas abiertos y sistemas cerrados. Respecto a los primeros se indica que los sistemas biológicos son ejemplo de ellos, ya que constantemente efectúan intercambios con su medio, mientras que los sistemas cerrados corresponden al mundo de la física y la química, pues no realizan intercambio alguno con su medio ambiente. Esta consideración de que los sistemas vivos tienen un importante contacto con su medio, pone en entredicho cualquier pretensión de querer conocer al ser humano aislándolo.

Ahora bien, los sistemas abiertos tienen ciertas propiedades, como:

Totalidad: Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total; es por ello que un sistema es más que la suma de sus partes. (“...yo creo que al dejar de molestarte Carlos, yo también dejo de contestarle mal y dejamos de pelear, y así mi mamá ya no está regañándonos y no se enoja con nosotros...” niño de 11 años).*

Retroalimentación: Es la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Desde el advenimiento de la Cibernética y el “descubrimiento” de la retroalimentación, se ha comprobado que la relación circular altamente compleja, constituye el modelo causal adecuado para una teoría de los sistemas interaccionales. (...“he podido darme cuenta cuando me atrapa el coraje negativo mientras estoy con x... aún no logro controlarlo del todo, pero reconozco que pude haber actuado diferente...” mujer de 32 años)

Equifinalidad: En un sistema circular y automodificador, los resultados no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema; en ese sentido, un mismo inicio puede tener distintos resultados.

Por otra parte, la teoría también nos habla del concepto de recursividad, que nos permite entender cómo un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. El concepto de orden jerárquico implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo.

Finalmente, otro término básico en el discurso sistémico que tiene su origen en el campo de la biología, es el término homeostasis, que originalmente fue introducido en la fisiología para explicar la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo.

* Los nombres de las familias y de cualquier situación que pudiera llevar a su identificación han sido cambiados con el fin de guardar la confidencialidad.

b) Teoría de la Cibernética.

Esta teoría fue formulada por Norbert Wiener en 1948, con la idea principal de que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Uno de sus principales conceptos es el de “retroalimentación”, el cual es definido por Wiener como un método para regular un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado (Keeney, 1983).

El ejemplo más común de retroalimentación es el sistema de calefacción que se regula a través de un termostato: cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o apaga, volviendo otra vez la temperatura al intervalo dentro del cual debe mantenerse. En el caso de la familia, esto puede verse por ejemplo en las peleas, las cuales por más que se intensifiquen, tienen un umbral máximo intolerable, el cual suele ser regulado o definido por otro miembro que detiene la pelea.

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. La totalidad de las relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos se conocen como estructuras.

Los sistemas biológicos y sociales tienen estructuras de control que les permiten adaptarse al medio manteniéndose sin cambio o modificando su estructura dependiendo de las alteraciones externas. Pero estos procesos cibernéticos nunca tienen un estado estático, estacionario, pues un cambio puede ser realizado para mantener cierta constancia, y la constancia puede ser mantenida a través del cambio (Eguiluz, 2001).

Wiener también propuso que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de la retroalimentación y que, en el caso de una organización social, se requiere una retroalimentación de orden superior para preservarla y cambiarla, ya que si no está presente, conducirá inevitablemente a la intensificación descontrolada y a la

cismogénesis (Keeney, 1983). En general, para la supervivencia y co-evolución de cualquier ecología de sistemas, los procesos de retroalimentación deben corporizarse en una jerarquía recursiva de circuitos de control.

Esto, para la terapia, implica que no sólo es necesario distinguir la retroalimentación que mantiene el problema del paciente, sino también la retroalimentación de orden superior, con el objetivo de activar el orden del proceso de retroalimentación que permita al sistema perturbado autocorregirse.

c) Teoría de la Comunicación Humana.

Si bien ya existía una propuesta teórica respecto al tema de la comunicación, varios investigadores se dieron a la tarea de conformar una nueva teoría centrada en el estudio de la interacción tal cual se da entre los seres humanos.

Gregory Bateson, es considerado como uno de los iniciadores de este movimiento, junto con el equipo del Mental Research Institute de Palo Alto, California: John Weakland, Jay Haley, Paul Watzlawick y Don Jackson, por mencionar algunos. Así, desde distintos ángulos, este equipo se interesó por el aspecto pragmático de la comunicación humana, esto es, los efectos de la comunicación sobre la conducta, y sus hallazgos están postulados en axiomas, los cuales se señalarán a continuación.

El primer axioma señala que “es imposible no comunicarse”, ya que toda conducta es comunicación y, en ese sentido siempre estamos teniendo algún comportamiento; estemos activos o inactivos, diciendo algunas palabras o permaneciendo en silencio, estamos mandando un mensaje que influye sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Terapeuta: Aunque tú no hablabas con tu expareja y pedías a los niños que lo hicieran, ¿qué estabas expresando?

Ana María: Pues que estaba enojada y de hecho él también se enojaba de que mandara a los niños.

Sin embargo, una comunicación no sólo transmite información, sino que también impone conductas. Así, el segundo axioma señala que “toda comunicación a nivel estructural tiene un aspecto de contenido (lenguaje digital) y un aspecto relacional (lenguaje analógico), siendo éste el que califica al primero y es, por lo tanto, una metacomunicación”.

Terapeuta: (a Liset y Roberto) ¿y cuando Carlos platica con ustedes ponen esa cara, que a mi me da la impresión como de aburrimiento?

Liset: (risas y volteando a ver a Roberto) No nos habíamos percatado, pero sí, en realidad sí nos aburre.

Ahora bien, para un observador común, la comunicación se da como una secuencia ininterrumpida de intercambio de mensajes, pero las personas que están participando en esa interacción, siempre introducen sus puntos de vista respecto al inicio y término de esa interacción y de esta situación se desprende el tercer axioma: “la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes”. En el caso de varias parejas que venían a terapia, las principales discusiones giraban alrededor de la idea de que sólo uno era el responsable de los conflictos; así, por ejemplo, la actitud hosca con la que un señor se dirigía a su esposa, la justificaba porque argumentaba que ella le tenía un gran resentimiento, al mismo tiempo que la esposa decía que estaba resentida por la actitud hosca de su esposo.

El cuarto axioma plantea que “los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente”. El nivel digital se refiere al empleo de palabras, habladas o escritas, para referirse a un objeto; mientras que el nivel analógico implica toda la comunicación preverbal y paraverbal, es decir, los gestos, la postura así como el volumen, el tono y las inflexiones de la voz. Aunque se esperaría que en toda comunicación estos niveles se correspondieran, no siempre ocurre así, pues el lenguaje analógico puede adoptar tan diversos significados que la “traducción” que se suele hacer de un nivel a otro, puede implicar grandes complicaciones; por ejemplo, una mano empuñada se puede interpretar como signo de victoria o de agresión.

Finalmente, respecto a la relación que se puede establecer entre dos individuos participantes del proceso de comunicación, el quinto axioma establece que: “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en

la igualdad o en la diferencia”. Este axioma se desprende principalmente del concepto de “cismogénesis” explicado por Bateson para describir un fenómeno de interacción que observó en la tribu Iatmul de Nueva Guinea, y que lo definió como “un proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos” (Watzlawick et al., 1991). La permanencia en uno sólo de estos tipos de intercambios comunicacionales, suele derivar en conflicto, como es el caso de las relaciones de pareja en donde la simetría los lleva a competir constantemente para ver quién tiene los mejores amigos, el mejor puesto, la mejor familia, etcétera; o bien, aquellas parejas en las que se tiene la idea de que uno tiene más derechos que el otro, resultando en comportamientos de sometimiento y opresión.

d) Fundamentos de las Terapias Postmodernas.

Todas las corrientes de pensamiento recién descritas tenían en común la idea de que el terapeuta podía acceder a una descripción del mundo, del sujeto y de su entorno sobre el que podía intervenir con el entrenamiento y las técnicas adecuadas. La familia era descrita con una “estructura” determinada, que era posible modificar por un terapeuta suficientemente experto en el uso de determinadas técnicas.

La reflexión sobre estas implicaciones no sólo en la terapia, sino en todos los ámbitos humanos ha llevado a múltiples cuestionamientos y propuestas que, sin dejar de reconocer los grandes avances tecnológicos y científicos de la época moderna, están conformando una nueva forma de pensar y una nueva “conciencia colectiva” que algunos teóricos han identificado con la postmodernidad, siendo ésta una época en donde existe una amplia y constante exposición a otros valores, opiniones y estilos de vida. Esto está teniendo el efecto de relativizar nuestras más arraigadas creencias y valores y de propiciar una situación que permanentemente nos está empujando hacia una nueva conciencia de nosotros mismos.

El pensamiento postmoderno se puso de manifiesto sobre todo en las ciencias sociales; como ejemplo están los trabajos de Von Foester en el campo de la Cibernética, o los de Gadamer en la filosofía hermenéutica, los de Geertz en la antropología, los de Hare-Mustin en el feminismo, Derrida y Lyotard en la crítica literaria y Gergen, en la psicología social.

Esta visión del mundo puso en cuestión muchas de las verdades establecidas, también en el campo de la psicoterapia (Fernández y Rodríguez, 2002).

Para Limón (2005), la tendencia identificada con la postmodernidad considera que estamos cada vez más inmersos en un mundo de múltiples perspectivas, de otras perspectivas acerca de la realidad y de “otras verdades” que, como la nuestra, también están impregnadas de valores y costumbres. Esta tendencia habla de esas “otras verdades” que implícita y explícitamente están cuestionando de manera permanente la supuesta obviedad y solidez de nuestras más arraigadas creencias y valores, lo cual ha empezado a poner en entredicho a la retórica exclusivista de la verdad y es, al mismo tiempo, cuando empezamos a ver la lucha por el poder y el predominio social en las distintas versiones o interpretaciones de la realidad.

El postmodernismo propone que hay límites a la capacidad de los seres humanos para medir y describir el universo de una manera precisa, absoluta y de aplicación universal. Se diferencia del modernismo en que la excepción les interesa más que las reglas, eligen mirar hacia los detalles específicos, contextualizados, con más frecuencia que a grandes generalizaciones y se fija en la diferencia más que en la similitud. Mientras que los pensadores modernistas están más preocupados con hechos y reglas, los postmodernistas se preocupan más del significado.

Esta forma de pensamiento logró el reconocimiento en la década de los 70's y, de acuerdo con Andersen (1997), 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. En suma, el postmodernismo se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido.

McNamee (1996) agrega una característica más: su énfasis en el lenguaje, es decir, en la interacción mutua para la construcción de los mundos personales. Este énfasis sobre el lenguaje constituye un cambio importante respecto de la preocupación modernista por

descubrir la esencia de lo que se examina, pues el proyecto postmodernista pretende analizar cómo el proceso de interacción brinda las oportunidades para que determinadas caracterizaciones surjan y desaparezcan.

Ahora bien, esta nueva forma de pensamiento ha sido impulsada por distintos enfoques como el Construccinismo Social y el Postestructuralismo, los cuales se explican a continuación.

Construccinismo Social.

Esta aproximación afirma que las palabras no reflejan el mundo o la realidad ya que ésta está conformada por convenciones culturales históricamente situadas y mediadas a través del lenguaje y que el significado de las palabras se deriva de su posición en las secuencias de la acción; que el lenguaje es metafórico por naturaleza propia, como lo afirma el deconstruccinismo de Jacques Derrida (Limón, 2005).

Durante varios años se confundían en la literatura los términos Constructivismo y Construccinismo Social, posiblemente porque en los dos casos se niega la existencia de una realidad fuera del ojo de quien la observa. Pero mientras que en el primero las metáforas provenían del campo de la biología cognitiva, en el Construccinismo Social se hacía hincapié en las interpretaciones sociales y en la influencia intersubjetiva del lenguaje, familia y cultura y mucho menos en el *modus operandi* del sistema nervioso.

El Construccinismo Social se ocupa de la persona en comunidad y le da más importancia al significado y a la interpretación, por lo que no se trata de ver los problemas de las personas como categorías universales o ahistóricas (presunción de la psicología identificada con la modernidad), sino como construcciones sociales características de un momento histórico y de una particular forma de pensar, tanto de los pacientes como de los terapeutas.

Postestructuralismo

Este pensamiento, el cual está asociado con el crítico literario Jacques Derrida y el historiador de la sociedad Michael Foucault, sostiene que el discurso está gobernado por

estructuras que mueven al lenguaje, no por la estructura interna de los objetos (Gergen, citado en: Andersen, 1997).

White (1997) expone que este enfoque nos permite alejarnos de una búsqueda de la “verdad” y participar de un tipo diferente de cuestiones: lo que somos hoy. Estas interrogantes nos llevan a una indagación de la forma en que las vidas se constituyen a través de los conocimientos y las prácticas de la cultura, de la forma en que los conocimientos y las prácticas de la cultura informan nuestros modos de vida y de pensamiento. Es por medio de la indagación postestructuralista que podemos apartarnos de la misión de descubrir algo acerca de la naturaleza “dada” y trabajar para desarrollar cierta comprensión de cómo es que somos producidos como sujetos. A través de la indagación postestructuralista podemos explorar las maneras en que identidad, subjetividad y relación son productos de los conocimientos y las prácticas culturales.

En relación con esto, Foucault (citado en White, 1993) sostiene que el discurso o conocimiento dominante se construye en el seno del poder, siendo éste constitutivo y determinante en la vida de las personas, en la medida en que dicta “verdades” normalizadoras que señalan cómo ha de llevarse la vida y las relaciones. Foucault considera que esta forma de poder subyuga, pues lleva a las personas a convertirse en “cuerpos dóciles” que participan en actividades que a su vez apoyan tanto la producción de conocimientos “globales” y “unitarios”, como también las técnicas por las que se ejerce el poder.

Por lo anterior, el postestructuralismo promueve el examen del lenguaje y sus efectos, ya que frecuentemente se utiliza un lenguaje derivado del estructuralismo el cual establece que tanto en lo social como en lo psicológico el ser humano está conformado por estructuras que están más allá de su control y voluntad (Payne, 2002).

4. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar

Para realizar el análisis mencionado se expondrán en primera instancia los principales antecedentes y postulados de cada enfoque, para después llevar a cabo el análisis considerando los siguientes ejes: semejanzas y diferencias respecto a antecedentes, concepción del paciente, papel del terapeuta, concepción del problema o síntoma, forma de trabajo y técnicas.

a) Modelo estructural.

Desarrollado por Salvador Minuchin en la segunda mitad del siglo veinte, este modelo señala que el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas u holones, los cuales pueden ser formados por generación, sexo, interés, función, etcétera, y están asociados a la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia.

Estos subsistemas son parte de una estructura, la cual se describe como el conjunto de demandas implícitas que definen la interacción entre los miembros de la familia, siendo su principales parámetros: a)límites: que señalan cómo y con quién interactuar y que pueden ser rígidos, claros o difusos; b)jerarquía: distribución del poder; c)alianzas: asociación entre dos o más miembros de la familia con fines de apoyo y crecimiento; d)coalición: asociación entre dos o más miembros en contra de otro u otros; e)geografía: espacio físico; y, f)territorio: espacio emocional que en el cual se evidencia la centralidad y la periferia.

En este modelo, se considera que cuando la familia acude a terapia es porque sus pautas habituales no les están siendo funcionales, por lo que en algunos casos será necesario remover el equilibrio u homeostasis en que se encuentran y provocar una crisis, mientras que en otros convendrá inducir este equilibrio, pero siempre con la finalidad de que el sistema se reorganice y responda de otra manera a las demandas de cambio que tiene desde lo interno y/o externo.

Durante todo este proceso, el papel del terapeuta es activo, ya que constantemente tiene que unirse a la familia en posición de liderazgo; evaluar y mostrar la estructura familiar; y crear condiciones que promuevan la transformación en la estructura, lo cual conducirá al cambio en la forma en que sus miembros se relacionan entre sí.

Para ello, hay tres caminos por los cuales se conducirá el trabajo del terapeuta: el cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura y el cuestionamiento de la realidad, contando para cada uno de ellos con un grupo de diferentes técnicas.

En el caso del síntoma, se considera que éste es la expresión de una disfunción y que puede ser un recurso para mantener la homeostasis del sistema, o bien, puede ser mantenido por el sistema, por lo que los demás miembros de la familia también son sintomáticos; con base en esto, el terapeuta debe cuestionar la definición que la familia hace del problema, así como también el tipo de respuesta que tienen ante el mismo, disponiendo de tres clases de técnicas: la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

Con una familia compuesta por la madre y tres hijos varones se cuestionó la definición de agresividad que se le adjudicaba a uno de los chicos.

Madre: ...Iván le pega mucho a su hermano menor y yo le digo que él por ser mayor debe poner el ejemplo, aunque sí, su hermano lo molesta y lo fastidia hasta que lo saca de sus casillas.

Terapeuta: Entonces Iván no agrede sólo porque se le ocurrió o para distraerse, sino que responde a otro tipo de agresiones que le hace en este caso su hermano, ¿es así?.

Con relación a la estructura, los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Por ello la terapia es en buena medida un proceso que verifica la proximidad y la distancia y, al ser el terapeuta un extraño, puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones. Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

En el momento en que llegó a terapia, la familia Gómez expuso su geografía habitual: Israel en medio de la pareja y la niña pequeña saltando de una silla a otra. Cuando el terapeuta empezó a provocar interacciones entre la pareja, indicó a los niños que se fueran al rincón de los juguetes, como una manera de delimitar fronteras entre los subsistemas parental y fraterno.

Por último, el modelo estructural parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia, es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

En el caso de una madre soltera que consideraba que al reprender a su hijo le podría provocar más sufrimientos, el terapeuta recurrió a la utilización de un símbolo universal para cuestionar esta creencia de la señora.

Terapeuta: Entiendo su interés por evitar el sufrimiento de su hijo, pero todo el mundo sabe que si los padres reprenden a sus hijos de forma firme y respetuosa, no les provocan ningún daño, al contrario, les ayudan a ser responsables e independientes.

Como puede verse, el modelo resulta de gran utilidad para abordar muchos de los problemas por los que llega la familia a terapia, disponiendo para ello de una gran variedad de técnicas; no obstante, las principales limitantes que se le han señalado al enfoque estructural es el considerar de alcance casi universal sus premisas y el afirmar que toda perturbación cedería al abordaje estructural (Umbarger, 1983). Desde la terapia feminista se le adjudica el contribuir a perpetuar ideas que promueven la desigualdad y la opresión en la familia al hacer énfasis en la jerarquía que debe tener el subsistema parental. Sin embargo, si se considera que la terapia estructural ofrece una serie de técnicas destinadas a reorganizar las partes de un sistema, para que haya un crecimiento y una diferenciación adaptativos de acuerdo con las demandas del ciclo de vida, del contexto social y, sobre todo, con los valores de la propia familia, no habría lugar para las arbitrariedades.

b) Terapia estratégica

La terapia estratégica no es una concepción o una teoría en particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los cuales el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas.

Milton Erickson es considerado como el padre de la terapia estratégica. Fue experto en la hipnosis y aportó la técnica principal de este modelo, fomentar la resistencia, aunque de su trabajo también se retoma el uso de formas paradójicas de acción y prescripción en terapia (Haley, 1989).

El modelo estratégico nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación dirigido por Bateson y Jackson y el estudio del trabajo clínico y la hipnosis llevados a cabo por Milton Erickson, estudiado por John Weakland y Jay Haley. Este último, junto con Cloe Madanés, son los principales representantes de este enfoque.

Precisamente, Madanés (1990) señala que una característica muy importante de este tipo de terapia, es que todos los síntomas son concebidos, en el contexto familiar de la persona, como dificultades para poder transitar de una etapa a otra en el ciclo de vida familiar, por lo que un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social y es considerado una metáfora del problema, a la vez que representa una solución insatisfactoria que el sujeto le da; por lo tanto, los objetivos terapéuticos son impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

Para ello, se consideran varias etapas en la terapia, habiendo definido previamente a cada problema como abarcando a no menos de dos personas y habitualmente tres, así que una vez que se ha discernido quiénes están involucrados en el problema presentado y de qué manera, el terapeuta decidirá cómo ha de intervenir para que el problema presentado ya no sea necesario. Generalmente se propicia un cambio en una situación o en un conjunto de relaciones que a su vez otro cambio en otra relación, y así sucesivamente hasta que toda la situación cambie.

En todo este proceso, el examen del poder resulta básico en las relaciones entre terapeuta y cliente y entre los integrantes de una familia; las diversas estrategias terapéuticas fueron creadas con el objeto de utilizar este poder para producir cambios (Haley, citado en: Madanes C. 1990). Este uso del poder, siempre toma en cuenta la organización familiar. El terapeuta se inserta en el interior del juego de poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional. Haley (1990) señala al respecto que los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente, por lo que considera que una de las estrategias es sustituir el sistema que presenta la familia

por otro diferente, anormal, antes de reorganizarla alrededor de una jerarquía más funcional.

La terapia estratégica es una intervención terapéutica breve orientada a la extinción de los síntomas y a la solución del problema, para lo cual el estilo terapéutico es marcadamente directivo.

El terapeuta estratégico cuenta con las siguientes técnicas para trabajar con los consultantes (Haley, 1989):

Directivas. Dentro y fuera de la sesión, las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica; su objetivo es modificar la manera en que las personas se relacionan entre sí y con el terapeuta. Las directivas pueden ser directas o paradójicas e involucrar a uno o a todos los miembros de la familia, y también se pueden usar directivas metafóricas. Con una pareja que pelea constantemente pero que siempre lo hace en la sala, una directiva directa puede ser decirles que sólo podrán pelear en el baño.

Ofrecimiento de una alternativa peor. Funciona con personas que no cooperan voluntariamente, ofreciendo algo que no le guste para que la persona elija alguna otra cosa, y a veces se emplea una amenaza o algún otro procedimiento que la induzca a cambiar para ahorrarse algo peor (se da una ilusión de alternativas). Con los niños es muy útil utilizar esta estrategia y decirles, por ejemplo: “*¿te bañas ahorita o cuando esté tu programa favorito?*”.

Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas. Cuando la persona resiste las directivas, es muy útil emplear analogías o metáforas para encarar el problema. Con una mujer que solía durar poco tiempo en los trabajos, argumentando que las condiciones de trabajo no eran las mejores, se le mencionó que daba la impresión de estar buscando una piedra azul y redonda y que a pesar de que sabía lo difícil que era encontrar una piedra con estas características, si encontraba una piedra azul y ovalada, se dedicaba a protestar porque no era redonda, en lugar de apreciar que era una piedra azul.

Aliento de la recaída. Si un paciente parece recuperarse con excesiva rapidez, es probable que tenga una recaída y se sienta desilusionado con la terapia. Para evitarlo se acepta la mejoría, pero se prescribe la recaída. La única manera en que el paciente puede resistir recaer, es no teniendo la recaída al seguir mejorando. En el caso de una pareja donde los conflictos se habían reducido notablemente, se les indicó que aunque habían mejorado su comunicación, era muy probable que volvieran a discutir, aunque en esa ocasión la discusión sería diferente. Cuando esto ocurrió, la pareja no se sorprendió y le fue fácil encontrar las diferencias entre la situación actual y la inicial.

El empleo del espacio y la posición. Se desplaza a los miembros de la familia de silla en silla o en las diferentes combinaciones que hay en el espacio del consultorio, guardando gran similitud con la técnica empleada por el modelo estructural.

Énfasis en lo positivo. A fin de alentar el cambio se redefine como positivo lo que la gente hace. No se minimizan las dificultades, pero siempre se trata de encontrar en ellas algún aspecto que se puede aprovechar para mejorar el funcionamiento de una persona o de una familia. Con un adolescente a quien la familia consideraba que a veces tenía ideas “disparatadas” sobre cómo realizar algunas actividades, se señaló que poseía un gran ingenio y creatividad para encontrar alternativas, aunque algunas de ellas no siempre resultaran funcionales.

Siembra de ideas. En diferentes momentos de la sesión se introducen o subrayan ideas, las cuales más adelante sirven para construir intervenciones. En una familia reconstituida en donde se describía a la hija del señor como hiperactiva, el terapeuta mencionó en diferentes momentos los problemas de adaptación que se podían presentar en diferentes ámbitos, hasta que planteó como interrogantes si esa niña estaría teniendo ese tipo de dificultad.

Ampliación de una desviación. Se trata de alcanzar una pequeña respuesta y luego se construye sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta. Se busca un cambio pequeño y después se amplía para obtener cambios. Con una familia que tenía límites difusos tanto en

lo interno como en lo externo, a partir de una discusión con la familia extensa se fue marcando la necesidad de límites claros, primero hacia lo externo y después a lo interno.

c) Terapia breve centrada en problemas

Los orígenes de este modelo se remontan a 1958 cuando Don Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California, con la participación en estos proyectos de John Weakland, Jay Haley, Paul Watzlawick y Richard Fish. También es innegable la influencia del trabajo de Milton Erickson, ya que los miembros del grupo constantemente lo consultaban para examinar aspectos de la hipnosis y la terapia y para solicitar supervisión de sus propios casos (Cade y Hudson, 1995). Así, el trabajo del MRI se centró en hallar conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica terapéutica.

En ese mismo sentido, Fish (1994) manifestó un marcado interés por la investigación de métodos que permitieran abreviar los tratamientos terapéuticos, hasta que en 1967 dió origen al Brief Therapy Center y bajo su dirección se comenzaron a investigar los fenómenos correspondientes al cambio humano. Así, concluyeron que cuando existe una situación indeseable en la vida cotidiana, se busca que haya un cambio mediante una aplicación sencilla y lógica de soluciones, lo cual en muchos casos es suficiente para obtener los resultados deseados; sin embargo, en otros momentos las soluciones utilizadas demuestran su ineficacia e inclusive empeoran las cosas; la pregunta es ¿por qué se insiste en una solución no productiva?

Este enfoque considera que la persistencia se da porque desde el comienzo de nuestra vida aprendemos soluciones culturalmente establecidas para los problemas que se hallan culturalmente definidos, por lo tanto estas soluciones a menudo funcionan pero en ocasiones no; sin embargo, como se han aprendido en gran medida de forma inconsciente o de manera implícita, resulta muy difícil ponerlas en tela de juicio.

De esta manera se entiende que lo que mantiene los problemas es la aplicación continua de esos intentos de solución, “erróneos”, que entonces se convierten en el problema en sí.

Ahora bien, el modelo de terapia breve del MRI se basa en la creencia de que los problemas son originados y mantenidos por el modo en que las personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida, entendiendo las dificultades como un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante un acto de sentido común, mientras que los problemas son situaciones al parecer insolubles.

Los problemas son una conducta presente indeseada, por lo cual no se extraen inferencias sobre disfunciones individuales o familiares subyacentes. Al síntoma no se le atribuye ningún propósito o función, ni se considera que sean necesarios o útiles conceptos tales como los de homeostasis, enfermedad mental o ventaja interpersonal de los síntomas.

Otra característica importante de la terapia breve centrada en problemas es que por lo general consiste en un número limitado de sesiones espaciadas en intervalos de una a seis semanas; la razón del espaciamiento es que el proceso decisivo del cambio suele producirse en los intervalos, y no en las sesiones mismas (Simon, Stierlin y Wynne, 1993). Asimismo, este tipo de terapia manifiesta un marcado interés por el cambio, el cual se puede lograr con mayor facilidad si su meta es razonablemente pequeña y está claramente enunciada (Weakland, citado en: Cade y Hudson, 1995).

Los terapeutas que siguen este enfoque son a menudo directivos, en cuanto que al cliente o a la familia se le dan ideas o incluso instrucciones sobre cómo comportarse en determinadas situaciones. A menudo, las directivas que se imparten deben llevarse a cabo entre sesiones. Por lo tanto, el terapeuta debe adquirir la habilidad de influir sobre las personas y llevar al máximo la probabilidad de que las directivas sean aceptadas o realizadas, para lo cual es muy importante que distinga entre un cliente y un paciente. El cliente es un individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta, en cambio, el paciente es aquél que el cliente define como persona desviada o perturbada, pudiendo tratarse de él mismo o de otra persona.

La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema, para lo cual se cuenta con dos grandes tipos de técnicas, las

intervenciones principales y las intervenciones generales (Fish, Weakland y Segal, 1994), las cuales serán explicadas a continuación.

Las intervenciones principales se utilizan después de haber recogido los datos necesarios para realizar la planificación del caso ajustándolo a las necesidades específicas del cliente y este tipo de intervenciones está en relación con cinco intentos básicos de solución que la gente ha utilizado para su problema:

Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. Este se presenta en relación con actividades mentales o corporales, cuyo rendimiento es variable. Cuando una persona define esas variaciones como problema, toma determinadas medidas para corregirlas y evitar su reaparición, iniciando así una secuencia en la que trata de imponerse un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo. Los problemas resultantes son de rendimiento sexual, tics, problemas de apetito, insomnio, obsesiones, compulsiones y otros, ante los cuales se puede conseguir la solución pidiéndole implícitamente a la persona que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseña explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya aquélla que se desea eliminar. Así, por ejemplo, en un caso de enuresis se le puede decir al niño y a los padres que con el fin de tener un diagnóstico más preciso de su situación, en las siguientes dos semanas deberá orinarse todas las noches y sin que haya alguna consecuencia negativa.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. En este caso, la persona se prepara para un evento temido, porque siente que no está en condiciones de dominarlo y aplaza el enfrentamiento con la situación; sin embargo, su aprensión provoca una profecía que se autocumple, surgiendo así problemas de ataques de terror o de ansiedad, fobias, timidez y otros problemas autorreferenciales, con los que funciona el uso de directrices y explicaciones que expongan a la persona a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto). En el caso de un joven de 28 años, que acudía por problemas de ansiedad, el cliente comentó que había terminado la carrera de administración pero que no podía concluir su tesis porque deseaba hacer algo muy creativo y no lograba que afloraran sus ideas, así que cada vez que iba a sentarse a escribir, se bloqueaba y no

conseguía avanzar. El terapeuta le dijo que efectivamente, el realizar un trabajo creativo implicaba mucha preparación y que él aún no la tenía, por lo tanto, para empezar a ejercitarse iba a ser necesario que de momento evitara pensar en la creatividad y se limitara a escribir un párrafo de su tesis todos los días, pero sin poner en él ningún elemento de creatividad, ya que estos los podría añadir posteriormente si es que los considerara necesarios.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Esta solución consiste en que una persona le pide a otra que se someta a sus exigencias y que la trate con el respeto o atención que piensa que se les debe, con lo que precisamente se produce la conducta que se desea eliminar. Los problemas así generados implican un conflicto en una relación interpersonal como las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, etcétera. La estrategia global consiste en que el cliente modifique su posición de autoridad por una de inferioridad. Los padres de un chico de 17 años llegaron al consultorio quejándose de que su hijo ya no tenían ningún respeto hacia ellos, pues además de que regresaba a casa hasta la madrugada o incluso no llegaba, estaba saliendo con una joven que, de acuerdo con los padres, no le convenía y con quien pasaba gran parte del día y la noche. Ellos le habían pedido a su hijo en infinidad de ocasiones que abandonara esa relación, generalmente señalándole lo que ellos consideran como defectos de la joven, pero como no lo hizo, le prohibieron que ella fuera a la casa e incluso que se comunicaran por teléfono. Estas medidas, además de no haber dado el resultado esperado, habían causado una gran tensión en la relación padres-hijo, por lo que el terapeuta utilizó la redefinición para que los padres abandonaran su posición de autoridad que habían llevado al extremo.

Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Este intento pretende conseguir espontaneidad mediante la premeditación, pues se piensa que pedir lo que uno desea es considerado como dictatorial o como una intromisión perniciosa para la integridad de otra persona, por lo que aquí también se presentan problemas en relaciones interpersonales, como problemas conyugales, dificultades en la crianza infantil y esquizofrenia. La estrategia global es lograr que la persona que solicita algo, lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de manera arbitraria. Una madre divorciada

tenía problemas con su hijo de 12 años, quien solía agredir físicamente a los niños con quienes jugaba, al punto en que en la escuela ya casi nadie quería jugar con él. La madre señaló que ella estaba en contra de la violencia y que le extrañaba que su hijo se comportara así, pues ella nunca lo había golpeado ni le había enseñado a hacerlo, ya que estaba muy interesada en que su hijo se desarrollara sanamente. También comentó que cuando le daban el reporte de que el niño había golpeado a otro, ella “tomaba cartas en el asunto” y le llamaba la atención por lo que había ocurrido, sin embargo, la conducta se seguía presentando. Cuando la madre detalló la manera en que le llamaba la atención, el terapeuta se percató de que constantemente usaba el “por favor, hijo, ya no pegues” o “haz lo posible por ya no pegar”, además de que trataba de evitar el tema por considerar que su hijo había sido ya bastante discriminado por esa conducta y le podría ocasionar más daños en su autoestima, por lo cual se decidió empujar a la madre para que hiciera un uso claro y abierto de su autoridad.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. En este caso, una persona (A), suele acusar a otra (B) de un comportamiento que ambos reprueban; pero como B responde con negación y autodefensa, provoca en A la confirmación de sus sospechas, por lo que son típicos los problemas de infidelidad, delincuencia y falta de honradez, siendo la estrategia global el que una de las partes abandone su papel repetitivo. Acudió una pareja en la que el esposo se había ido a trabajar por un año al extranjero y ahora que había regresado, su esposa solía reclamarle el que hubiera mantenido una relación extramarital en ese lapso (de acuerdo con el señor, esto no había ocurrido), por lo cual se enfrascaban en largas discusiones donde el esposo, por más argumentos que le daba, más confirmaba sus sospechas. Por eso, la terapeuta manejó la aceptación llevada al absurdo, indicándole al marido que en las próximas ocasiones que su esposa sacara a relucir el tema, él aceptara que así había ocurrido, diciendo que aunque la había engañado, no sólo con una, sino con varias mujeres, se daba cuenta que a ella era a quien quería y por eso había regresado.

Ahora bien, las intervenciones generales tienen un campo de aplicación más amplio y en algunas ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente:

No apresurarse. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razones que justifiquen el no ir de prisa, y es útil para las personas cuya solución ensayada consiste en esforzarse mucho, o a aquellas que presionan al terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa.

Los peligros de una mejoría. El terapeuta expone o busca con la persona algún inconveniente o desventaja inherentes a la solución del problema y se aplica cuando se observa cierta clase de resistencia en la persona.

Un cambio de dirección. El terapeuta debe variar de postura, de directriz o de estrategia, si el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que se le sugiere, o bien, cuando el cliente accede a hacer algo que más tarde se muestra como no productivo.

Cómo empeorar el problema. Se pide al cliente que exponga detalladamente cómo se podría empeorar la situación por la que está atravesando y funciona con pacientes que se han resistido a directivas anteriores o bien, con clientes ambiguos al inicio de la terapia o cerca del final para reforzar los progresos obtenidos.

A diferencia del modelo estructural, este tipo de terapia se concluye cuando se ha modificado la situación que al cliente o paciente le era desagradable, sin importar cómo se encuentra su relación familiar o la organización de la misma.

d) Terapia breve orientada a soluciones

El movimiento de este modelo está fuertemente influenciado por el trabajo de Milton Erickson sobre hipnosis y por la firme creencia de que los clientes poseen los recursos necesarios para resolver sus problemas; así como también por los estudios sobre el uso del lenguaje en psicoterapia realizados en el MRI y por Bandler y Grinder (Cade y O'Hanlon, 1995).

Entre los principales representantes de este enfoque se encuentran William O'Hanlon y Weiner-Davis; Steve De Shazer, Matthew Selekman e Insoo Kim Berg. El trabajo de

dichos autores, en general, comparte las siguientes premisas señaladas por Selekman (citado en Goldenberg y Goldenberg, 2000):

La resistencia no es un concepto útil. Esto implica creer que los clientes desean el cambio y que los terapeutas deberían acercarse a la familia desde una posición de cooperación más que tratando de ver como ayudarles a controlar su resistencia.

El cambio es inevitable. Los terapeutas enfatizan que sólo es cuestión de tiempo y del empleo del lenguaje para descubrir las posibles soluciones.

Sólo es necesario un pequeño cambio. Una vez que los clientes están preparados para valorar un cambio mínimo, con mucha probabilidad ellos esperarán y estarán atentos para más cambios.

Los clientes tienen los recursos necesarios para el cambio. La tarea del terapeuta es movilizar estos recursos en el menor tiempo posible, lo cual se hace posible a través de la conversación.

Los problemas son intentos infructuosos de resolver las dificultades. La mayor parte de los problemas se desarrollan y se mantienen en el contexto de la interacción humana. Las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción en el contexto de los vínculos situacionales peculiares.

No es necesario conocer mucho acerca del problema para resolverlo, lo fundamental es saber exactamente cuál será la señal de que el problema está resuelto.

No hay sólo una solución. La construcción de las soluciones toma en cuenta los principios de equifinalidad (distintos problemas pueden tener la misma solución) y equipotencialidad –un mismo problema puede tener diferentes soluciones-.

Además de estas conceptualizaciones, el enfoque de soluciones posee un conjunto de técnicas específicas para lograr sus objetivos en terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), las cuales se señalan a continuación:

Técnicas de proyección al futuro. Son útiles para ayudar a las personas a fijar objetivos y crean un contexto en el que el consultante puede responder a las metas terapéuticas como realidades ya logradas. Ejemplo de ellas son la pregunta del milagro y la bola de cristal.

Terapeuta: permítame hacerle un planteamiento...digamos absurdo, imagine que de pronto una noche, mientras usted duerme, ocurre un milagro y al día siguiente usted se despierta y su problema ha desaparecido, pero como usted estaba dormida, no se dio cuenta de que sucedió un milagro, entonces ¿en qué cosas se daría cuenta que el milagro ya ha ocurrido?

Sra: ¿Un milagro?, pues sí, yo creo que sólo un milagro haría que esto fuera diferente.

T: precisamente, qué será diferente cuando el milagro haya ocurrido

Sra: Pues para empezar, que Rodolfo ya no llegaría tan tarde

T: Rodolfo ya no llegará tarde, y en usted, qué será distinto

Sra: ah, pues que ya no estaría preocupada todo el tiempo, que estaría más tranquila, que me llevaría mejor con mis hijos y con él.

T: ¿Cómo será la relación con sus hijos?

Sra: Regularmente con ellos me desquito, pero así, si ocurriera un milagro, pues me pondría a darles de desayunar sin gritarles, ni andarlos acarreando... Yo creo que hasta me pondría a platicar con ellos de sus cosas

Excepciones. Esta técnica está basada en el hecho de que los clientes describen los problemas como constantes, por lo tanto, los momentos en los que el motivo de la queja está ausente son descartados como triviales o ni siquiera se perciben.

Sra: Mire, en realidad, yo veo que en mi marido ya no hay disposición para que las cosas cambien y de esto que le estoy diciendo hace mucho que no sucede. Terapeuta: Nuevamente tengo una duda, usted dice que su esposo ya no tiene disposición, ¿por qué cree que haya venido?

Sra: Bueno, la verdad, yo tampoco creí que viniera, cuando me dijo que sí aceptaba venir, pensé: este nada más me está dando el avión, y hasta creí que hoy me iba a dejar plantada, pero pues no fue así. En eso sí debo reconocer que no me lo esperaba y pues, no sé, yo creo que tal vez todavía le interesemos un poco o, bueno, a lo mejor como me vió muy seria que le planteé lo del divorcio, pues habrá dicho que mejor sí venía.

T: pero de cualquier forma, el hecho de que él haya asistido, para usted representa el interés que tiene por usted y sus hijos. ¿En ese sentido, quisiera que me dijera en qué otros momentos su esposo ha demostrado interés?

Una vez que se encontró una excepción, la conversación se dirigió a ampliarla, intercalando con la participación del señor para elicitación más excepciones.

Preguntas de escala. La escala se basa en el supuesto de un cambio en la dirección deseada, partiendo del hecho de que una escala supone movimiento en una dirección u otra, en lugar

de estancamiento; por esta razón cuando al cliente se le pide que se ubique en una escala, queda incorporada una expectativa de cambio al proceso e implica algún grado de control por parte del cliente para establecer esa dirección

Terapeuta: En ese sentido, vamos a ver, si tuviéramos una escala en donde cero significa que usted no tiene absolutamente nada de firmeza con su hija y diez significa que tiene toda la firmeza necesaria para hacerla obedecer las reglas, en este momento ¿usted dónde se ubicaría?

Sra: Uy, yo creo que muy bajo... tal vez tres sea un poco exagerado.

T: ¿Estará en tres o por debajo de éste?

Sra: No, yo creo que sí, en tres, aunque de todas formas es muy bajo.

T: Considera que tres es bajo, pero ¿cómo le ha hecho para no estar en dos, o en cero?

Intervención sobre patrones. Sólo es necesario alterar las respuestas automáticas que contienen o acompañan a experiencias o conductas indeseadas. Intervenir en un patrón es reemplazar alguno de sus elementos por otro que cae fuera de los límites acostumbrados, o remover, o sumar elementos. Para continuar el trabajo, se diseñó una tarea de intervención sobre patrones en relación con el llanto de la niña en la escuela, retomando las excepciones que se habían encontrado; en este caso, se le indicó que era necesario que llegaran a la escuela sólo cinco minutos antes –y no diez o quince como generalmente ocurría- y que durante el camino fuera conversando con la niña de cualquier otro tema menos de la advertencia de que tenía que quedarse en la escuela sin llorar. A la siguiente sesión, la señora comentó que la niña había llorado sólo tres días.

Intervenciones de fórmula. Con estas intervenciones es posible iniciar el desarrollo de soluciones, pues las prescripciones de soluciones fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro.

Terapeuta: Bien, ahora que me han comentado qué es lo que ocurre, quisiera comentarles que regularmente, de la ocasión en que solicitan la cita a la primera sesión, las familias reportan cambios importante en la situación, ¿qué ocurrió en el caso de ustedes?.

Sr: Pues ahora que lo dice, yo sí me he sentido como que más tranquilo, con menos ganas de pelear.

T: ¿Qué ocurrió para que usted se sintiera más tranquilo?

Sr: Mmm, por ejemplo, en estos días, después de que ella me propuso que viniéramos a terapia, yo llegaba y ella ya no estaba enojada, y pues, no sé, así como que ya no discutimos tanto.

T: Ella ya no estaba enojada, qué hacía entonces?

e) Escuela de Milán.

Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata fueron los psiquiatras con formación psicoanalítica que a fines de la década de 1960 y en la de 1970 decidieron intentar el tratamiento de familias con todos los miembros que las conformaban. Para este aprendizaje de la terapia familiar construyeron un contexto que incluía el trabajo en equipo y el estudio de los escritos teóricos de Haley, así como de Watzlawick, Jackson y Beavin. Después influyeron en ellos las ideas de Gregory Bateson y en 1975 publicaron su libro *Paradoja y Contraparadoja* (Keeney y Ross, 1993).

En él señalan que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se conforman por medio de ensayos y errores. Dichas reglas se refieren a las interacciones que se dan entre los miembros de la familia y que son consideradas comunicaciones de tipo verbal y no verbal.

De acuerdo con esta hipótesis, las familias a cuyos miembros se les diagnostica alguna “patología” se caracterizan por cierto tipo de relaciones y normas de ese tipo de patología, por lo cual sus estilos de comunicación -entendiéndolos como conductas-comunicación y conductas-respuesta- serán tales que permitirán mantener las reglas y las relaciones patológicas; por lo tanto, para tener alguna incidencia sobre los síntomas, será necesario intentar cambiar las reglas.

Selvini, Boscolo, Cecchin y Pratta (1988) describen la interacción de la familia esquizofrénica como un juego, en donde cada uno de los padres contendientes amenaza al otro moviendo una facción rival. Las presuntas rivales, por su parte, efectúan jugadas contrarias, ambiguas, lo cual constituye la principal característica de la interacción esquizofrénica: no pueden ser ni aliados ni adversarios, ni vencidos ni vencedores porque si no, el juego termina y la perpetuación del juego es necesaria para proteger la homeostasis del grupo.

Así, consideran que el doble vínculo es una modalidad comunicacional apta para transmitir y mantener un desafío sin alternativas y por lo tanto sin fin. Esto lo describen así: en el

nivel verbal se da una indicación que a continuación, en el segundo nivel casi siempre no verbal, es descalificada. Al mismo tiempo se agrega que está prohibido metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y está prohibido dejar el campo y, como sólo es posible redefinir la relación luego que tal relación se haya definido claramente, el interlocutor está obligado a mantenerse en guardia, tratando de lograr una tercera respuesta con las mismas características que las precedentes.

La paradoja extrema aplicada en la escalada oculta de la transacción esquizofrénica estriba en el siguiente mensaje: “sólo puedes ayudarme no siendo lo que eres”. Para terminar con esta paradoja se crearon dos contraparadojas; la primera consiste en aislar esa petición y darle una connotación positiva, como algo justo y legítimo; la segunda estriba en la prescripción, dirigida a los terapeutas, de acceder a dicho pedido. Al adoptar esta medida, es necesario mantenerse en posición de ventaja, señalando que la continuación y resultado de la terapia dependen, casi exclusivamente, del éxito que se logre al llevar a la práctica dicha autoprescripción.

Este trabajo tan interesante fue el primer momento en el desarrollo de la escuela de Milán, pues hubo una siguiente etapa caracterizada por el redescubrimiento de Bateson, principalmente les atraía la idea de la circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos. Así, impulsado por Boscolo y Cecchin, el modelo se estaba convirtiendo en algo muy distinto a su origen “estratégico”, siendo el principal motor del cambio el desarrollo del interrogatorio circular y tras continuas aplicaciones de éste, el grupo de Milán publicó el conocido artículo sobre hipótesis, circularidad y neutralidad, con el cual se marcaba un avance hacia una cosmovisión claramente más batesoniana (Boscolo, Cecchin y Hoffman, 1989).

Además de la contraparadoja, Carlson, Sperry y Lewis (1997) describen algunas técnicas más de la escuela de Milán, como son:

Interrogatorio circular. Este tipo de preguntas permite dirigir una investigación sistémica de los cambios y las diferencias en las relaciones familiares con el objetivo de reunir

información apropiada para la generación de hipótesis e intervenciones; para proporcionar a la familia una oportunidad de verse a sí misma sistémicamente y para poder dar lugar a un cambio espontáneo significativo. Así, por ejemplo, cuando una chica le explicaba al terapeuta la manera en que su mamá le llamaba la atención cuando llegaba tarde, el terapeuta después le preguntó por la opinión del padre respecto al tema.

Connotación positiva. Esta técnica consiste en señalar motivos benévolos para la conducta sintomática. Con una chica que después de llegar al quinto semestre de preparatoria, se negaba a seguir estudiando e incluso a salir sola de su casa, se redefinió su actitud como un sacrificio que ella estaba haciendo por la familia, al evitar que su mamá se preocupara por sus hermanos y los quehaceres de la casa, ya que tenía un horario de trabajo difícil que le impedía atender estas actividades.

Rituales. Se refieren a actos simbólicos prescritos que deben ejecutarse de un modo determinado y en cierto orden, pudiendo estar acompañados o no por fórmulas verbales; se destaca que el poder del ritual reside en el hecho de que está más cerca del código analógico que del digital. Con el padre de dos adolescentes que consideraba que tenía una excelente comunicación con sus hijas, pero que tenía dificultad para contactar con sus sentimientos, se le dijo que al parecer él había decidido “congelar su corazón” y que por ello, sus hijas iban a elegir algo que representara ese corazón y lo iban a meter al congelador, y cada vez que fueran a platicar con él, tendrían que sacar ese símbolo y repetir: “papá ha decidido congelar su corazón, por lo que puedo platicar con él pero será muy difícil que me entienda lo que yo estoy sintiendo”.

Durante el proceso, el terapeuta debe permanecer neutral, lo cual se consigue si el terapeuta no juzga y se alía alternativamente con todos los miembros de la familia, además de hacer preguntas tratando de dedicar el mismo tiempo con cada miembro. Asimismo, el terapeuta debe asumir que todo lo que hace o deja de hacer es significativo para el resultado terapéutico; sin embargo, el efecto real de cualquier intervención siempre es determinada por el paciente, no por el terapeuta.

f) Enfoque narrativo.

Sus principales representantes son Michael White y David Epston (1980), quienes señalan que es a través de las narraciones que se interpreta la realidad y entramos en las historias de las personas; es precisamente a través de las historias como se puede obtener el sentido de cambio, pues consideran que es en los relatos en donde se construyen los comienzos y finales al flujo de la experiencia para, desde ahí, poder determinar el significado que le damos.

El interés de estos autores está centrado, por tanto, en la idea de la co-generación de relatos alternativos que compitan con el “patológico” y lograr así una co-construcción diferente del problema. La terapia es, entonces, un proceso de narrar y volver a narrar, deconstruyendo el significado problemático y co-construyendo narraciones nuevas y liberadoras a través del lenguaje verbal o escrito.

En el ámbito de lo verbal, se trabaja principalmente con la externalización del problema, lo que implica darle al paciente la posibilidad de hablar del problema como de algo distinto y separado de sí, con lo cual se reducen significativamente las complicaciones relacionadas con la crítica, la censura y la culpa. En el proceso de externalización, White y Epston(1980) explican que es muy importante que el cliente “bautice” al problema y se aleje con esto de definiciones basadas en el conocimiento experto, para acceder a definiciones alternativas que sean más relevantes para su experiencia y que les permitan abordar de forma más adecuada sus preocupaciones inmediatas.

Una vez que se externaliza el problema y se le “bautiza”, se continúa con una primera línea de indagación sobre la influencia que el problema ha ejercido en la vida de las personas, para posteriormente hacer preguntas acerca de la influencia que el paciente y su familia ejercen sobre el problema.

Cabe aclarar que el proceso de externalización del problema es progresivo; es un proceso continuo de co-construcción de una “nueva realidad”, donde se realiza una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, las actitudes y los estilos

de vida problemáticos y se los distingue de la identificación dominante del paciente (White, 1993).

El énfasis de este enfoque está en la narración, la cual se define como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. Entramos en las historias; otros nos hacen entrar en ciertas historias; y vivimos nuestra vida a través de esas historias. Así, las historias permiten a las personas vincular aspectos de su experiencia a través de la dimensión temporal y es a través de ellas que se obtiene el sentido de cambio de nuestra vida.

Pero la narración en este enfoque no se circunscribe al lenguaje oral, sino que hace uso también del lenguaje escrito a través de documentos como certificados, diplomas y declaraciones, los cuales implican una práctica que tiene la capacidad de redescibir y especificar a las personas de una forma tal que destaca sus conocimientos especiales y su competencia, así como su lugar en la comunidad.

Las prácticas asociadas con estos documentos alternativos contrastan con las asociadas a los expedientes, por ejemplo, pues mientras estos sólo pueden ser leídos por profesionales y en general conlleva a algún tipo de exclusión, las noticias simbolizadas por un premio o un certificado llegan a toda la comunidad e implican para la persona reconocimiento y posibilidades de inclusión (White y Epston, 1980). Por lo anterior, es común que en este tipo de terapia -en cualquier parte del proceso- se utilicen este tipo de documentos u otros, como las cartas, para “autenticar” y promover nuevas narraciones, con lo cual además se hace participar a un mayor número de personas en los cambios.

White (1993) señala que desde este enfoque, el terapeuta debe “trabajar detrás de los clientes” sin indicar cómo deberían ser las cosas en sus vidas, sino más bien solicitarle al cliente, en diversas formas, que lo ponga al tanto de los acontecimientos en su vida, para lo cual se requieren preguntas que hagan distinciones que generen en las personas un sentimiento de habilitación y validación personal, en lugar de ser invalidantes.

g) Enfoque reflexivo.

Tom Andersen es el creador del “equipo reflexivo” producto de una interacción de múltiples factores. El autor explica que es el “sistema de entrevista” el que conversa con las personas consultantes, siempre bajo la premisa de que las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, de definiciones y significados diferentes, mismos que podrían dar nueva luz a interpretaciones anteriores o incluso llevar a que emerjan otras (Limón, 2005).

Por su parte, el equipo reflexivo busca ofrecer a los consultantes la posibilidad de que se hagan nuevas preguntas y también, de que establezcan nuevas distinciones dentro de su discurso y sistema de significados. Para ello, los miembros del “equipo reflexivo”, generalmente ubicados detrás del espejo unidireccional, deben observar en silencio la conversación terapéutica o hablar entre ellos, mecanismo que consideran podría generar más ideas diferentes. Posteriormente, cuando son requeridos por el “sistema de entrevista”, éstos entran al consultorio y realizan sus “reflexiones” mirando a la cara de los otros miembros del equipo reflexivo, dejando a los pacientes en libertad de escuchar o no hacerlo.

Andersen (1998) agrega que para el trabajo del equipo reflexivo sigue algunas normas, como el que las reflexiones del equipo se basen en algo expresado durante la conversación; que las opiniones del equipo eviten transmitir juicios o consejos; y que cuando el equipo reflexione sus miembros se miren entre sí, y que no miren a los que escuchan, lo cual permite a los oyentes estar en libertad de no escuchar.

Las conversaciones abiertas que conforman el proceso de reflexión, han logrado que profesionales y clientes entablen relaciones más igualitarias, y dentro de las relaciones de este tipo, es natural que se haya centrado en la conversación, lo cual ha hecho evidente además que para el terapeuta las preguntas son mejores instrumentos de trabajo que las interpretaciones y las opiniones, pues el oyente no es sólo el receptor de una historia, sino que, al estar presente, constituye un estímulo para el acto de narrar esa historia, y ese acto es el acto de constituir el propio yo.

h) Enfoque colaborativo.

Representado por Harold Goolishian y Harlene Anderson quienes, de acuerdo con McNamee (1991), abandonaron la analogía de la cibernética para tomar el estandarte de la hermenéutica, reemplazando además la curva de retroalimentación de los sistemas cibernéticos por la curva intersubjetiva del diálogo. Esto favoreció el desplazamiento de la metáfora central de la terapia hacia la conversación.

Estos autores promovieron la idea de los seres humanos como generadores de significado, enfatizando que los significados sólo existen dentro del discurso, el lenguaje y la conversación y que la gente solamente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas, construidas socialmente, que le dan sentido y organización a su experiencia. En esa medida, afirman que una mente individual es un compuesto social y, por lo tanto, el propio ser es un compuesto social, relacional, de tal manera que la realidad y el sentido que nos atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida, son fenómenos interaccionales creados y vivenciados en una conversación y acción con otros y con nosotros.

La búsqueda de comprensión y la generación de sentidos por medio de la indagación compartida –el continuo intercambio y discusión de ideas, observaciones, emociones, etcétera- son la esencia del proceso dialógico, y del enfoque colaborativo. La indagación compartida se compone de varios aspectos (Anderson, 1997):

El espacio dialógico, en el que el pensamiento de cada uno hace lugar a la consideración de ideas, creencias y opiniones múltiples.

Exploración y desarrollo mutuos: para avanzar desde lo familiar o conocido, hacia el desarrollo de nuevas significaciones, realidades y narrativas.

Comprensión desde dentro de la conversación: lo que implica que el conocimiento o comprensión estará siempre circunscrito al contexto de la conversación, y sólo se podrá aplicar a ese contexto.

Diálogo interno: dar sentido a los pensamientos y expresarlo en voz alta es un proceso dialógico de interrelación de los diversos elementos y de acuerdo con Vigotsky (citado en

Anderson, 1997) en ese proceso la relación entre pensamiento y palabra evoluciona, cumple una función.

Expansión y expresión de lo no-dicho: Al pretender saber cuál es el significado de una historia, excluimos y bloqueamos el acceso a lo no-dicho y a lo todavía no-dicho, lo cual alude a los pensamientos y conversaciones internas de la persona. En el proceso de formar, decir y expandir lo no-dicho y lo todavía no-dicho pueden emerger nuevas descripciones de sí.

El lenguaje, por lo tanto, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo y opera como una forma de participación social; en ese lenguaje está inserto el conocimiento, el cual deviene relacional dado que se genera en nuestras prácticas cotidianas.

De ahí que ellos consideren al sistema terapéutico como un sistema lingüístico para generar significados alternativos, un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia”.

Esta postura es explicada por Anderson (1997), quien menciona que el saber reduce la posibilidad de ver y de oír lo inesperado, lo no-dicho y lo todavía no-dicho. En cambio, la ignorancia o el no-saber es una postura interpretativa que se apoya en el análisis continuo de la experiencia tal como ocurre en un contexto y tal como es narrada por el cliente, pero aclara que la interpretación es siempre un diálogo entre terapeuta y cliente y no depende de conceptos teóricos preestablecidos.

En esa medida, promueve que el terapeuta sea capaz de tener y compartir sus opiniones, ideas y sentimientos, así como también deberá arriesgarse a ser cuestionado por la familia y por él mismo. El terapeuta sólo deberá ser experto en crear un espacio para el diálogo y en facilitar el proceso dialógico que aliente la búsqueda igualitaria y mutua de la comprensión.

Teniendo ahora esta descripción de los modelos continuaremos con el análisis inicialmente señalado de las semejanzas y diferencias entre ellos, partiendo de que aún cuando están

agrupados en dos grandes rubros, enfoques modernos y posmodernos, una característica común a todos es la influencia del trabajo desarrollado por Gregory Bateson, aunque cada uno le ha dado diferentes derivaciones. Ahora bien, centrando el análisis por separado de los modelos modernos, se puede observar en todos la directividad del terapeuta en relación con la cibernética de primer orden; no obstante, algunos modelos, como la escuela de Milán, dieron el salto hacia un trabajo derivado de la cibernética de segundo orden, con lo que al conceptualizar el sistema terapéutico como un gran haz que contiene al observador y a lo observado, resulta difícil continuar asumiendo la directividad como tal (Boscolo, Cecchin y Hoffman, 1989). Asimismo, otra característica de los modelos modernos es el que cuentan con un grupo de técnicas definidas como tales que, si bien advierten no deben ser usadas como receta, fueron diseñadas con objetivos muy particulares.

Es quizá entonces en la concepción del paciente y del problema o síntoma, así como en la forma de trabajo, donde se pueden encontrar divergencias entre los modelos modernos. Así, en el modelo estructural, si bien se habla del paciente identificado y de la relación entre el síntoma y el sistema, se considera que toda la familia está teniendo una estructura disfuncional, pues sus pautas de interacción habituales no le están siendo útiles, concepción parecida a la que postula la escuela de Milán, donde si bien hablan de la familia como un sistema autocorrectivo y con recursos, se considera necesario que el terapeuta encuentre el punto que contiene las funciones esenciales para lograr el máximo cambio con el mínimo gasto de energía (Selvini et al., 1988). La interacción familiar y la etapa del ciclo vital que atraviesan, también es importante para la terapia estratégica, sólo que, a diferencia del modelo estructural, la reorganización de la familia no es el fin en sí mismo, sino más bien las pautas de interacción que están interviniendo en el problema.

En el caso del modelo de terapia breve centrada en problemas, en cambio, no consideran la interacción familiar y más bien hacen una distinción importante entre paciente y cliente, donde el trabajo se debe centrar en este último. Esta concepción es compartida por el modelo de terapia breve orientada a soluciones, con la diferencia de que en ésta se cree que el paciente tiene los recursos necesarios para resolver su problemática y que sólo es necesario que el terapeuta promueva su uso a través de la conversación.

Respecto a la conceptualización del problema o síntoma la principal diferencia estriba en la focalización que se hace a la dinámica familiar, pues en el modelo estructural se considera que éste es la expresión de una disfunción en la estructura familiar y que puede ser un recurso para mantener la homeostasis del sistema, o bien, puede ser mantenido por el sistema, postura similar a la de la escuela de Milán, donde se parte de la idea de que el síntoma tiene una función protectora para el sistema, por lo cual es necesario indagar con detalle las pautas transaccionales, los mitos y mandatos familiares. La terapia estratégica también comparte algunas de estas ideas, pues visualiza los problemas dentro de un determinado contexto donde las jerarquías están siendo disfuncionales y, aunque el modelo de terapia breve orientada a soluciones afirma que los problemas se desarrollan y se mantienen en un contexto relacional, considera que no es necesario indagar mucho acerca del mismo, sino únicamente modificar las pautas de interacción en donde toma lugar. Finalmente, el modelo de terapia breve centrada en problemas plantea que éstos son una conducta presente indeseada, por lo cual no se extraen inferencias sobre disfunciones individuales o familiares subyacentes.

En relación con la forma de trabajo, es el número de participantes y el número de sesiones en los que se concentran las divergencias más importantes. Así, el modelo estructural no plantea ni siquiera un promedio de sesiones y para su trabajo solicita la presencia del mayor número de miembros, retomándolos en la dinámica aún cuando no estén presentes, estrategia parecida a de la escuela de Milán, donde la focalización sobre el síntoma en relación con el sistema se hace de tal forma que se observan ciertos elementos derivados de un modelo médico, pues por ejemplo aún se habla de síntoma, patología y sus intervenciones tienen toda una estructura prácticamente inamovible. Por su parte, los modelos de terapia breve y estratégica, hablan más bien de problemas y desechan de inmediato las etiquetas, además de que pueden trabajar sólo con una parte de la familia o incluso sólo con una persona, dependiendo del motivo de consulta. Entre estos tres modelos la diferencia sería en el número de sesiones, pues tanto la terapia estratégica como la terapia breve centrada en problemas postulan un promedio de sesiones, mientras que la terapia breve orientada a soluciones no lo hace.

Ahora bien, entre los modelos posmodernos también se pueden señalar más semejanzas que diferencias, encontrando que tanto las concepciones del consultante y del problema, como el papel del terapeuta, son muy similares en cuanto a plantear que toda relación terapéutica debe ser horizontal y que, en todo caso, el experto es el cliente y el terapeuta debe dejar a un lado las preconcepciones que tenga alrededor del problema, el cual es concebido no como una característica inherente a la persona, sino como una construcción social característica de un momento histórico y de una determinada forma de pensar.

La principal diferencia entre estos modelos estaría en la forma de trabajo, diferencia que parece ser más de forma que de fondo; es decir, sus conceptualizaciones son muy similares y aunque no hablan de técnicas como tales, tienen ciertos estilos de trabajo que los caracterizan y que son precisamente distintos. Así, mientras que los enfoques narrativo y colaborativo se centran principalmente en el terapeuta y en el cliente, pudiendo ser este último una sola persona o toda una familia, el enfoque reflexivo agrega otro elemento: el equipo, pudiendo estar éste detrás de un espejo unidireccional o en la misma sala donde conversan terapeuta y cliente; no obstante, la idea de escuchar más voces sobre la situación que se está planteando, conlleva el mismo objetivo de los otros modelos: la co-creación de nuevos significados más liberadores para el cliente.

**DESARROLLO Y APLICACIÓN
DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

5. Habilidades clínicas terapéuticas

Uno de los objetivos centrales de la residencia es la formación de psicólogos clínicos especializados en la terapia familiar sistémica y postmoderna, para lo cual junto con la adquisición de las herramientas teórico-conceptuales, se cubrió una práctica clínica supervisada desde el primer semestre en un promedio de diez horas por semana.

Durante este proceso, se fueron desarrollando o reforzando habilidades específicas en relación con la labor terapéutica, iniciando con la capacidad de observación del proceso terapéutico en el primer semestre y, a partir del segundo, cuando ya se tenía la práctica directa como terapeuta con equipos de observación, se requería que el alumno aprendiera a establecer un contacto terapéutico desde la entrevista telefónica, que lograra generar una relación de colaboración con las familias y que de manera conjunta definieran el motivo de consulta y los objetivos terapéuticos. Asimismo, era importante que supiera aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para la evaluación y tratamiento de la problemática presentada, considerando siempre los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvolvían.

Al mismo tiempo que la familia estaba en tratamiento, el terapeuta debía ir planeando y reportando por escrito el trabajo con la familia y así conformaba su expediente, el cual si bien se elaboraba a partir de un formato establecido, también exigía cierta capacidad de análisis y síntesis. Junto con la integración de expedientes era necesario hacer un análisis teórico-metodológico de la intervención realizada en cada caso, considerando para ello el modelo teórico utilizado, el objetivo de la terapia, y las expectativas de la familia al acudir al servicio. Por último, se realizaba un análisis del sistema terapéutico total, donde se retomaba el papel y la relación entre cada uno de sus componentes: familia, terapeuta y equipo de supervisión.

En este apartado se expondrá en primer lugar una relación detallada de las familias con quienes tuvo la práctica clínica (Tabla 1), para posteriormente presentar cuatro de ellas de manera más amplia, elección que se basó en un factor común a esas cuatro: el paciente

identificado era un niño o adolescente con algún problema de comportamiento en la escuela, temática que también será desarrollada dentro de este segmento.

Tabla 1. Relación de familias atendidas durante la Residencia de Terapia Familia Sistémica

Escenario Clínico	Familia*	Personas beneficiadas	Motivo de Consulta	No. de Sesiones	Situación
FESI	Rodríguez Pérez	2	La joven de 21 años desea establecer límites en su relación de noviazgo	6	Alta
FESI	Hernández González	8	El niño de 12 años se comporta de manera agresiva y tiene problemas en su desempeño escolar	9	Alta
CCH	Gutiérrez Mendoza	3	La joven de 18 años desea sentirse apoyada por sus padres	4	Baja
ISSSTE	Guzmán Herrera	5	La señora de 33 años tiene problemas con su hijastra de 8 años	3	Baja
FESI	Archundia López	4	El niño de 8 años tiene bajo rendimiento escolar y tanto él como su hermano gemelo presentan enuresis	12	Alta
FESI	Estrada Guzmán	4	El chico de 13 años es inquieto, distraído y demandante	10	Alta

* Los nombres de las familias y cualquier situación que pudiera llevar a su identificación han sido modificados con la finalidad de guardar la confidencialidad.

a) Tema: Los hijos como pacientes identificados*

Una parte considerable de la población que se atiende en la entidad y una de las sedes de la Residencia de Terapia Familiar Sistémica, son familias con hijos que presentan alguna dificultad en su comportamiento escolar, por lo cual me parece importante hacer algunas reflexiones en torno a lo que ocurre en la dinámica familiar antes y durante la entrada al sistema terapéutico, así como también analizar el abordaje que se suele hacer cuando las familias presentan estas dificultades.

Al hacer este análisis, es importante considerar como preámbulo que América Latina es la región donde se presentan los niveles más elevados de fracaso escolar, edad sobrepasada y repetición de grados, pues a pesar de que la educación básica se ha universalizado la mayor parte de los estudiantes sólo aprueba la mitad de estos años escolares y su nivel de aprendizaje es muy bajo. De acuerdo con López (2005), las cifras del fracaso escolar actuales se refieren a la alta tasa de suspensos, repeticiones y abandonos, resultantes de la gran influencia de la sociedad en el rendimiento escolar: pues es ella la que define y delimita lo que es el éxito y el fracaso; la que impone una serie de rasgos que influyen negativamente en el rendimiento escolar, como son: competitividad y meritocracia; tendencia a la valoración cuantitativa; hedonismo e inmediatez, que conllevan una desvalorización del esfuerzo personal; y un clima de malestar social que ocasiona inestabilidad y ésta no es adecuada para el trabajo intelectual.

En este contexto, sin embargo, no pueden dejar de señalarse las condiciones que a un nivel micro pueden estar relacionadas con las dificultades en la cuestión escolar y con su prevención.

Cuando uno de los hijos presenta algún cambio en su conducta que interfiera con su proceso de adaptación, en este caso, escolar, los padres pueden cuestionarse sobre lo que está ocurriendo e intentar hacer alguna modificación en la interacción con el chico; sin embargo, estas familias regularmente no son las que llegan a terapia. Por el contrario, los posibles candidatos a este servicio, suelen transitar por un camino que va desde un

* Este tema se presentará en el examen de competencias y habilidades profesionales.

momento en que el niño manifiesta alguna modificación en su comportamiento habitual, hasta una situación en donde el niño ya reprobó o se hizo expulsar para ser visto.

Es interesante observar que varias de las dificultades de comportamiento, definidas en otras áreas como trastornos, suelen identificarse cuando el niño ingresa a la escuela, quizás porque es en esta institución donde las demandas de cumplimiento de reglas se vuelven más claras y persistentes, contrastando en buena medida con lo permitido en casa. Haley (1990) señala que cuando el problema se manifiesta en la escuela y los profesores se quejan de que el niño no obedece y no es un buen alumno, existen tres posibilidades: 1) que el problema radique en la escuela; 2) que exista un conflicto entre los padres y la escuela, encontrándose el niño entre dos fuegos y respondiendo a esta situación con un mal comportamiento; 3) que el mal comportamiento en la escuela se presente como reacción a un problema familiar. Esta división de las posibles fuentes de la dificultad escolar, no obstante, es una manera esquemática de abordar el tema, pues en la mayoría de los casos es probable que estas circunstancias estén entrelazadas.

Cuando el problema se origina en la escuela es importante considerar todos los factores que pudieran estar incidiendo, tales como estructura, dinámica, normatividad, recursos humanos y materiales, planes de estudio y otros, pues por ejemplo, la masificación y generalización de la enseñanza impiden que se atienda a las necesidades individuales de aprendizaje; una deficiente formación del profesorado en la cual se puede tener una visión reduccionista del proceso de enseñanza-aprendizaje; una actitud de sobreexigencia relacionada con el objetivo de formar alumnos de alto rendimiento, el cual pretende alcanzarse aún a costa del exceso de estrés y desgaste emocional que puede implicar para los niños, aunque en esta última situación debe considerarse que la familia también está implicada al haber seleccionado una escuela con esas características.

Respecto a la segunda posibilidad, Champion (1985) comenta que aún cuando los padres y los maestros deberían tener, hasta cierto punto, las mismas expectativas respecto al niño, existen áreas de desacuerdo potencial sobre temas como el modelo de enseñanza utilizado, los criterios empleados para definir un mal comportamiento o un bajo rendimiento y otros. Aunado a ello, puede ocurrir que los padres no consideren las presiones asociadas al

mantenimiento de la disciplina escolar, ni las dificultades a que se enfrenta el maestro de una clase donde tiene que atender a treinta o más niños; a su vez, los maestros pueden soslayar la situación familiar y se da por ambas partes la tendencia a conducirse como si determinadas cosas “deberían ser así”. Cuando se discuten estas diferencias a través del niño, éste puede sentirse confundido al tener que adaptarse en la escuela, por ejemplo, a unas reglas que sus padres desprecian del modo más abierto, por lo cual es importante discernir cuáles son los puntos específicos de divergencia y, sin afirmar que no se haga en los otros casos, el foco de la terapia deberá dirigirse sobre todo a la relación padres-maestros. El objetivo básico de la intervención familia- escuela es asistir a ambos sistemas a ensamblarse en una actitud colaborativa de resolución de los problemas mutuos, comunes, actitud que implica cambiar la manera de pensar, entender, o definir el problema, examinar las creencias que sostienen esa conducta y reflexionar sobre lo que se ha venido haciendo respecto del mismo.

La tercera posibilidad que plantea Haley, cuando el problema escolar tiene como contexto la dinámica familiar fue, desde mi experiencia, la situación más común en los casos que se atendieron. La escuela era la fuente de referencia de estas familias, señalando como problemático el comportamiento de los alumnos; bajo algunas circunstancias, esta primera llamada de atención podría bastar para que la familia tomara cartas en el asunto, pero en muchas ocasiones era necesario condicionar la permanencia del chico en la escuela para que los padres decidieran recurrir a un apoyo profesional, lo que explica que los padres se presentaran a la terapia con una mezcla de sentimientos como enojo, culpa, presión, siendo necesario entender y aceptar su reacción para lograr una mayor aceptación de la terapia.

Para ese momento, si la familia ya se había percatado del “mal comportamiento” o incluso si no lo había hecho, respaldada en la voz institucional empieza a identificar al chico como un niño problema, hiperactivo, con déficit de atención, problemas de aprendizaje u otras etiquetas, las cuales generalmente, además de estigmatizar al niño, conllevan el reforzamiento precisamente de aquella conducta que se pretende cambiar, provocando a su vez que la familia se rigidice y mantenga sus pautas habituales de interacción.

La presión que hace la escuela para que asistan con un psicólogo, los lleva a considerar inicialmente la solicitud de un psicodiagnóstico o, en el mejor de los casos, una terapia individual, pero al hacer la cita y enterarse que el servicio que se proporciona es con un enfoque de terapia familiar puede precisamente conllevar a que se empeñen más en señalar al chico como el único problema.

Si la familia acepta tomar la terapia desde el enfoque sistémico, será fundamental la forma en que el terapeuta aborda el síntoma presentado haciendo la conexión con la dinámica familiar, pues de esto depende en mucho la permanencia de la familia, aunque hay que considerar que por el hecho de ser referidas por la escuela, suelen tener poca adherencia terapéutica, lo que puede resultar en que asistan a una o dos sesiones para obtener el comprobante de que están en tratamiento y desertar. Asimismo, es muy importante conocer y, en su caso, desmitificar cuanto antes, la imagen de la terapia que tiene cada uno de los miembros de la familia y principalmente el niño presentado como problema, pues suele ocurrir que se les hable del servicio como un castigo y/o como un mal necesario para “su trastorno”.

Otra posibilidad es que quienes continúen asistiendo se empeñan en demostrar que quien está mal es el chico y que ellos tienen poco o nada que ver con lo que está ocurriendo, siendo natural que cualquier intento del terapeuta por involucrar a todos los miembros, sea cuestionado o descalificado por la familia, presentándose situaciones en donde si el niño/joven no puede asistir –por ejemplo, por estar en exámenes-, la familia no asiste a la sesión porque no conectan ninguna relación terapéutica sin él. Por ejemplo, en uno de los casos presentados, la familia no se sentía partícipe ni de los cambios positivos pues, por ejemplo, adjudicaban a un proceso de regularización los avances en el rendimiento escolar del niño.

También hay casos en los que alguno de los progenitores u otro miembro de la familia tiene la comprensión de cómo las dificultades en los diferentes subsistemas pueden estar relacionadas con el mal comportamiento del chico. De hecho, el adulto que visualiza esa interrelación, o al menos una parte de ella, suele ser quien junto con la escuela –incluso

antes que ella- haya advertido el problema desde su inicio y, al mismo tiempo, es muy probable que sea una de las personas a favor del cambio; sin embargo, en el proceso terapéutico esto se puede convertir en un obstáculo, sobre todo en aquellos casos en que además de triangular al niño se pretende triangular al terapeuta, quien inadvertidamente pudiera coligarse con el miembro de la familia que está de acuerdo con la hipótesis sistémica. Esta situación se presentó en el caso de la familia donde se trabajó exclusivamente con los padres, quienes se encontraban separados y continuamente manifestaban diferencias en sus puntos de vista; de hecho, la señora era quien parecía estar más a favor del cambio y veía el comportamiento de sus hijos como una consecuencia de los desacuerdos en el subsistema parental, por lo cual en ocasiones, inadvertidamente, se le daba más tiempo para su participación.

Además de estas posibles reacciones por parte de la familia, la actitud del niño/joven identificado como problema, es un elemento que también ha de tenerse en cuenta para una mejor evolución de la terapia. Generalmente, esa actitud está relacionada en gran medida, con el papel que el comportamiento sintomático le asigna así como también con la reacción de la familia, la escuela, el grupo de pares y otros sistemas; así, el niño que se ha visto impulsado a ser “el malo” de la familia, posiblemente también represente este papel no sólo en la escuela, sino también en la terapia, mostrándose retador y poco cooperador; por su parte, a aquél que ha asumido el papel de incompetente hasta cierto punto se le libera de asumir mayores responsabilidades, por lo que es muy posible que en el proceso terapéutico se limite a comportarse en la forma en que la familia lo describa: distraído, juguetón, apático, etcétera. Sin embargo, en ningún caso debe dejar de considerarse que ésto no es cómodo para él; por el contrario, le implica renunciar a muchos comportamientos y actividades que podrían ser naturales y esperados en cualquier otro caso, como tener un grupo de pares que le aprecien, disfrutar de aquellas actividades que le son negadas por castigo y, sobre todo, obtener el reconocimiento positivo de padres, maestros e incluso de él mismo.

Algo que es común en esta dinámica son las emociones y sentimientos que desencadena el síntoma en el niño. Así, es común que ellos se sientan avergonzados, tristes y/o culpables

porque sus padres y familiares se ven obligados a soportar toda la carga que supone dar una solución al problema. Al respecto, Freeman, Epston y Lobovits (2001) afirman que cuando los problemas implican algo negativo sobre la identidad del niño a la que se describe como inadecuada, inútil, mala o voluntariamente negligente, el sufrimiento es para éste una consecuencia natural, con la consiguiente repercusión en su autoconcepto. Con el fin de minimizar estas reacciones el terapeuta deberá evitar utilizar etiquetas para nombrar el motivo de consulta; invitar a la familia a hacer descripciones del niño/joven en las que el problema no esté presente, cuidando de validar la preocupación por la situación que les hizo ser referidos; y propiciar que el chico hable de su sentir ante lo que está ocurriendo.

Además de estos elementos, al planear la intervención el terapeuta deberá tener claro cuál es la función que tiene el síntoma. Respecto a las triangulaciones, Minuchin (citado en Hoffman, 1994) partió de la hipótesis de que era posible aprovecharse de los niños para oscurecer o desviar el conflicto parental. Al analizar las configuraciones de relación que coincidían con los síntomas del niño, Minuchin formuló una tipología de las que llamó “tríadas rígidas”.

Estas tríadas rígidas son “triangulación”, “coalición padre-hijo”, “ataque a la desviación” y “apoyo a la desviación”.

Triangulación: Una situación en que dos padres, en conflicto abierto u oculto, están intentando cada uno ganarse el cariño y el apoyo del niño en contra del otro, como se presentaba en el caso de los padres divorciados donde la madre permitía que sus hijos decidieran si asistían a un compromiso familiar justo en los días que el padre tenía asignados para la visita, por lo cual los niños al obtener el consentimiento de la madre, perdían en relación a la presencia del padre.

Coalición padre-hijo: Es una expresión más abierta de conflicto parental, aunque la familia pueda acudir en busca de tratamiento con un niño problema. Uno de los padres se pondrá del lado del niño contra el otro, y a veces es difícil determinar si el niño o el

cónyuge que queda fuera se encuentra en dificultades mayores. La familia en la que la hija acudió inicialmente sólo con el padre y en donde ambos coincidían en que la persona que había causado ruptura de la armonía familiar, era la madre, es un claro ejemplo de este tipo de tríada.

Ataque a la desviación: Las más de las veces el clínico considera que los padres están haciendo del niño un chivo expiatorio. El comportamiento del niño es perturbador y los padres se unen para contenerlo, aunque uno de ellos a menudo está en desacuerdo con el otro sobre cómo tratarlo, y ambos lo tratan de manera contradictoria. Este es el caso en el que aún cuando el padre no estaba presente, el subsistema parental conformado por la madre y una hija, señalaba continuamente los errores en los que incurría el paciente identificado, pero mientras una mostraba una actitud más fría, la otra se acercaba con calidez e intentos de comprensión.

Apoyo a la desviación: los padres suelen ocultar sus diferencias enfocando al niño, que es definido como enfermo y por el que los padres muestran una preocupación enorme, sobreprotectora.

Respecto a estas definiciones es importante señalar que las denominadas “tríadas rígidas” pueden estar integradas no sólo por el niño y sus padres, sino también por cualquier subsistema o parte de él que tenga en algún momento funciones parentales.

Además de estas posibilidades, el síntoma puede estar tratando de definir la situación en familias donde el panorama es confuso. Cuando hay pugnas por el poder, roles poco claros, comunicación inadecuada, falta de espacio para cada miembro, etcétera, el niño puede adoptar un mal comportamiento para definir la situación como problemática e insostenible, y eso es ya un avance entre tanta ambigüedad (Hoffman, 1994). En otras ocasiones, ese mismo síntoma puede tratar de comunicar que se requieren cambios cualitativos o de segundo orden, o, por el contrario, que un cambio en los momentos actuales puede ser peligroso para la supervivencia familiar. Los síntomas y sus consecuencias pueden ser un freno o un catalizador de la evolución familiar.

La intervención que se realizó con estas familias partió de la concepción de que el síntoma estaba cumpliendo alguna función y tras indagar cuál era ésta, se retomaban elementos del modelo estructural para señalar a la familia la forma en que estaba contribuyendo al mantenimiento del mismo bastando a veces con este señalamiento para que se modificara la interacción alrededor del comportamiento sintomático, aún cuando en un inicio pudiera ser sólo un cambio de primer orden. Otra forma de intervenir consistía en focalizar otras áreas que la familia no estaba señalando pero que estaban relacionadas con el problema, tarea que en muchos de los casos, si se hacía en una forma abrupta, generaba el repliegue y quizá hasta la retirada de la familia del proceso terapéutico; sin embargo, una vez que se aceptaba esto aunado a un trabajo de identificación de fortalezas, la familia permitía que el cuestionamiento de su organización siguiera avanzando junto con la desaparición paulatina del síntoma o, en algunas situaciones, con la aparición de uno nuevo en el mismo chico o en alguien más de la familia, ante lo cual era necesario señalarlo como una consecuencia natural de la nueva forma en que ahora interactuaban y emprender también acciones para que la familia lo eliminara.

Es claro que esta no es la única forma de intervención y no sólo considerando los enfoques modernos, sino también los propuestos desde una postura post-moderna; por ejemplo, Baeza (2002) señala que es necesario considerar todos los sistemas involucrados y trabajar en dirección de lograr una actitud cooperativa- colaborativa entre ellos, en este caso, familia-escuela para lo cual es de central importancia conocer desde el principio la manera en la cual "el problema" a considerar es definido por ambos sistemas, ya que esta concepción puede ser un preludio de una exitosa o, a la inversa, poco efectiva colaboración.

Al aunar criterios, redefinir problemas, modificar etiquetas, centrarse en aspectos comunes, son muchos los modelos por los cuales se puede optar. Sea entrevistas conjuntas entre padres, maestros, niño/ joven, incluir otro personal docente o a través de contactos telefónicos o vía mail (informes- memos), o reuniones con grupos más pequeños (pares del niño, hermanos, otros amigos, familia extensa- abuelos).

Esta perspectiva suele tener implicaciones más allá del "caso en cuestión " y promueve, a veces, sutiles o bien evidentes cambios en el contexto más amplio. Cuando un docente

adquiere expertez en trabajar con los padres esta cooperación padres-docente/s tiene en general una alta correlación con el logro de mejores resultados académicos del niño/joven. A su vez la mejoría en el rendimiento escolar, suele ir acompañada de una mejoría en las habilidades sociales y el cambio de status personal y grupal, y así circularmente el cambio se va ampliando, generalizando.

Pero más allá del enfoque que se elija para trabajar con familias en donde uno de los niños/jóvenes ha sido identificado como paciente por su comportamiento escolar, considero que es de suma importancia no dejar de lado el contexto más amplio.

A manera de síntesis, muchos problemas de la familia y de los hijos no dependen completamente de ellos, sino que tienen su origen estén los desequilibrios de la sociedad, que prefiere lo individual a lo comunitario, lo secular a lo sagrado, lo masculino a lo femenino (Freeman, Epston y Lobovits, 2001) Estos desequilibrios presionan a las familias y las amenazan con el “divide y vencerás”. El miedo, la frustración o la desesperación se pueden imponer, y conducir a la hostilidad y la resignación. Las interacciones diarias de la familia pueden adquirir el color de la amargura, el sarcasmo y la acusación, por lo cual es imprescindible que las familias que viven esa experiencia sean escuchadas con atención y respeto en el contexto de sus circunstancias individuales y sociales.

estudiando pero que se le estaba dificultando mucho; Claudia le preguntó si creía que necesitaba algún apoyo e Iván respondió que sí, que estaba dispuesto a estar en terapia como lo había estado en otras ocasiones.

Antecedentes familiares que refieren los asistentes

En la familia nuclear de Iván hay varias situaciones difíciles, como el hecho de que sus padres actualmente están separados; la relación con el padre es distante; la madre, Laura, trabaja como secretaria en doble jornada; su hermano mayor, Fabián, es adicto y ha llegado a golpear a Iván y a Isaac, mientras que este último, también tiene conductas de autoagresión, llegando a cortarse la piel.

Respecto a Claudia, la razón por la que se ha involucrado en el cuidado de sus primos, es porque inicialmente su madre se hizo cargo de la crianza total de Fabián hasta que él tenía aproximadamente 12 años y se lo llevó Laura, por lo cual hubo un conflicto fuerte entre las dos hermanas, aunque actualmente ya está resuelto. Cuando Laura tuvo a sus otros dos hijos, Claudia y su madre, quien también es secretaria, asumen el cuidado de los menores, principalmente para apoyarlos en sus tareas, pues Laura suele actuar como si los problemas no existieran o tratando de ocultarlos; sin embargo, actualmente asiste a un grupo de “cuarto y quinto paso” para apoyar a su hijo Fabián, quien también asiste a un grupo similar.

Antecedentes del problema e intentos para enfrentarlo

Claudia refiere que Iván Osvaldo tuvo problemas desde el momento de nacer porque no respiró inmediatamente y su cerebro no se oxigenó lo suficiente, lo cual, de acuerdo con los médicos, implicó que el niño tuviera algunos retrasos en su desarrollo; al parecer, fue hasta la edad de 7 años cuando Iván recibió por primera vez atención profesional a su condición, ya que fue atendido en una clínica psiquiátrica, donde estuvo en tratamiento por diez meses y, entre otros estudios, le practicaron un electroencefalograma y el paidopsiquiatra le diagnosticó una edad mental de 3 años y medio; sin embargo, por lo que comenta Claudia, si bien el niño ha tenido algunas dificultades para lograr realizar ciertas actividades (p. ej., andar en bicicleta; patear la pelota), en general, pareciera que sólo requiere de una estimulación adecuada para alcanzar las habilidades correspondientes a su edad. Sin

embargo, en esa ocasión el tratamiento fue abandonado debido a que el psicólogo empezó a señalarle a la madre que la situación de Iván no se debía sólo a su condición, sino también a la dinámica familiar. Algunos años después, Claudia convenció a Laura para que Iván y su hermano fueran atendidos en la clínica universitaria –CUSI- e inclusive ella los llevó en algunas ocasiones, pero después ya no le fue posible, por lo que Ana Laura pidió a Fabián que se encargara de llevarlos. Cuando Claudia preguntó a Laura sobre los avances de la terapia, ésta le dijo que ya habían sido dados de alta porque las psicólogas habían terminado su semestre, pero Claudia se enteró que en realidad Fabián no los llevaba y los amenazaba para que no se lo dijeran a su madre.

Resumen del caso.

Contrario a lo que se esperaba, asistió gran parte de la familia y Laura comentó que los problemas del niño eran: 1) su rendimiento en la escuela (ha reprobado varias materias, entre ellas educación física y artística); 2) su falta de seguridad; y 3) la relación con los maestros. Beatriz, la persona que cuida a los niños, agregó que a Iván no le gusta compartir sus cosas con su hermano y que esto provoca pleitos entre ellos. Mencionó que en esos casos, para tratar de calmar a Iván, lo aísla, habla con él e incluso llega a pegarle. La madre indicó además que últimamente se lleva a alguno de los niños a su trabajo de las tardes, como una forma de detener el problema.

Cuando se le preguntaba a Iván su opinión sobre lo que decían de él sólo sonreía nervioso y sin contestar se recargaba en su madre. Esta actitud fue señalada y cuestionada en varios momentos haciendo alusión a que Iván no se comportaba como un niño de su edad. De la información que él llegó a proporcionar, señalaba que las agresiones iniciaban porque su hermano Isaac lo molesta o lo manda a hacer algo. Isaac por su parte, quien solía contestar ampliamente a las preguntas que se le hacían, señalaba que esto lo hace Iván y que incluso lo chantajea o amenaza con acusarlo con la madre. En algunos momentos fue necesario normalizar y señalar que eran comunes los pleitos entre hermanos.

No obstante, la tía y la prima de Iván consideraban que los problemas más importantes eran que el chico se aislaba mucho, a veces lo sentían “depresivo”, no tenía hábitos de cuidado personal y anteriormente se autoagredía y destruía su ropa. Entre su descripción también destacaba que Iván era muy perseverante.

Ante la diversidad de problemas, se le pidió a Iván que señalara el objetivo que le interesaba más, dado que él había solicitado el apoyo psicológico. Así fue que se dejó como primer objetivo disminuir la agresividad, por lo cual la terapeuta inició un rastreo sobre las pautas específicas de la agresión, retomando para ello otra tarea que se le dejó a Iván para ubicar las situaciones que le molestan y le llevan a agredir, las cuales son: que los otros sean envidiosos, que le mientan y que no le pongan atención, aunque esto sólo le molesta si lo hace su hermano menor o su sobrino Daniel, con lo cual destacaba que la agresividad sólo se da en el núcleo familiar.

Una de las primeras intervenciones se dirigió a rescatar las características positivas de Iván y se observó que no hubo mayor dificultad para identificarlas, sólo que Iván pedía que su madre se lo dijera de manera más frecuente y con la complementariedad, se logró que él se comprometiera a realizar acciones encaminadas a recibir reconocimientos.

A partir de la próxima sesión la familia refirió que la agresión de Iván había disminuido, aunque Isaac había mostrado más esta conducta; al hacer un análisis más detallado de estas conductas se evidenció que la agresión de Iván estaba en respuesta a la agresión recibida y no surgía de manera espontánea como se había planteado inicialmente. La tía Camila añadió que Iván e Isaac habían estado expuestos a muchas situaciones de violencia por varios años, desde la separación de sus padres hasta la convivencia con los amigos de su hermano mayor –Fabián- y éste fue un punto más en el que Laura manifestó su desacuerdo. En la sexta sesión, estos desacuerdos llegaron al punto en que Laura solicitó a su sobrina y a su hermana que ya no asistieran a la terapia, ya que consideraba que era momento de tomar ella sola las riendas de su familia. Se respetó su decisión y se promovió el que estos límites se hicieran también presentes en la vida cotidiana, por lo que la relación con su familia extensa disminuyó, al tiempo que la relación entre la familia nuclear se reestableció, principalmente entre el sistema fraterno y entre Iván y su madre. También fue necesario comprometer a Beatriz para que en su papel de cuidadora asumiera la responsabilidad en todo momento respecto al cuidado de los menores.

En las sesiones a las que continuó asistiendo la familia nuclear, se observaba que las agresiones de Jorge seguían disminuyendo y la madre empezó a solicitar orientación respecto a cómo establecer límites claros con todos sus hijos, ya que se percataba que esto le era muy difícil. Por ello se consideró necesario citarla a ella sola en una ocasión a fin de que se trabajaran los aspectos personales que pudieran servirle tanto de recursos como de obstáculos para realizar esa actividad, encontrándose que principalmente la culpa y el miedo de no proporcionar a sus hijos el tiempo suficiente, eran los factores que estaban impidiendo que ejerciera la disciplina de manera efectiva. Esto se trabajó brevemente y se dieron algunas directivas para que Laura estableciera límites claros, pero se le hizo énfasis en la necesidad de continuar en otro momento con un trabajo a nivel personal para dar mayor fuerza a los cambios que ella y su familia ya habían emprendido.

Objetivos de tratamiento

Disminuir las conductas agresivas de Iván

Establecer límites claros entre la familia nuclear y la extensa.

Modificar la jerarquía.

Hipótesis

Parece que la agresión de Iván está en relación tanto con su situación familiar –divorcio, madre con dos trabajos, jerarquía no establecida de manera clara entre los adultos y continua intromisión de la familia extensa-, como con el estigma que le ha sido impuesto por las dificultades en su desarrollo, aunque también es importante considerar que en el contexto que le rodea, parece haber permisividad para las expresiones de violencia, en las cuales, asimismo, Iván podría estar manifestando su desacuerdo con los cambios continuos en las figuras de autoridad.

Intervenciones terapéuticas

Joining lejano, intermedio y cercano, rastreo, enfoque, normalización, intensidad por repetición del mensaje y cambio de geografía; provocación de interacciones; enseñanza de la complementariedad, cuestionamiento del recorte de sucesos; cuestionamiento de verdades familiares; lados fuertes; interacciones espontáneas y provocación de

interacciones alternativas; fijación de fronteras por distancia psicológica; cuestionamiento del control lineal.

Modelos que sustentaron el trabajo terapéutico

Se utilizó el modelo estructural, con el cual se pudo visualizar en esta familia una jerarquía asumida de manera intermitente por parte de la madre y descalificada por los miembros de la familia de origen, así como los límites difusos que existen entre ambas familias.

Ideas del equipo

Reconocer el esfuerzo de la familia para asistir a la sesión y por la preocupación que mostraban por Iván

Advertir la diferencia entre sus percepciones señalando que en su preocupación están persiguiendo objetivos diferentes

Rescatar los lados fuertes de Iván

Distribuir el síntoma

Señalar que el comportamiento de Iván no correspondía a su edad, pues parecía de menor edad.

Remarcar la necesidad de detener la agresión desde el primer momento.

Plan de tratamiento

Jerarquización de los objetivos terapéuticos

Rastreo de las situaciones que molestan a Iván e identificación de características positivas en el chico,

Rastrear de manera más específica la conducta agresiva, así como las creencias sobre ella.

Mostrar y cuestionar la distribución de la jerarquía.

Continuar remarcando los cambios y la participación de la familia en ellos

Continuar cuestionando el comportamiento infantil de Iván

Indagar los resultados del límite que decidió poner Laura

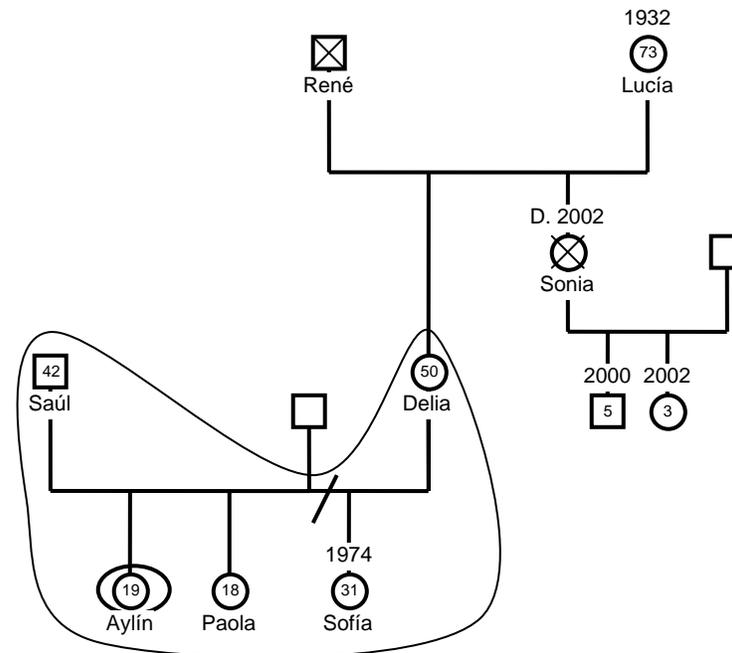
Explorar el comportamiento de Iván e Isaac.

Identificar los recursos y las limitaciones que tiene Laura para ejercer su autoridad

Caso 2.

Familia: Gutiérrez Mendoza
Terapeuta: Nancy Verónica Vargas Gama
Equipo terapéutico: Susana Caballero Pérez; Juan Manuel Campos Beltrán; y María Olga Mejía Anzures.
Supervisoras: Mtra. Carolina González y Mtra. Juana Bengoa
Sede clínica: CCH Azcapotzalco
Número de sesiones: 4

Familiograma



Motivo de consulta

Aylín solicitó la terapia porque deseaba sentirse apoyada por sus padres ante su próxima incursión a la universidad, ya que había muchos problemas entre ellos y casi no había comunicación, principalmente entre ella y la madre.

Antecedentes familiares

Aunque los padres de Aylín vivían juntos, su relación como pareja era muy conflictiva, ya que aún cuando decían que ésta ya había terminado seguían interactuando como marido y

mujer, además, ellos trabajaban en la misma empresa y mientras el señor Saúl afirmaba que la relación ya no tenía remedio, la señora Delia reconocía que aún lo seguía queriendo, lo cual no había impedido que le pidiera que se fuera de la casa, pues de acuerdo con ella y con Aylín, el señor Saúl tenía otra pareja desde hace varios años; aunque esto nunca fue admitido por él, quien además señalaba que no quería irse de la casa porque eso implicaría tener un menor contacto con sus dos hijas.

Antecedentes del problema e intentos para enfrentarlo.

Mientras Delia señalaba que la situación de la pareja y de la afectación de sus hijas era desde que el señor Saúl estableció otra relación fuera del matrimonio, éste y Aylín coincidían en que incluso la relación familiar, se resquebrajó a partir del fallecimiento de la hermana menor de Delia, lo cual había ocurrido desde hacía dos años, por lo cual ella decidió ayudar a su cuñado con el cuidado de los niños, siendo necesario para ello que recortara su jornada de trabajo para atender a los niños por las tardes y renunciando además a actividades que para ella eran muy importantes. Sus hijas y su esposo no estaban de acuerdo con esta decisión y la criticaban incluso por llorar todavía por la muerte de su hermana.

Aylín decidió tomar terapia cuando un profesor le dijo que para cursar una carrera universitaria era muy importante que estuviera bien con su familia. Inicialmente asistió a algunas sesiones de terapia individual, pero el mismo psicólogo le sugirió que asistiera a una terapia familiar.

Resumen del caso.

Este caso no fue dado de alta debido a que la familia dejó de asistir sin previo aviso; cuando se trató de establecer contacto con ellos sólo Aylín tomó la llamada y señaló que ya no iban a asistir por falta de tiempo, aunque mencionó que la última intervención que se hizo cuando acudió la familia había desconcertado a su padre, pues no la creía necesaria.

En ese sentido es importante señalar que el padre siempre mostró una actitud desconfiada y descalificadora hacia la terapia y la terapeuta, pues aún cuando se dirigía a ésta como doctora, su tono de voz, su postura física e incluso los momentos en los que le hablaba de tú

o le decía “amiguita” evidenciaban la falta de reconocimiento; esto no ocurrió así en el caso de Aylín y Delia.

A la primera sesión sólo asistieron Aylín y su papá, quienes después de exponer con detalle la relación de cercanía y confianza que había entre ellos, hablaron del motivo de consulta, coincidiendo en que la situación derivada de la separación y los conflictos que había entre los padres, además de la falta de convivencia familiar que contrastaba con la de épocas anteriores, era algo que les hacía sentir mal. En esta ocasión además, el padre dijo que si bien las desavenencias con Delia tenían tiempo, éstas se habían exacerbado a raíz de la muerte de la hermana menor de Delia, quien después de este suceso decidió cuidar por las tardes a sus sobrinos, pasando así menos tiempo con la familia. En esa ocasión el equipo señaló que veían que era una familia con un gran dolor por las diferentes pérdidas –la muerte de la hermana, la desunión familiar, la separación de los padres-. En la segunda sesión, asistieron sólo Aylín y su madre, quien también reconoció que la situación en la pareja y la familia era algo con lo que no estaba a gusto y después de describir cómo se fue dando el resquebrajamiento de la relación, señaló que ella todavía seguía queriendo a su esposo, aún cuando sabía que él tenía otra relación. Cuando habló de la muerte de su hermana y del cuidado de sus sobrinos, se validaron sus sentimientos al respecto y comentó que tanto sus hijas como su esposo no estaban de acuerdo con la decisión que ella había tomado; sin embargo, Delia también reconoció que en muchas ocasiones se había enojado con Aylín por estar de acuerdo con el padre. Con base en estos temas se promovió la interacción entre madre e hija, con la finalidad de que hablaran de su sentir y al final se les señaló que se notaba una gran dificultad para poder comunicarse a nivel de emociones y mirarse a los ojos.

Para la tercera sesión lograron asistir ambos padres y Aylín y se precisó que todos consideraban necesario hablar sobre el tema de la pareja; sin embargo, la terapeuta consideró que se referían a una separación, por lo que toda la sesión se dirigió a promover la reflexión en ambos padres acerca de cómo iban a lograr separarse viviendo juntos. Cabe señalar que esta interpretación errónea que hizo la terapeuta no se evidenció hasta que se leyó el acta en la siguiente sesión, notándose además que la familia no contestó la pregunta en ningún momento; casualmente faltaron sin previo aviso a la siguiente cita. A la cuarta sesión, sólo asistieron Aylín y el señor Saúl, argumentando que la madre no acudiría por

exceso de trabajo. En esta ocasión el trabajo se centró en reflexionar con la familia acerca de la insistencia de la terapeuta en la separación y la renuencia de la familia a retomar el tema. Esto llevó al padre a hipotetizar que si ellos no habían querido hablar de separación era porque no querían hacerlo por resultarles doloroso a sus hijas y a Delia, pero no a él. Se cuestionó esta aparente “insensibilidad”, pero como Saúl no la reconocía, un miembro del equipo salió a confrontarlo a través de un mensaje en donde básicamente le decía a la terapeuta que no insistiera, pues Saúl había decidido “congelar su corazón” por alguna situación que le había resultado muy dolorosa y no iba a poder “descongelarlo”. Después de esta sesión la familia ya no regresó.

Objetivos de tratamiento

Destriangular a Aylín.

Promover la separación de la pareja .

Fomentar la comunicación entre Aylín y Delia.

Favorecer la expresión y validación de sentimientos.

Hipótesis

Parece que el padre y la madre están triangulando a la hija al estar definiendo su relación como pareja con base en el conflicto y que parte de éste se debe a la falta de expresión y validación de sentimientos.

Intervenciones terapéuticas.

Rastreo, focalización, joining intermedio, cercano y lejano, interacciones provocadas e interacciones espontáneas; fijación de fronteras, cuestionamiento del modo de recortar los sucesos; uso de verdades familiares y contraparadoja.

Modelos que sustentaron el trabajo terapéutico

Predominó el uso del modelo estructural, pero también se utilizaron referencias de la escuela de Milán.

Ideas del equipo

El denominador común de esta familia son los duelos: la muerte de la hermana, la separación de los padres, la pérdida de cercanía en la convivencia familiar.

El padre ha mostrado en gran parte de las sesiones una actitud descalificadora, pero hasta ese momento no era conveniente confrontarlo.

Aylín mostró indiferencia mientras su madre hablaba de lo dolorosa que le resultaba la situación actual.

A Aylín y a su madre les costó mucho trabajo hablar de sus sentimientos y mirarse a los ojos.

A esta familia le está costando mucho trabajo separarse.

Plan de tratamiento

Precisar motivo de consulta

Establecer límites entre subsistemas

Rastrear ideas alrededor del divorcio

Validar y trabajar los sentimientos alrededor de los duelos

Prescribir la contraparadoja

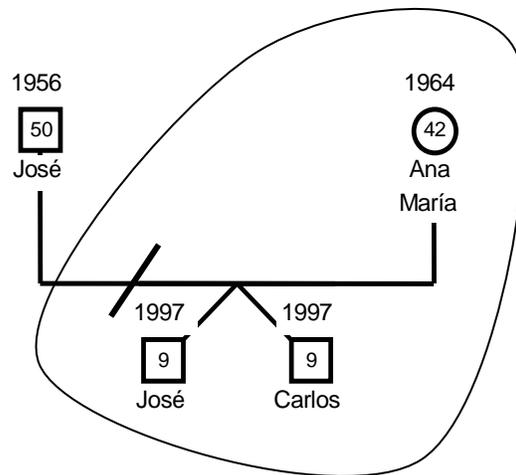
Establecer un ritual para las hijas en relación con el padre para promover la expresión de sentimientos.

Nota: Esta última parte del plan ya no pudo aplicarse porque la familia dejó de asistir aunque efectivamente, hubiera sido importante contemplar a la madre en él.

Caso 3

Familia: Archundia López
Terapeuta: Nancy Verónica Vargas Gama
Equipo terapéutico: Susana Caballero Pérez; Juan Manuel Campos Beltrán; y María Olga Mejía Anzures.
Supervisoras: Mtra. Xóchitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.
Entidad clínica: FESI Iztacala
Número de sesiones: 12

Familiograma



Motivo de consulta

Ana María solicitó el servicio por el bajo rendimiento escolar de José, quien de manera específica tenía dificultades con la atención y la memoria, por lo cual reprobaba los exámenes. Esta situación ocurría desde agosto del año pasado y en la escuela habían dicho que así no lo podrían reinscribir, por lo cual sugirieron el apoyo psicológico. También se señaló que tanto José como Carlos presentaban enuresis, aunque en ese momento José lo controlaba un poco más que Carlos.

Antecedentes familiares que refieren los asistentes

Los padres de los niños se divorciaron hace dos años debido a que había violencia familiar; sin embargo, aunque estaban divorciados aún tenían problemas, principalmente por el aspecto económico, incluso Ana María le había prohibido a su exesposo que entrara a la casa para evitar más conflictos. El padre visitaba a los niños tres veces a la semana aproximadamente y estaba interesado en la terapia, aunque de acuerdo con Ana María, él consideraba que ella “exageraba” en su preocupación por los niños.

Antecedentes del problema e intentos para enfrentarlo

El bajo rendimiento de José inició en ese ciclo escolar, aunque fue hasta hace poco cuando en la escuela le dijeron que era necesario buscar apoyo profesional; inclusive el niño recibía clases de regularización, pero aún con éstas no se había obtenido el resultado deseado. Respecto a la enuresis, José lo había controlado un poco más, pero Carlos se orinaba casi a diario, a pesar de que habían tomado varias medidas como no beber agua antes de irse a dormir, planes de premios y castigos, pero ninguno le había dado resultados. Cabe señalar que Ana María y los niños estuvieron en terapia después del proceso de divorcio; Ana María por “depresión” y José y Carlos para prevenir algún problema tras la separación.

Resumen del caso

Durante las tres primeras sesiones, la terapia se centró en los síntomas que presentaban los niños; sin embargo, conforme el padre fue participando más se hicieron más evidentes las dificultades de comunicación entre él y la madre así como la relación con el bajo rendimiento y la enuresis. Cuando se les hizo notar esto, Ana María lo aceptó un tanto incrédula, pero José desde un inicio manifestó que él no creía que hubiera relación alguna; no obstante, cuando se les propuso trabajar en una terapia como padres, ambos aceptaron. En ese sentido, señalaron que la comunicación entre ellos era prácticamente nula -sobre todo de seis meses a la fecha, después de un incidente donde nuevamente hubo violencia física-, y que las principales formas de comunicarse eran a través de los niños y/o por escrito. Ante esto, el trabajo se centró en los aspectos que impedían la comunicación directa, entre los cuales Ana María reconoció un sentimiento de desesperanza respecto a la posibilidad de que José se involucrara en las actividades que se le solicitaban, mientras que José, después de estarle señalando y cuestionando su comunicación no verbal, reconoció que por lo general se dirigía a Ana María de manera poco cordial. Cabe señalar que para precisar esto, fue necesario realizar varias veces la observación de que se centraran en lo que a cada uno le competía, pues frecuentemente culpaban al otro de la falta de comunicación. En las sesiones siguientes se señaló también que la interpretación era otro elemento que les dificultaba la comunicación y se demarcó la responsabilidad de ambos en ese proceso: cuando uno tenía un comportamiento ambiguo, el otro interpretaba. En este punto se consideró necesario indagar cómo se encontraba emocionalmente cada uno ante la

situación del divorcio, siendo José el único que dijo haberlo superado, contrario a Ana María, quien aún cuando decía que ahora ya se sentía feliz, reconocía que en ocasiones la invadía la nostalgia, la culpa y el resentimiento; incluso como en varias ocasiones que se hablaba del tema ella tenía que hacer mucho esfuerzo para no llorar, se le sugirió que tomara una terapia individual, en donde pudiera contactar y trabajar con los sentimientos que este proceso le estaba generando. Cuando se delimitaron las áreas de conflicto, ambos coincidieron en que la economía era la principal, pues Ana María se quejaba de que José le seguía dando lo mismo que tres años atrás, cuando firmaron el divorcio, además de que no participaba en gastos extras como día de reyes, cumpleaños, etcétera. Esta situación, si bien se sugirió que la consultaran con un abogado, también se abordó en algunas sesiones aclarando que Ana María sólo tenía dos alternativas: recurrir nuevamente al juez para que determinara qué cantidad le correspondería, o bien, asumir que ella tendría que afrontar los gastos extras pero sin estarlo reclamando; ella optó por la segunda. De cualquier manera se añadió que tal vez con la nueva relación, ya no se tendría que utilizar el dinero para manifestar los enojos o desacuerdos, pues en algún momento parecía que así se hacía. Después se buscaron excepciones a las dificultades en la comunicación, y ellos comentaron que éstas se detenían o no aparecían cuando se ponían a pensar en los niños, por lo cual se resaltó esto como una herramienta de ambos para frenar los conflictos. Para la cuarta sesión, aunque ambos decían que la comunicación seguía igual, se encontraron cambios importantes como el que aún cuando eran pocas las ocasiones en que se comunicaban, ya lo hacían de manera tranquila y sin reclamos; incluso José había felicitado a Ana María con motivo del 10 de mayo y, a diferencia de otras ocasiones, había respondido a una llamada telefónica. Después de hacer énfasis en los cambios, se buscó lo que había contribuido, y los padres señalaron que “las pláticas” les estaban sirviendo, además de que en esas semanas habían cumplido los acuerdos sobre los cuidados de los niños. A esto se le empezó a nombrar “clima positivo”, resaltando que ellos estaban haciendo acciones para crearlo. Retomando una metáfora que Ana María había empleado, se les pidió que con una “varita mágica” cada uno hiciera los cambios para poder crear el clima positivo; Ana María habló de tolerancia y confianza, y José de flexibilidad y tolerancia, por lo que se consideró oportuno hablarles brevemente del modelo de comunicación no violenta e incluso se les sugirió que compraran el libro; sin embargo, en las sesiones posteriores se observó que a

ambos les resultaba muy difícil visualizar los cambios, aún cuando el clima positivo continuaba, cada vez lograban comunicarse más y sin conflicto, José tenía otra actitud hacia los gastos extras, había entrado brevemente a la casa de Ana María, ella no le colgaba el teléfono y no usaba de intermediarios a los niños. En el caso de Ana María sólo era necesario cuestionar o indagar un poco para que ella se percatara de la diferencia; en cambio, con José ésto resultó muy difícil, llegando incluso en algunos momentos a mostrar una descalificación hacia el trabajo realizado. Esta actitud se hacía más evidente sobre todo cuando empezaron a hablar de que José había mejorado su rendimiento en la escuela y que habían dejado de orinarse. De hecho, Ana María comentaba que ella sentía que sí habían avanzado, pero que en algunos momentos percibía “como una barrera” por parte de José que le impedía acercarse más. De hecho, una demanda constante de José era que Ana María lo reconociera en su papel de padre; no obstante, en una ocasión que se le mostró un video de las primeras sesiones, donde en su ausencia Ana María se estaba expresando bien de él, José con una actitud de indiferencia, dijo que era lo justo. Después de hablar de la responsabilidad de cada uno, se trabajó el aspecto de la comunicación no verbal por parte de José, quien reconoció que en otros ámbitos también le han señalado que es parco y cortante.

Alrededor de la sexta sesión se aplicó una escala para vislumbrar el trabajo sobre la comunicación, encontrándose que ambos coincidían en que habían llegado en el nivel cero y habían avanzado hasta el nivel cuatro, pretendiendo llegar al siete u ocho; ante ese avance se consideró oportuno prescribir la recaída haciendo énfasis en la responsabilidad de cada uno para recaer y para levantarse. Después de esa sesión, José no volvió a asistir, hasta la última sesión, por restricciones de horario en su trabajo; sin embargo, aún con cierta dificultad –cada vez menor- Ana María informaba que las cosas iban muy bien, pues por parte de ella había mayor disposición para cuando José iba por los niños y por iniciativa propia le había apoyado en diversas formas; por su parte, José cooperaba más tanto en los gastos como en el cuidado de los niños. Estos cambios también fueron notorios para las personas cercanas a la familia y sobre todo para los niños, quienes nuevamente asistieron a la penúltima sesión y corroboraron los cambios que había señalado Ana María, además de que la enuresis casi había desaparecido y el rendimiento escolar de José se había mantenido en un buen nivel.

Al volver a aplicar la escala con Ana María, ella dijo que ya se encontraban en un nivel de ocho, por lo que se trabajó la posibilidad del cierre, pero se estableció como indispensable la presencia del señor José y para que esto fuera posible transcurrió más tiempo del previsto entre sesiones, ocurriendo durante ese intervalo una fuerte discusión que les hizo llegar a la última sesión muy contrariados, sobre todo Ana María. Después de recordarles que se esperaba esta recaída y validar sus sentimientos al respecto, se trató de rescatar que este pleito había sido distinto de otras ocasiones, pues incluso José a los pocos días había reconocido que se había equivocado; sin embargo, ambos continuaban diciendo que las cosas habían vuelto a ser como antes, por lo cual se les dijo que a pesar de que habían tenido grandes e importantes cambios, parecía que ellos no lo estaban viendo así. La terapeuta no podía hacer más para demostrarles que sí habían cambiado, ellos tenían que creer que efectivamente habían sido capaces de cambiar y de mantener los cambios, y si no estaban dispuestos a creer en ellos mismos, no tenía caso que continuara la terapia, por lo cual se les pidió que reflexionaran al respecto y si estaban dispuestos a asumir la responsabilidad por los cambios, deberían solicitar otra cita, pero no lo hicieron. No obstante, quizás hubiera sido mejor en lugar de tratar de convencerlos de los cambios, indagar cuál era la función de tal incredulidad; de hecho en algún momento se les planteó la posibilidad de que estuvieran negando los cambios por temor a que una mejor relación como padres pudiera confundirse con un intento de reconciliación, pero ellos dijeron que no era así.

Objetivos de tratamiento

Destriangular a los niños para que éstos no continúen desarrollando síntomas.

Promover la responsabilidad de cada padre.

Destacar aspectos de la relación que les sean funcionales.

Promover una comunicación donde prevalezca la tolerancia, la expresión en términos positivos; y el reconocimiento del otro, desde el lugar del subsistema parental.

Conectar los cambios del sistema parental con los cambios de los hijos.

Hipótesis

Pareciera que los diferentes síntomas que presentan los niños están en función de la relación de los padres, la cual da la impresión de haberse establecido en forma simétrica y sin que esto haya disminuido a pesar de estar divorciados.

Intervenciones terapéuticas

Joining, rastreo, exploración de los intentos de solución, normalización, intervención específica de acuerdo a las soluciones intentadas; enfoque; reencuadre; enseñanza de la complementariedad; cuestionamiento de verdades familiares; iluminar interacciones espontáneas intensidad por repetición del mensaje; cuestionamiento del control lineal y del modo de recortar los sucesos; símbolos universales, lados fuertes; prescripción de la recaída, preguntas de escala, ampliación del cambio.

Modelos que sustentaron el trabajo terapéutico.

Predominó el uso del modelo estructural, pero también se retomaron algunos aspectos de los modelos de terapia breve enfocada a problemas y orientada a soluciones.

Ideas del equipo

Inicialmente propusieron trabajar con el modelo de terapia breve centrada en problemas para abordar el problema de la enuresis, pero al aceptar los padres trabajar la comunicación entre ellos, se optó más por el modelo estructural, aunque se siguieron retomando lineamientos de la terapia breve.

Señalaron la relación simétrica de los padres.

En algunas sesiones el conflicto entre los padres era tal que se generaba mucha tensión, por lo que sugirieron tener presentes alternativas para reducirla.

Consideraron que algunos elementos del modelo de comunicación no violenta podrían ser útiles para mejorar la relación entre los padres.

Es importante continuar resaltando los cambios, ya que la familia tiende a diluirlos o a minimizar su participación en ellos.

Plan de tratamiento

Redefinir el motivo de consulta.

Establecer límites entre los subsistemas definiendo el subsistema parental distinto del conyugal.

Delimitar las áreas de conflicto.

Enfatizar los lados fuertes de la familia.

Destacar el aspecto relacional del cambio.

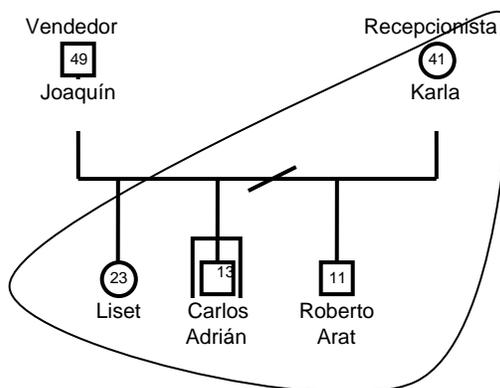
Fomentar acuerdos prácticos y concretos.

Indagar los cambios en los niños y propiciar la reflexión sobre cómo contribuyeron los padres a ellos.

Caso 4.

Familia: Estrada Guzmán
Terapeuta: Nancy Verónica Vargas Gama
Equipo terapéutico: Susana Caballero Pérez; Juan Manuel Campos Beltrán; y María Olga Mejía Anzures.
Supervisoras: Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez Castillo.
Entidad clínica: FESI Iztacala
Número de sesiones: 10

Familiograma



Motivo de consulta

Karla refirió que acudían al servicio porque Carlos era muy inquieto, distraído, demandante y hacía o decía cosas que no le competían; esto ocurría tanto en casa como en la escuela, sin embargo, no había reprobado ninguna materia.

Antecedentes familiares

Los padres de Carlos estaban divorciados desde hacía seis años aproximadamente y desde entonces ninguno de los hijos había vuelto a tener contacto con el padre. De acuerdo con Karla y Liset la separación no les afectó de manera importante, aunque no se hablaba mucho del tema; sin embargo, al hacer referencia al mismo evento Carlos, llorando, dijo que no recordaba nada pero señaló aspectos relevantes que hacían referencia principalmente a la parte emocional.

Por otra parte, cabe señalar que tanto en lo familiar como en lo individual habían tenido varios cambios –cambios de residencia, de escuela, de ciudad-, sin que se reportaran dificultades en la adaptación.

Antecedentes del problema e intentos para enfrentarlo

A los cuatro años de edad Carlos fue diagnosticado con problemas de hiperactividad y a partir de entonces estuvo en terapia de aprendizaje, motricidad, lenguaje e incluso se le administró medicamento, pero desde hace dos años se suspendieron todos los tratamientos, en parte por no tener dinero, pero también porque en el caso del medicamento ya no le hacía efecto.

Respecto a la situación actual del comportamiento de Carlos no se reportó ningún tratamiento.

Resumen del caso

Con esta familia desde la primera sesión se hizo énfasis en connotar positivamente el síntoma, señalando que Carlos en vez de llamar la atención estaba buscando tener un lugar en la familia y que cuando ésto no ocurría él se enojaba, se aislaba y obtenía así una atención negativa; asimismo, se habló de que era un chico sensible que buscaba ser incluido y no sabía cómo lograrlo, además de que el hecho de estar entrando en la etapa de la adolescencia, podría estar influyendo en la “rebeldía” que a veces mostraba. Esta redefinición fue aceptada de inmediato por Carlos y un tanto por su hermana, pero no fue así en el caso de Karla y de Roberto, quienes continuamente hacían referencia al “mal comportamiento” de Carlos. Esa sensibilidad que se observó en Carlos, se hizo presente en varias sesiones, como cuando se exploró acerca de la relación con el padre, pues aún cuando todos tuvieron con él una relación distante y actualmente no hablaban del tema, los recuerdos de Carlos giraban alrededor del aspecto emocional, haciéndose notorio desde este momento, que el chico era el único miembro de la familia que se permitía externar sus emociones y que en algunos momentos lograba conectarlas con los eventos que estaban sucediendo, a diferencia de los otros, quienes por ejemplo, negaban cualquier sentimiento de tristeza con relación al proceso de divorcio o bien, decían que acostumbraban hablar de su estado de ánimo pero difícilmente reconocían qué lo estaba generando. Esta falta de

definición en la parte emocional, se llevaba al punto de manejar dobles mensajes en la familia; no obstante, cuando se señaló como tal la familia no lo aceptó, siendo necesario entonces hablar de estilos de comunicación poco claros, con lo cual la familia se percató que en ocasiones su comunicación no verbal fomentaba algunos comportamientos en Carlos que después los desaprobaban de manera abierta. Así, por ejemplo, Carlos tendía a recordarle a cada miembro de la familia sus deberes, aunque no se le solicitara, o bien, ofrecía su ayuda sin que estuviera contemplado que él participara. Estas situaciones molestaban sobremanera a la familia y Carlos parecía no darse cuenta, por lo cual se instó a la familia para comunicarse con mayor claridad, al mismo tiempo que se promovieron estrategias para que Carlos estuviera más pendiente de sí mismo que de los demás.

Otra situación que se consideró importante enfatizar, fue el que Carlos estaba diagnosticado con problemas de hiperactividad, por lo cual era preciso ser más sistemáticos y considerar que los parámetros de excelencia tendrían que ser más bajos para él. Esta sistematización se aplicó en la escuela, en donde Karla y Liset ya habían estado en continua comunicación con la maestra para estar al pendiente del rendimiento de Carlos; sin embargo, con el fin de promover la responsabilidad de cada miembro, se fomentó el que Carlos empleara algunas herramientas para ir logrando más responsabilidad e independencia.

En este punto Karla empezaba a reconocer más la forma en que la dinámica familiar se relacionaba con el comportamiento de Carlos; también se había visto la necesidad de flexibilizar los límites, pues la familia estaba muy centrada en el deber y destinaban poco tiempo a la diversión y, para abordarlo, se empezó a hablar de los equipos de trabajo que habían formado como familia y en la escuela, e incluso se les recordó que también formaban parte del equipo terapéutico. Con esto, se promovió el que se formaran equipos con distintos miembros, funciones y con alternancia de tareas, pues en varias ocasiones a Roberto le asignaban el papel de hermano mayor. En una sesión donde Karla no pudo asistir, se empezó a hacer más evidente la necesidad de la familia de tener más tiempo de esparcimiento, pues dejaron de frecuentar a la familia materna y emplearon los fines de semana para hacer actividades muy diferentes a las que solían hacer. Este evento sirvió para trabajar los límites hacia el exterior, lo cual se continuó con otros sucesos que reafirmaron la separación de la familia materna.

En la medida en que el rendimiento de Carlos en la escuela fue mejorando, lo cual se señaló en todo momento como un logro de la familia, también se empezó a cuestionar la forma en que describían los eventos, en los que sobre todo señalaban a Carlos como el culpable, encontrándose la familia con mayor disposición e incluso con un toque de humor para visualizar cómo cada uno contribuía los episodios mencionados; no obstante, en la penúltima sesión, aún cuando la familia llegó refiriendo que “las cosas estaban muy bien”, les resultó difícil describir la manera en que cada uno había aportado al cambio y, dado que Carlos había aprobado con promedio de ocho, todo lo atribuían a unas clases de regularización que los dos chicos estaban tomando, por lo cual se les señaló que si bien este recurso había sido de gran utilidad, algo muy notorio era que ahora la familia por sí sola reconocía a Carlos, a diferencia de momentos anteriores donde la terapeuta y el equipo tenían que estar exaltando o connotando positivamente el comportamiento del chico; asimismo, se habló de la actitud de independencia, tolerancia, confianza y afecto, que la familia estaba desarrollando y que indudablemente también estaba repercutiendo.

Esta precisión pareció ser muy bien aceptada por la familia, pero curiosamente, en la siguiente sesión, llegaron diciendo que las cosas estaban muy mal, pues Carlos había vuelto a comportarse de manera terca y desobediente, aunque una diferencia importante fue que conforme transcurrió la sesión, Karla empezó a incluir en esa descripción a Roberto y a Liset, quien señaló que todo se debía a que Karla estaba conviviendo más con los chicos y que al parecer no sabía cómo hacerlo, lo cual se retomó para cuestionar sus descripciones sobre hechos aislados.

Por otra parte, la familia reflexionó sobre las implicaciones para cada uno de que Carlos ya no presentara “síntomas”, y reconocieron que de esa manera justificaban el no estar ocupados de sí mismos. Después de trabajar esta parte, la familia empezó a descentralizar cada vez más a Carlos y en lugar de ello hablaban de las dificultades que surgían en la relación madre-hijos, adjudicando a cada uno su responsabilidad. A la par, se continuaron reforzando los límites al interior y al exterior de la familia, y se rescató el hecho de que los hijos querían establecer relaciones fuera de la familia.

Karla reconoció que en algún momento les había sido muy útil el mantenerse tan unidos, pero sabía que ahora cada uno tiene intereses diferentes, por lo que se destacó la

importancia de ir modificando las reglas con el fin de que no se volviera a necesitar que una sola persona hiciera tanto movimiento para que la familia se flexibilizara.

Objetivos de tratamiento

Propiciar que la familia amplíe la percepción que tiene sobre Carlos.

Promover una interacción diferente alrededor del comportamiento de Carlos en la escuela y en la casa.

Fomentar un estilo de comunicación familiar claro y directo.

Flexibilizar los límites

Propiciar descripciones en donde se conecte la emoción con los acontecimientos

Hipótesis

Al parecer el comportamiento de Carlos estaba tratando de flexibilizar las reglas de la familia, al mismo tiempo que intentaba tener un reconocimiento y un lugar tanto en la familia como en la escuela, logrando sólo el ser catalogado como un niño especial, y obteniendo con ello una atención negativa; sin embargo, al centralizar la atención, permitía a la familia transitar a nuevas etapas de manera más tranquila.

Intervenciones terapéuticas

Rastreo, joining, foco, cuestionamiento del síntoma, lados fuertes, cuestionamiento del modo de recortar los sucesos, iluminar interacciones, cuestionamiento de verdades familiares, enseñanza de la complementariedad, distancia psicológica, intensidad por repetición del mensaje, cuestionamiento del control lineal.

Modelos que sustentaron el trabajo terapéutico

Modelo estructural

Ideas del equipo

Para unirse a la familia, es importante retomar el diagnóstico que les dieron ampliándolo y connotando positivamente algunos de sus componentes.

Carlos se siente validado por la terapeuta, pero ésta debe tener cuidado en no asumir un papel de defensora, pues además la familia no se sentiría escuchada.

La atención de Carlos se dispersa al estarse ocupando de los otros, pareciera que trata de ser el padre que esta familia no tiene.

La familia está muy bien organizada en equipos de trabajo, sólo hay que promover que haya alternancia en ellos.

El esparcimiento les ha permitido estar más relajados, tolerantes y con buen humor.

Hacer énfasis en la expresión de sentimientos.

Plan de tratamiento

Señalar cómo un mismo comportamiento puede tener diferentes interpretaciones.

Indagar y cuestionar la participación de cada miembro de la familia y de la escuela en el comportamiento de Carlos.

Resaltar las ambigüedades y la falta de claridad en la forma en que se comunican .

Fomentar la alternancia en el rol de hijo parental entre Carlos y Liset.

Promover que Liset se incorpore eventualmente al subsistema fraterno.

Indagar cómo expresan sus emociones.

b) Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias

Como pudo observarse, en el abordaje de cada uno de estos casos predominó el uso del modelo estructural, aunque de igual manera se retomaban elementos de otros modelos -los cuales no obstante tenían la característica de pertenecer a la perspectiva moderna-, pero el desarrollo y desenlace de cada caso fue distinto, por lo cual resulta necesario hacer un análisis para vislumbrar las posibles razones de los diferentes resultados.

En el caso de la familia Hernández González, la hipótesis describía que la conducta sintomática, la agresión, se desarrollaba en un contexto con límites poco claros: la familia era de tipo uniparental (Tuirán, 1999), aunque la madre, Laura, parecía formar más parte del subsistema fraterno que del parental, por lo cual la autoridad estaba principalmente a cargo de la señora que les apoyaba en el quehacer, y de la tía y la sobrina de Laura, contexto en el cual se presentaba la conducta agresiva de Iván. Si bien era necesario que Laura recurriera a estos apoyos dado que pasaba la mayor parte del tiempo fuera de casa, esto implicaba para los niños distintos tipos de reglas y para la familia en general una constante recriminación y desaprobación de casi todos sus comportamientos; no obstante, de entrada no se cuestionó la estructura familiar, sino que se trabajó directamente con el síntoma, lo cual me parece fue importante para que la familia no se sintiera amenazada o poco comprendida en cuanto al modo de organización que habían logrado, dadas las condiciones de su evolución como familia. En ese sentido, fue también muy importante tomar en cuenta la opinión de cada uno de los miembros de la familia, haciendo énfasis en que fuera el paciente identificado -Iván de 12 años- quien determinara en gran medida el rumbo de la terapia, considerando que había sido él quien había tenido la iniciativa de solicitarla. Asimismo, sin que fuera una estrategia propuesta, en algunos momentos la terapeuta parecía aprobar la organización que tenía la familia, y precisamente fue Laura quien pidió abiertamente que los participantes de la terapia se limitaran a la familia nuclear. Esta situación conllevó al establecimiento paulatino de límites fuera del consultorio y a la organización de la familia en torno a una jerarquía encabezada por la madre y apoyada eventualmente en Fabián, el hijo mayor, y en menor medida, en la señora que hacía el aseo. Con estos movimientos el síntoma se hizo innecesario.

Para trabajar con esta familia, se eligió el modelo estructural, decisión que fue muy clara desde el principio debido a varios factores: en primer lugar, la dinámica que mostró la familia desde la entrevista telefónica y la primera entrevista, en las cuales sólo participó la prima de Iván, y posteriormente, cuando se solicitó la presencia de la madre, la familia se presentó incluyendo hasta a la señora que les apoyaba en el quehacer. Aunado a ello, los movimientos que iba haciendo la familia a lo largo de las sesiones, daban pauta a continuar utilizando el modelo, pues prácticamente desde la tercera sesión, la agresión empezó a disminuir. En ese sentido también fue importante considerar que la conducta sintomática estaba siendo aprendida en el mismo contexto en que se reprobaba, por lo que se retomaron elementos del trabajo con violencia con la intención de desnaturalizarla y señalar los factores que estaban favoreciendo su aparición. Finalmente, considero que para esta familia también fue muy importante la ratificación que se hizo a través del sistema terapéutico sobre su concepción de familia, pues aún cuando no se trabajó de manera directa, el haber aceptado que la terapia se dirigiera sólo a la familia nuclear y se respetara su organización, permitió que ellos corroboraran su construcción de la realidad.

En el caso de la familia Gutiérrez Mendoza la familia se dio de baja sin haberse alcanzado los objetivos previstos; más aún la falta de conexión permanente con el motivo de consulta pudo haber influido para la deserción, ya que vía telefónica Aylín refirió que quería sentirse apoyada por sus padres durante su carrera universitaria, pero en las sesiones se habló más bien de los problemas de pareja y de la tensión que esto causaba en las hijas, y aún cuando esto estaba relacionado con el motivo de consulta, no correspondía a la demanda inicial, por lo cual habría sido necesario plantear esto a la familia y acordar con ellos la temática desde la que se iba a partir.

Esta falta de puntualización, que considero pudo haber estado influida por una actitud de descalificación por parte del padre hacia mí como terapeuta, en la cual en un afán por detenerla, evité el cuestionamiento directo y permití que la familia decidiera el rumbo de las sesiones, pero sin que ella tampoco tuviera claridad del lugar al que se dirigía. Esto se evidenció en relación a una constante que sentí durante las sesiones y que se hacía más evidente en las actas: tanto el padre como la hija empleaban varios dobles mensajes, los

cuales se obviaron tanto por mí como por el equipo y tampoco tuvieron la posibilidad de ser trabajados.

Otro elemento que también pudo haber influido en el proceso fue el hecho de permitir que la familia diera por descontada, en automático, la participación de las otras hijas, lo cual nos habla también de que tuve poca capacidad de maniobra, pues acepté sin cuestionar esta decisión de la familia. Más aún, ni siquiera las traje a la sesión a través de preguntas, sólo ocasionalmente surgían en el discurso de la familia pero sin que esto se retomara para el trabajo terapéutico. En ese sentido, sin forzarlas, tal vez su presencia habría ayudado a la precisión de los objetivos en la medida en que hubieran habido más voces hablando de su sentir alrededor de lo que ocurría en casa.

La falta de definición estuvo presente en todo el proceso, siendo también poco claro el modelo teórico que se utilizó, pues se retomaron elementos tanto del enfoque estructural como de la escuela de Milán, pero sin que fuera preciso cuál era el que dirigía las sesiones. Por otra parte, esa falta de definición parecía que era también una característica importante de la familia, haciéndose muy evidente en una ocasión la terapeuta erróneamente empezó a hablar de una separación -cuando la pareja no lo había planteado- y de la forma en que iban a realizarla, encontrándose por supuesto mucha dificultad para que tanto Delia como Saúl se responsabilizaran en las respuestas e incluso faltaron a la sesión posterior, lo cual parecía que estaba relacionado con la tendencia de la familia a evitar la definición de la relación.

Por último, es interesante observar que la familia dejó de asistir justo después de que se le confrontó de una manera importante, lo cual nos puede hacer pensar que efectivamente, fue una intervención que amenazaba con desequilibrar a la familia y en ese sentido, se pudiera considerar adecuada, o bien, que el planteamiento de esa confrontación no tuvo la preparación del terreno necesaria para que ésta no representara una amenaza para la homeostasis familiar, inclinándome más hacia esta última opción, pues si no fueron claros el motivo y los objetivos de la terapia, la familia, principalmente el padre, pudo considerar como sin sentido esta confrontación. No obstante, analizando ahora a distancia el proceso terapéutico, me da la impresión de que precisamente la actitud descalificadora del padre,

apoyada finalmente por el resto de la familia, representaba un intento por detener la intromisión y con ello el cambio en el sistema familiar, por lo que justamente el efecto que esa descalificación tuvo en mí como terapeuta fue el dudar de cada una de mis intervenciones, o al menos de la mayoría, con lo cual quedaría corroborada la idea de que la familia dejó de asistir cuando percibió un poco más de seguridad y peligro en mi intervención.

A diferencia del caso anterior, con la familia Archundia López, se tuvo bastante claridad en la definición de los objetivos y del motivo de consulta, al punto de que cuando se planteó un cambio de objetivo hacia la terapia como padres, éstos aceptaron, aunque con ciertas reservas. Desde el inicio fue muy evidente cómo los síntomas de los niños estaban relacionados con el tipo de comunicación que tenían los padres; sin embargo, no se consideró que esta claridad que tenía el equipo terapéutico, no la tenían los padres, principalmente José y de una manera muy directa se trató de señalárselo, sin obtener con ello los resultados esperados. Cuando en sesiones posteriores se hablaba de los cambios que estaban teniendo en la comunicación, por lo general se preguntaba cómo iban los niños para tratar de hacer esa conexión en forma menos directa, y aún cuando se logró un poco más de aceptación, quizás era más viable que se hubiera hecho un trabajo de empatía de los padres hacia los hijos y trabajar acerca de las ideas que tenía al respecto sus familias de origen.

Es posible que el hecho de que ambos padres tienen estudios superiores: Ana María tiene una especialidad y José un posgrado, haya permeado la visión de la terapeuta en el sentido de considerarlos muy competentes para poder visualizar la dinámica familiar, y de esa manera, también se podrían explicar un poco las situaciones de escalada simétrica que se dieron en algunas sesiones, principalmente con el padre. Así, por ejemplo hubo una sesión donde la terapeuta interrumpía frecuentemente a los padres con la intención de que respondieran de inmediato a sus preguntas; aunque posteriormente se percató y disminuyeron las interrupciones, logrando así un aspecto más fluido en la sesión.

Esta escalada simétrica también pudo haber influido para que tanto a Ana María como a José les fuera difícil reconocer los cambios aún cuando era notorio que sí los había, y se

obtuvo un avance importante en ese aspecto cuando se precisó que era difícil alcanzar un nivel de comunicación óptimo cuando aún estando casados no lo habían tenido, por lo que se les pidió que teniendo este antecedente reconsideraran los avances que estaban teniendo, los cuales vistos así, les parecieron satisfactorios.

Cuando se estaba en ese nivel de la terapia, el padre dejó de asistir por cuestiones de trabajo pero Ana María continuaba reportando grandes cambios, por lo que se planteó el término de la terapia estableciendo como condición que José estuviera presente, aunque transcurrió más tiempo del previsto y en ese intervalo hubo una fuerte discusión, lo cual influyó para que el cierre se diera en condiciones distintas a lo planeado, pues el cambio no había sido del todo aceptado; no obstante, con la intención de romper la escalada simétrica, fue necesario que como terapeuta yo asumiera mi incompetencia y les dejara la total responsabilidad a ellos sobre la forma en que querían asumir los resultados.

Respecto al modelo teórico que predominó en el trabajo con esta familia, puedo decir que se fue modificando de acuerdo a los objetivos, pues cuando en un inicio se intentó trabajar directamente con los síntomas de los niños, se optó por el modelo de terapia breve centrada en problemas, pero cuando los padres decidieron trabajar sobre su relación, se optó por el modelo estructural básicamente, pero retomando elementos de la terapia breve centrada en soluciones.

Por último, con la familia Estrada Guzmán también fueron muy claros el motivo de consulta y el objetivo terapéutico, y conforme éste se fue ampliando con la intención de repartir el síntoma, se tuvo cuidado de estar haciendo la conexión permanente entre el motivo de consulta y los cuestionamientos que se iban haciendo a la estructura, al síntoma y a la realidad familiar. No obstante, el manejo por parte de la terapeuta no siempre fue adecuado, pues se observó sobre todo al inicio un afán de ésta para convencer a la familia que el comportamiento de Carlos no era independiente de la dinámica familiar, lo que pudo haber terminado con la relación terapéutica; sin embargo, el apoyo del equipo fue muy importante para marcar en qué momentos se debía connotar positivamente el comportamiento de Carlos y en cuáles se podría incluso señalarlo como único responsable

para que asumiera un control y auto-regulación. Posteriormente también fue necesaria la participación del equipo para evitar que se continuara centralizando a Carlos.

Además de esto, otro factor que favoreció los cambios, fue la participación de Liset, quien desde su lugar como hija parental, logró cuestionar de varias maneras el papel de Karla.

Una vez que la familia empezó a visualizar los cambios y a tener una visión circular de lo que ocurría en la familia, se observó una tendencia a minimizar e incluso anular la participación de Carlos en ellos, por lo cual el equipo se preguntó en qué otros ámbitos podría estarse dando esa escalada simétrica, donde la familia desvalorizaba a Carlos y otros lo exaltaban. Se pensaba además que la familia tenía tal estilo rígido, que le era muy difícil “soltar” al miembro que estaba dándole flexibilidad, y se apostó que de seguir con esa rigidez, alguien tendría que entrar a tomar el papel que Carlos estaba dejando; incluso se observó que esa característica había implicado al equipo y a la terapeuta, pues difícilmente se trastocaron las reglas con esta familia, y fue necesario estar cuidando el peligro de la isomorfización.

En este caso considero que fue muy importante el que las voces que demandaban el cambio se hicieran de manera explícita desde el interior de la familia, pues si la terapeuta se hubiera enfrascado en la alianza con Carlos, o en otro momento, con Liset, el cuestionamiento a la organización hubiera resultado amenazante. Al no ocurrir de esta manera, los cambios se fueron dando en forma más bien natural, respetando los tiempos y necesidades de la familia.

Como puede notarse el cuestionamiento del síntoma, el manejo de las alianzas y el cuestionamiento de la estructura, fue posible desde el modelo estructural, el cual en este caso me parece que se distinguió por retomarse de manera sistemática, pues así lo permitió la dinámica de la familia.

c) Análisis del sistema terapéutico total.

De acuerdo con Troya y Aurón (1988), la supervisión es un espacio en el que se reflexiona e integran los aspectos teóricos, técnicos y metodológicos con ayuda del supervisor, quien facilita el análisis y la generación de múltiples visiones en el equipo, promueve la discusión e integración de las mismas para trabajar conjuntamente en la resolución del motivo de consulta, al mismo tiempo que está atento a la persona del terapeuta en su práctica clínica.

En ese sentido, puedo afirmar que la práctica clínica se desarrolló en un espacio de supervisión que cumple con las características señaladas. Así, la relación que se estableció tanto entre el equipo de supervisión como con las supervisoras y el terapeuta en turno, considero que se dio en general en un ambiente de profesionalismo y respeto hacia el trabajo y la opinión de cada uno, con lo cual fue más fácil externar los desacuerdos o diferencias.

En el equipo pude observar que, en el caso del ISSSTE, donde no se podían comunicar entre sí los miembros del equipo de manera directa mientras transcurría la sesión, la comunicación no verbal suplía de manera efectiva a la verbal, observándose gestos, posturas corporales, movimientos y señas, que ponían de manifiesto los acuerdos o desacuerdos respecto al rumbo que estaban marcando la supervisión por un lado y el terapeuta por el otro. En el caso de la FESI y del CCH, las condiciones permitían que se comentara abiertamente, al momento, lo que se estaba observando, siendo importante señalar que la actitud de las supervisoras facilitó en gran medida esta posibilidad, pues además de retomar los comentarios del equipo cuando le hacía alguna sugerencia al terapeuta, permitía también que se cuestionaran algunas de sus opiniones.

Esto también coincide con lo que expresan Desatnik, Franklin y Rubli (2002) sobre el supervisor quien debe tener conciencia de los diferentes roles que juega: como maestro, facilitador, evaluador, consultante, entre otros. Asimismo, requiere de la capacidad para reflexionar, partiendo de la cibernética de segundo orden, acerca de su propia participación en el proceso.

Esta actitud de apertura por parte de la supervisión se daba en todos los escenarios, aunque en CCH y FESI era más explotada porque la posibilidad de hacer los comentarios al momento, permitía la retroalimentación de los mismos, con lo cual también se obtenía un conocimiento extra, a diferencia del ISSSTE, en donde era hasta el final que se podían hacer las observaciones y no siempre se podían recordar y retomar todas las intervenciones.

Respecto a la relación entre la supervisora y el terapeuta, también se notó que prevalecía el respeto y que, principalmente a la hora de discutir con el equipo para dar los comentarios finales a las familias, las supervisoras en general preguntaban al terapeuta si estaban de acuerdo con lo que se estaba diciendo y le daban la opción de modificar, eliminar o agregar algún elemento si éste lo creía necesario; sin embargo, en este punto debe también considerarse que la relación con la figura de supervisión está rodeada por un contexto de autoridad y quizá este elemento influía para que difícilmente el terapeuta decidiera cambiar algo del mensaje o de la dirección que se le estaba sugiriendo. De hecho, no tuve conocimiento de ningún caso en donde el terapeuta se negara a hacer lo que le sugería la supervisión, pero sí recuerdo que hubo situaciones en las que una parte de esa sugerencia no era clara para el terapeuta o estaba en desacuerdo con ella y regularmente no lo hablaba sino hasta que los tropiezos en la sesión le llevaban a reconocer que no estaba convencido de lo que estaba haciendo o diciendo. Es importante considerar que en esto no sólo influía la cuestión de la autoridad, sino también la premura en los tiempos que dificultaba el poder entrar en detalles. Esto me parece que se podría evitar o al menos disminuir, si las discusiones se hicieran más sistematizadas; por ejemplo, que cada miembro del equipo – incluidas las supervisoras- escriba de manera resumida sus observaciones para no extenderse o divagar cuando se las dice al terapeuta y/o pedirle al terapeuta que antes de llevar el mensaje a la familia, lo diga frente al equipo, como otra forma de aclarar dudas por ambas partes. Asimismo, respecto al efecto de la autoridad de la supervisora, quizá se podría implementar el preguntarle primero al terapeuta que piensa decir o hacer respecto a la familia y después exponer lo que el equipo hubiera concluido, para discutir ambas partes la conveniencia de una u otra medida o la forma en que ambas podrían complementarse.

Finalmente, respecto a la relación entre el equipo y el terapeuta, indudablemente que se promovió más en el ISSSTE y en la FESI que en el CCH, ya que la estructura de las post-sesiones permitía a cada miembro del equipo hacerle observaciones muy puntuales al terapeuta, lo cual no siempre ocurría en CCH, debido en gran medida a que por lo general las presiones eran muy largas ya que se tenía que leer el acta textual, y eso hacía que se fueran retrasando las sesiones, por lo cual casi siempre se disponía de poco tiempo al final.

6. Habilidades de investigación

Otro objetivo importante de la maestría, es el de promover la generación de nuevos conocimientos y para ello se imparten las materias dirigidas a desarrollar investigación tanto desde el modelo cuantitativo, como del cualitativo. En el caso de la investigación cuantitativa, si bien parte de una epistemología diferente a la de la terapia familiar sistémica y posmoderna, se trata de que ambos marcos de referencia se consideren al menos paralelamente, por lo cual los temas a investigar están relacionados con el ámbito familiar.

Respecto a la investigación cualitativa, ésta tiene más elementos en común con la terapia familiar, obteniéndose así un trabajo totalmente interconectado que desde luego también toma como base la temática de la familia. De hecho, la investigación cualitativa que se realizó en esta maestría, se desprendió de la investigación cuantitativa realizada previamente sobre el mismo tema.

a) Reporte de investigación

Como se mencionaba en los párrafos precedentes, se realizaron dos investigaciones sobre el mismo tema, que en este caso fue el de resiliencia en adolescentes. El trabajo se hizo en equipo y durante el primer semestre se realizó el proyecto de la investigación cuantitativa, mientras que su aplicación se llevó a cabo en el segundo, durante el cual también se desarrolló el proyecto desde el marco cualitativo; a continuación se presenta un resumen de cada uno de ellos.

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

En esta investigación se trabajó con estudiantes entre 12 y 15 años de edad con el objetivo de explorar la presencia o ausencia de factores de resiliencia, encontrándose que sólo un 11.3% tenía estas características. Las variables que se midieron fueron resiliencia y contexto familiar con cinco diferentes instrumentos: Detección de Riesgos (IRPACO), escala de habilidades sociales, escala de autoconcepto, escala de afrontamiento y escala de clima social familiar.

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

Investigación cualitativa: Las vivencias de una joven resiliente

El objetivo de esta investigación fue conocer cómo vive, siente y piensa una persona considerada resiliente, más allá de que se sabe que estas personas poseen características como autoestima, afrontamiento y habilidades sociales en muy buen nivel. El interés era tratar de comprender cómo ha construido y manejado su realidad una persona identificada como resiliente, sobre todo considerando que la resiliencia no es una conducta estática, sino algo complejo, diverso y cambiante que por lo mismo es difícil de aprehender, siendo factible, no obstante tener un acercamiento desde la óptica de quien la posee.

Para ello se realizó un estudio de caso, en el cual se identificaron tanto los factores de riesgo como los protectores mediante la entrevista en profundidad y se encontró que en esta chica la resiliencia está altamente vinculada con su percepción de la vida. De hecho se pudo observar que la joven racionalizaba sus vivencias de riesgo y las transformaba en otra historia que no representara una vivencia emocional dolorosa y con ello, a pesar de haber estado en situaciones de alto riesgo como abandono, hacinamiento, un ambiente de adicciones y delincuencia, ha logrado superarlas y salir fortalecida de ellas, dado que presenta afrontamiento positivo, una autoestima alta, buenas habilidades sociales, capacidad de planeación, entre otros.

También se observó que la existencia de un apego favorable fue determinante para esta chica pues en cuanto a las funciones parentales, aunque sus padres estuvieron ausentes en muchas ocasiones, nunca abandonaron su rol y ello contribuyó a que la chica siempre se sintiera apoyada. Por último, en cuanto a la represión de la joven en sus emociones, posiblemente sea porque cuando detecta situaciones que pueden ser dolorosas, las racionaliza y modifica así su percepción del hecho, convirtiendo un suceso difícil en algo

“habitual”, por lo cual se consideró que la percepción es un elemento clave para que las personas puedan desarrollar habilidades resilientes.

El desarrollo de estas investigaciones, me permitió ahondar en dos temas de los que conocía poco: resiliencia y metodología cualitativa, así como también, reforzar mis habilidades de análisis y síntesis de la información; y de preparación de presentaciones en distintas modalidades, ya que la investigación cuantitativa se presentó en cartel en el XXIII Coloquio de Investigación de la FESI, mientras que la investigación cualitativa se presentó como ponencia en el Coloquio de la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA).

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

El objetivo de generar nuevos conocimientos se considera tan importante como la tarea de difundirlos y utilizarlos en beneficio de la comunidad, por lo cual en la maestría se hace un gran énfasis en la elaboración de productos tecnológicos –individuales y colectivos- que promuevan habilidades de enseñanza, así como también en la creación y aplicación de programas dirigidos a la atención y prevención en la comunidad sobre alguna temática relacionada con el ámbito familiar.

En relación con el desarrollo de habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, si bien éstas se promueven durante todas las materias y seminarios al solicitar que se realicen exposiciones en clase sobre los temas que se están revisando, o bien, que se presenten los resultados de la investigación en algún foro, de manera más específica y articulada con los contenidos y objetivos de los seminarios, se pide la elaboración de un manual y/o un video como parte de la evaluación. Asimismo, la planeación y aplicación de programas comunitarios se estructuraron de tal forma que también fueran parte de la evaluación en algunas materias e incluso como parte del trabajo desarrollado en tutorías. En algunos casos se implementaban como estrategia para tener una mayor cobertura en la atención en los escenarios clínicos o para promover el servicio de terapia familiar.

a) Productos tecnológicos.

Durante la maestría se realizaron tres productos tecnológicos individuales: los manuales de los modelos estructural, terapia breve centrada en problemas y terapia breve enfocada a soluciones; y, como productos colectivos, dos videos sobre la misma temática y dos documentos con temas específicos sobre la terapia familiar

Manuales

En el primer semestre se realizó el manual del modelo estructural, el cual es un documento de veintinueve hojas que fue diseñado con el objetivo de orientar en una forma concreta, rápida y sencilla, a estudiantes de psicología -de nivel licenciatura o maestría- que se

encuentren interesados en conocer las diferentes opciones para realizar un trabajo terapéutico desde el enfoque estructural. Sin embargo, se advierte que no deberá ser tomado como un protocolo a seguir indiscriminadamente, recordando que cada persona o familia que acude a terapia es única y, en ese sentido, cualquier pretensión por hacer que ellas se adapten a las técnicas, devendrá en detrimento de su mejoría y de la misma ética del terapeuta, por lo cual se recomienda utilizar el manual sólo como una orientación y no como una prescripción irrevocable. Además de esta advertencia, para facilitar el uso del manual en la presentación se aclara que en algunos párrafos se emplearon símbolos para indicar, en un caso, una nota con consejos o sugerencias y, en otro, para señalar una advertencia o precaución para la utilización de la técnica.

Posteriormente se realizó una introducción donde se expusieron de manera más o menos detallada los principales postulados y conceptos del modelo estructural y en la segunda parte se dio inicio a la descripción de cada una de las técnicas organizando la exposición en tres apartados: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura familiar y cuestionamiento de la realidad familiar. En cada apartado, después de explicar y justificar la razón de cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad, se expusieron cada una de las diferentes técnicas de manera individual, pero aclarando que en la práctica no suelen utilizarse en forma aislada, ya que en muchas ocasiones se ha observado que en una sola intervención del terapeuta es posible que se estén utilizando varias técnicas a la vez. Por lo tanto, sólo con fines didácticos es que la presentación de las técnicas se realizó en forma separada, pretendiendo de esta manera alcanzar una mayor claridad. Asimismo, cada técnica iba acompañada de un ejemplo, aclarando que éstos eran ficticios y que no representaban la gran variedad de aplicaciones que podría tener cada técnica.

Por último, se presentaron las conclusiones en las cuales sobresalió el hecho de que las técnicas sólo podrán ser útiles si se tiene claro, además de la relación entre síntoma y sistema, el objetivo que se pretende alcanzar con su implementación.

Otro manual que se elaboró fue el de terapia breve enfocada a problemas, el cual es un documento que se ofrece como un material de consulta para los psicólogos en formación

que deseen conocer de manera concreta y precisa, los principales conceptos, premisas y técnicas que utiliza la terapia breve enfocada a problemas. Está dividido en varias secciones y su diseño permite una lectura rápida, así como también la posibilidad de elegir entre consultar sólo la parte teórica y/o los ejemplos que le acompañan. Dentro de la presentación de este manual se hizo la observación de que el hecho de que la terapia breve enfocada en problemas se presentara de manera resumida, no implicaba que su aplicación fuera sencilla ni adecuada para todos los casos, por lo cual se sugería consultar los materiales bibliográficos en que se apoyó el documento, así como también el uso responsable y ético de las herramientas que en él se exponían.

Posterior a esta presentación, se inició con la exposición de los antecedentes históricos así como también los fundamentos teóricos de este enfoque, siendo esta sección la que contenía una estructura más tradicional en su formato y redacción, a diferencia de las secciones posteriores en donde se hizo un mayor uso de herramientas como cuadros, tablas y figuras para apoyar la presentación de los otros contenidos; es decir, las características de la terapia y del terapeuta, la postura del paciente, las intervenciones principales y las intervenciones generales. Finalmente, se presentó la sección de ejemplos, manejándose en general los mismos casos para ambos tipos de intervenciones.

En el tercer semestre se elaboró un manual que tuvo como objetivo presentar de una manera sintética y esquematizada los principales aspectos de la terapia breve centrada en soluciones. El material presentado no pretendía agotar todo lo que pudiera decirse de este enfoque y sólo proponía algunas líneas, sugiriendo que, de resultar de interés para el lector, deberían profundizarse con la revisión de la bibliografía citada al final de ese trabajo.

Con el objetivo de ofrecer un documento de fácil lectura, se dividió en apartados que pueden revisarse de manera independiente; incluso la sección de ejemplos se puede consultar primero con la posibilidad de remitirse posteriormente al apartado de técnicas, ya que cada ejemplo va acompañado de símbolos que indican qué técnica se está utilizando y, a su vez, las técnicas cuentan con el símbolo correspondiente.

Los casos presentados como ejemplos fueron ficticios y se aclaró que cualquier semejanza con una situación real, era azarosa, siendo diseñados únicamente con fines didácticos.

Por último, cabe mencionar que dada la organización del documento no se consideró conveniente señalar las citas bibliográficas correspondientes por cuestiones de presentación, decidiendo señalar solamente los libros en los que se basó la realización del documento, aclarando que toda la información del manual fue extraída de ellos.

Videos.

En el video del modelo estructural participaron cuatro personas más para su realización, también estudiantes de la maestría, quienes además de elaborar conjuntamente el guión del video, tomaron parte representando el papel de la familia. Cabe señalar que en todo este proceso, se contó con el asesoramiento de un equipo profesional para la producción de documentos de este tipo.

Los objetivos de este trabajo fueron dos: por una parte, entrenar y desarrollar en los participantes la habilidad para utilizar las diferentes técnicas que presenta el modelo estructural, y, por otra parte, mostrar a otros terapeutas en formación las posibilidades de trabajo terapéutico que ofrece este modelo.

El video tiene una duración de treinta minutos aproximadamente y en él se representaron algunas sesiones de un caso que fue abordado desde el modelo estructural. El caso fue retomado de una situación real, pero por cuestiones éticas se modificaron los nombres y todas aquellas situaciones que pudieran llevar a la identificación de las personas involucradas.

La dinámica del video fue la siguiente: en un espacio de tiempo muy breve, se expusieron algunos de los principales conceptos del modelo estructural, para posteriormente dar paso a la presentación del caso como tal.

Para la presentación del caso se describió el familiograma, el motivo de consulta, así como también el diagnóstico que se hizo de esa familia, es decir: la estructura familiar, la

flexibilidad del sistema, su resonancia, la etapa del ciclo vital que atravesaban, el contexto familiar y el síntoma del paciente identificado.

Posteriormente, se dio inicio a la exposición de las sesiones terapéuticas, la cual iba acompañada por una narración en la que señalaba de manera resumida el trabajo previo de la terapeuta a fin de contextualizar las intervenciones que se iban a presentar. Después de la representación se colocaba una diapositiva en la cual se detallaban las técnicas que habían sido utilizadas.

Durante el tercer semestre, se hizo un video sobre el modelo de terapia estratégica y en él participaron tres personas más, estudiantes del segundo semestre de la maestría, quienes además de representar distintos papeles como pacientes y terapeutas, elaboraron el guión y los diálogos para su escenificación. Asimismo, se contó con la asesoría tanto de la profesora de la materia como de un equipo de profesionales de recursos audiovisuales.

Este video tiene una duración aproximada de veinticinco minutos, de los cuales la mitad está dedicada a una exposición de las bases teóricas de la terapia estratégica acompañada de imágenes y diagramas. El resto del video contiene tres casos diferentes en los cuales se condensaron las diferentes técnicas propuestas por este enfoque. Cabe señalar que las situaciones presentadas fueron retomadas de los pacientes que se atendieron en la clínica, modificando desde luego no sólo sus nombres, sino también cualquier situación que pudiera llevar a su identificación.

De esta manera, cada caso iniciaba con la presentación del familiograma y una descripción general del motivo de consulta; posteriormente, tras la presentación de la viñeta, se señalaba cuáles habían sido las técnicas utilizadas en esa situación.

Documentos

Además de los videos se trabajó en otros dos productos tecnológicos colectivos: línea del tiempo y ciclo vital de las familias. En el primero y segundo semestres se trabajó con el documento denominado línea del tiempo, el cual es un cuadro donde se compendian los

principales acontecimientos que han ocurrido alrededor de la terapia familiar; el documento ya se había iniciado por los alumnos de la generación anterior, por lo que nuestro complemento consistió en investigar y exponer en él la historia de la terapia familiar en México.

En el tercer semestre participé en la elaboración del documento sobre ciclo vital de las familias, el cual consiste en un concentrado de entrevistas que se realizaron a diversas familias de acuerdo con el ciclo vital que estaban atravesando, con el objetivo de observar las particularidades que pudieran tener las familias mexicanas en comparación con lo propuesto por la teoría.

b) Programas de intervención comunitaria.

En el primer semestre se impartió el taller sobre de comunicación no violenta como parte de una de las materias del tronco común: Teorías y Modelos de Intervención I; en este taller habíamos estado como participantes previamente, así que una vez que fue vivenciado, se planeó su aplicación para la comunidad, por lo cual se le hicieron algunas modificaciones al diseño original.

El objetivo del taller fue dar a conocer un modelo de comunicación que, de acuerdo con Rosenberg (1990) permitiera el entendimiento mutuo aún entre personas muy conflictuadas, pues a partir de él se pretendía mejorar las habilidades de comunicación y negociación para:

- ✓ Construir relaciones basadas en el entendimiento.
- ✓ Escuchar con precisión lo que las otras personas sienten y necesitan, aún cuando se expresen de manera hostil.
- ✓ Identificar las necesidades de clientes, pacientes, empleados y consumidores.
- ✓ Prevenir, mediar y resolver conflictos de manera que se incremente el entendimiento mutuo y la confianza.
- ✓ Introducir cambios minimizando la resistencia y promoviendo la cooperación.
- ✓ Crear entendimiento mutuo en personas con culturas diferentes.

- ✓ Evaluar el desempeño de forma tal que promueva el crecimiento y el aprendizaje.
- ✓ Romper patrones de pensamiento que llevan al enojo y la depresión.

El taller se aplicó con otro ponente y se desarrolló en dos sesiones de tres horas cada una, contando con la asistencia de dieciséis estudiantes de la carrera de psicología que cursaban el primer semestre; la impartición del mismo se llevó a cabo en una de las aulas del edificio de posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los recursos materiales que se utilizaron fueron: pizarrón, proyector de acetatos, acetatos, fichas de trabajo, tarjetas bibliográficas, plumones, lápices y cinta adhesiva. Como técnicas de capacitación se emplearon la exposición, las dinámicas vivenciales y la participación con preguntas o aportaciones directas.

Los temas desarrollados durante el taller de comunicación no violenta, fueron los siguientes: conceptos relacionados con el tema como agresión, asertividad, empatía y los axiomas de la comunicación humana; antecedentes u orígenes del modelo de comunicación no violenta; descripción del modelo retomando las metáforas de lenguaje jirafa y lenguaje chacal; comunicación que aleja de la vida; componentes de la comunicación no violenta; estrategias de comunicación: uso de observaciones claras, expresión de sentimientos, identificación de necesidades, uso de peticiones precisas, uso de la empatía, etcétera; el mapa de comunicación no violenta; inventario de sentimientos y necesidades; diferencia entre observaciones y evaluaciones; expresión plena de la ira, entre otros.

En ambas sesiones, la exposición de estos temas se iba intercalando con dinámicas y ejercicios vivenciales a fin de motivar la participación de los asistentes, quienes manifestaron su agrado por los resultados obtenidos.

Como parte del taller, también se elaboró un tríptico que contenía los principales temas abordados en las sesiones y se proporcionó a los asistentes para que de manera resumida tuvieran un rápido acceso a la información revisada.

Finalmente, se hizo por escrito un reporte del taller, en el cual se señaló dentro de las conclusiones, la importancia que tiene el continuar trabajando sobre modelos alternativos

para la comunicación que posibiliten el mejoramiento de las relaciones sociales, así como también el diseñar estrategias que permitan que estos modelos se conozcan y se encuentren al alcance de cualquier persona interesada en mejorar sus habilidades de comunicación.

El segundo taller se realizó en el tercer semestre, sobre la temática de violencia familiar, con el objetivo de que los participantes identificaran el proceso de violencia en la pareja y las alternativas para detenerlo.

El taller se llevó a cabo en dos sesiones de dos horas cada una con un total de nueve participantes del sexo femenino en las instalaciones de la casa de la cultura de Santa María la Ribera.

Los contenidos del taller consistieron en la identificación de los sentimientos frente a la agresión así como también de los diferentes tipos de violencia en la pareja; también se habló de los estereotipos de género identificándolos como una de las causas de la violencia. Por otra parte, se explicó el círculo de la violencia y se definió ésta como un fenómeno multicausal, discerniendo, no obstante, las alternativas para llevar una vida sin violencia. Dentro del marco de las alternativas, se presentó el marco legal y las principales instituciones que trabajan sobre el tema de la violencia, especificando los servicios que proporciona cada una de ellas. Finalmente, se promovió el autoconocimiento como una alternativa para identificar y detener la violencia.

A manera de conclusión, se observó que todas las participantes habían tenido al menos contacto indirecto con una situación de violencia; asimismo, se encontró que los conocimientos sobre la violencia continúan sesgados, pues se habla poco de lo que pasa con el agresor y se da más importancia a la violencia física y emocional. En ese sentido, el hecho de que los estereotipos de género estuvieran muy marcados en los miembros de este grupo, pudiera dar cuenta del desconocimiento de otros tipos de violencia al considerar como naturales ciertos comportamientos. Por último, se notó que la atención institucional a la violencia familiar es poco conocida.

Cabe señalar que en la planeación inicial el taller estaba programado para impartirse en la Clínica Tlalnepantla del ISSSTE; sin embargo, a la convocatoria asistieron sólo tres personas, por lo que se decidió reducir la duración del taller a una sesión y darle un giro a la temática haciendo más énfasis en el maltrato al adulto mayor, ya que las personas que asistieron pertenecían a este grupo poblacional y, no obstante la modificación de la planeación, el grupo se mostró participativo y reflexivo acerca de la problemática.

En el tercer semestre, como parte de las actividades programadas en el CCH, se trabajó en terapia de red con seis adolescentes y sus madres. El objetivo de esta intervención fue crear un puente de comprensión entre dos generaciones, para lo cual se trabajó en seis sesiones quincenales de hora y media aproximadamente.

En la primera sesión se habló de los motivos de consulta, los cuales, en el caso de las familias con las que trabajé, fueron: depresión, suicidio, adicciones, sobreprotección y parentalización de los hijos. Una vez definidos los objetivos, en la segunda sesión se trabajó directamente con los adolescentes pidiéndoles que externaran lo que pensarán y sentirán alrededor de su motivo de consulta y los padres sólo escuchaban. En la tercera sesión, se trabajó a la inversa, siendo los hijos quienes escuchaban a los padres sobre cómo se sentían con lo que habían escuchado en la segunda sesión. En la cuarta y quinta sesión se trabajó tanto con los mitos familiares como con rituales para cuestionar y/o reconsiderar esas creencias, así como también con los recursos de cada familia para hacer frente a la situación que les aquejaba, extendiéndose un poco este trabajo hasta la sexta sesión, en la cual además se realizó la evaluación.

De acuerdo con los resultados observados y con la evaluación de los participantes, cuatro de ellos lograron alguna mejoría en relación con su motivo de consulta, siendo sólo una adolescente quien desertó en la cuarta sesión y su madre lo hizo en la sexta, sin que obtuvieran buenos resultados.

El cuarto taller que se desarrolló fue en relación con las adicciones, el cual tuvo como objetivo general que los participantes analizaran los efectos del consumo de drogas en

relación con su proyecto de vida, así como las alternativas disponibles para evitar el consumo.

Este taller se llevó a cabo en el Instituto Alher ubicado en la colonia Acueducto de Guadalupe en colaboración con otra compañera de la maestría, y estuvo dirigido a 70 estudiantes de secundaria y preparatoria de ambos sexos, divididos en dos grupos de acuerdo al nivel de escolaridad, trabajando con cada uno de ellos en una sesión de dos horas.

Los contenidos del taller se centraron en el bosquejo de un proyecto de vida y el impacto de las adicciones en el mismo; la identificación de los diferentes tipos de adicciones; el análisis y discusión de las principales causas de las adicciones; y la generación de alternativas para hacerles frente.

En general, los alumnos dijeron que el taller les había sido de gran utilidad, notándose una mayor participación en los temas de definición de adicciones y análisis de las causas, entre las cuales se observó en esa población una tendencia a minimizar los riesgos del consumo, lo cual fue señalado y reflexionado por los grupos. No obstante, hubo una gran diferencia en cuanto a participación entre ellos, observándose con más disposición y actitud reflexiva al grupo de secundaria y contrario a lo que se esperaba, el grupo de preparatoria adoptó una actitud de poco compromiso, la cual también les fue reflejada.

8. Habilidades de compromiso y ética profesional

a) Consideraciones éticas de la práctica profesional

El comportamiento ético es un tema que, como debe ser, se retoma en varios momentos de la práctica clínica, por lo que no podía dejar de estar presente en las sesiones de terapia familiar. Sin pretender agotar todos los aspectos éticos relacionados con la terapia, a continuación se señalarán algunas situaciones en las que se hizo necesaria una consideración al respecto.

Uno de los rubros más destacados en el código ético de los psicólogos, es el de la confidencialidad, la cual adquiere un matiz especial cuando se trabaja con equipo de supervisión y video-grabaciones, ya que aun cuando los consultantes aceptan que éstas sean utilizadas con fines didácticos y/o para retroalimentar el trabajo, resulta delicado emplear los videos durante las sesiones mismas. Así, por ejemplo, en una familia donde los padres estaban divorciados y aún había continuos pleitos entre ellos, en una ocasión se decidió mostrar un fragmento de video al señor José de la segunda sesión a la que asistió solo Ana María y en donde aún no se tenía contemplada la participación del padre, por lo cual antes de pasar el video se le pidió su autorización a Ana María por vía telefónica, pues se pretendía mostrar sorpresivamente en la siguiente sesión; sin embargo, al hacer la llamada también surgió otro dilema, pues Ana María trató de aprovecharla para externar algunos temas que no se habían trabajado en sesión, por lo cual la terapeuta le pidió que reservara sus comentarios para la siguiente cita, ya que de lo contrario estaría peligrando la alianza terapéutica que se había establecido con ambos padres.

Otra situación relacionada con la confidencialidad ocurrió con una familia en la cual el paciente identificado era un chico de doce años, quien tuvo la iniciativa para pedir a uno de sus familiares que lo llevara a terapia. Este familiar fue quien solicitó el servicio y también quien acudió a la primera entrevista, haciendo énfasis en la poca disposición que había por parte de la madre para atender la situación; pese a ello, se le invitó a la terapia y la señora accedió, pero se tuvo mucho cuidado en no dar por cierta la información que había dado ya

su familiar y mucho menos dársela a conocer, pues a pesar de que era su hijo quien se encontraba en terapia, no implicaba que tuviera que enterarse de todo lo ocurrido en la primera sesión.

Para terminar con el tema de confidencialidad también es importante tomar medidas para que los usuarios sientan confianza en el terapeuta, como cuando se observó que una consultante había sido alumna de una de las terapeutas del equipo de observación, por lo cual se decidió que esta observadora no estuviera presente en esas sesiones.

En cada uno de estos casos, afortunadamente, se hizo la discusión previa sobre cuál era la mejor forma de conducirse de acuerdo a lo que se establece sobre el rubro de confidencialidad y en general no había disyuntivas ni dilemas sobre cómo se debería manejar la situación, sino más bien se analizaba de manera detallada la alternativa para tratar de evitar contratiempos, excepto en el primer caso, en donde la decisión sobre mostrar o no el video al padre, implicó también una reconsideración acerca de otro aspecto ético: la alianza terapéutica, la cual se supone implica tener el mismo trato con todos los miembros de la familia.

Continuaremos ahora con el aspecto de respeto que todo terapeuta debe tener a cada miembro de la familia y a sus colegas. De esta manera, uno de los dilemas se presentó con una consultante que estaba en vías de matrimonio y quien deseaba mantener ciertas condiciones en su relación de pareja una vez que hubieran pasado a esa etapa, por lo cual ella estaba ante la disyuntiva de liberación vs. sumisión, pero después de algunas sesiones, nos pudimos percatar que hasta ese momento no sabíamos exactamente qué significaban para ella esos polos, pues habíamos asumido que la liberación, por ejemplo, implicaba que ella fuera una mujer independiente, con sus propias ideas y metas que defendería a costa de su relación; sin embargo, esto no era así, ya que ella señaló que sólo quería tener bajo control algunas condiciones, pero indudablemente la liberación que pretendía no era la que nosotros habíamos preconcebido, lo cual habla de una dificultad a la que solemos enfrentarnos como terapeutas: el dar por hecho que como profesionistas sabemos lo que necesitan los consultantes.

Con otra familia, una mujer llevaba ya varias sesiones y se decidió invitar a su pareja, pero se advirtió que si el esposo no aceptaba ser videograbado, se respetaría su posición, pues los avances que ya se tenían en la terapia peligraban si se pretendía ser fiel a la regla. En el mismo caso, se pensó en la posibilidad de invitar al hijo de la pareja, quien era homosexual pero no lo había hablado abiertamente con la familia y se consideró que, en caso de que acudiera, no se tocaría el tema de la orientación sexual a menos que él lo decidiera.

Otra circunstancia en donde se evidenció la cuestión del respeto, fue con una de las personas del equipo, quien sufrió una pérdida importante y se consideró que era necesario dejarla un tiempo sin consultantes y permitir que viviera su duelo sin presiones, sin que esto a su vez, se convirtiera en una dificultad en su trabajo terapéutico.

En relación con el tema del respeto, puede observarse que, además de que son más amplias y variadas las situaciones en que es necesario reconsiderarlo, en algunas ocasiones se llevaba a discusión hasta que ya se estaba presentando alguna dificultad en el proceso terapéutico, lo cual se deba probablemente a que aparentemente es menos visible que la confidencialidad.

Finalmente, otro aspecto ético que sobresalió en varios casos fue el relacionado con la responsabilidad profesional. Así, en un caso donde también participaba la familia extensa, en una ocasión la madre llegó pidiendo que en adelante se trabajara sólo con la familia nuclear, por lo cual fue necesario solicitarle a aquélla que de momento ya no acudiera. En este caso, fue difícil determinar hasta dónde esta decisión estaba relacionada con uno de los objetivos terapéuticos y, por otra parte, hasta qué punto también representaba un intento de la madre por determinar las condiciones de la terapia, por lo cual se decidió atender a la demanda de la madre haciendo énfasis en que era un cambio que se tenía contemplado como objetivo, sin permitir además que ella tomara el mando de la sesión.

Respecto a una familia, donde el padre frecuentemente me descalificaba, fue necesario que primero yo reconociera que esta actitud me molestaba; sin embargo, trataba de no engancharme y en algunos momentos lo lograba, como cuando podía detenerme antes de

plantear alguna pregunta que sólo tenía la finalidad de confrontarlo. En otros momentos se observó que inadvertidamente estaba tratando de aliarme con el señor para evitar seguir siendo descalificada, lo cual se modificó después de haberme percatado. Una situación parecida se presentó con otra familia donde también el padre tenía ciertas actitudes descalificadoras hacia la terapia, por lo cual fue necesario que yo estuviera muy pendiente, pues en ocasiones se llegó a convertir la relación en una escalada simétrica, aunque afortunadamente la presencia y advertencias del equipo terapéutico, permitían que se interrumpiera esa escalada, ya sea haciendo sugerencias sobre como conducirme durante la sesión, o bien, cuestionándome y validándome acerca de mi sentir en esos momentos.

Otra situación relacionada con la responsabilidad se presentó cuando una madre de familia, después de que faltaron a una sesión, llamó para disculparse pero también para pedir que se le atendiera a ella de manera particular, ante lo cual se negó la terapeuta explicando los inconvenientes de esa posibilidad considerando además la cuestión de la alianza con los otros miembros.

En esta misma familia, la responsabilidad profesional se discutió en relación con la idea falsa que se había formado la terapeuta de que la pareja quería separarse y dirigió hacia allá las intervenciones, pero cuando se percató de su error, lo hizo evidente ante la familia.

Sobre el tema de la responsabilidad profesional me parece que, en los casos que se presentaron, implicó ante todo que yo asumiera mis limitaciones y mis fortalezas, tanto personales como profesionales, además de que era necesario estar recordando en todo momento que mi papel como terapeuta no implicaba decidir cuál era el rumbo que debía tomar la familia.

Estos fueron algunos de los momentos en que surgieron aspectos éticos durante mi práctica clínica, aunque como pudo notarse varias de las situaciones que se expusieron estaban intersectadas por varios elementos éticos, pero se decidió hacer énfasis sólo en los que se habían retomado directamente. Incluso se podrían seguir señalando varios ejemplos más, los cuales nos darían cuenta de la importancia de guiar el trabajo terapéutico bajo los lineamientos que indica la ética, pues de lo contrario, ningún enfoque u objetivo, por bien planteado que esté, podrá responder a las demandas que tiene la familia cuando acude a terapia.

CONSIDERACIONES FINALES

9. Reflexión y análisis de la experiencia.

Durante mi estancia en la maestría viví diversas situaciones que me hicieron cuestionarme tanto a nivel personal, como también sobre las implicaciones de la realización de la maestría en general, y de la residencia de terapia familiar en particular.

Iniciaré con el proceso de enseñanza-aprendizaje que prevaleció, el cual aún cuando estaba inserto en un contexto escolarizado, se caracterizó por el énfasis puesto en la reflexión de los contenidos temáticos, logrando así, en mi caso, un aprendizaje más significativo. Asimismo, compartir experiencias relacionadas con esos temas por parte de las profesoras y de los alumnos, enriquecía bastante los seminarios y, antes o paralelamente, era posible ver la aplicación de los modelos atendiendo a las características de nuestro contexto.

La puesta en práctica de los elementos ahí revisados, ocurrió no sólo en las clases, sino también en la misma forma de evaluación, pues se nos solicitó que realizáramos videos, manuales y talleres en los cuales desde luego se tenían que aplicar las herramientas adquiridas. Quizás lo único que a mí me hubiera gustado, es que, por un lado, se planearan más actividades de práctica clínica desde el primer semestre y, por otro, que las sesiones terapéuticas en las que participamos como observadores, hubieran sido desde el enfoque estructural, ya que fueron pocas las oportunidades en las cuales se vió la aplicación de este modelo.

Por otra parte, la programación de los seminarios me parece que pudo haber sido diferente con el fin de dedicar un mismo tiempo a los diferentes modelos, o bien, haber tenido la oportunidad de leer a más autores. Por ejemplo, mientras que el modelo estructural tuvo asignadas cuatro horas a la semana, los modelos restantes sólo tuvieron dos horas. Asimismo, independientemente de las horas destinadas, en algunos seminarios las lecturas eran tantas que sentía que en algunas ocasiones no se revisaban con la profundidad requerida.

Respecto a los contenidos de las materias del tronco común, no resultaron tan alejados de las materias de la residencia, principalmente los de Teorías y Modelos de Intervención, los cuales fueron adaptados totalmente para que se abordaran temáticas

propias de la terapia familiar. Sin embargo, en el caso de Medición y Evaluación, así como también en Metodología de la Investigación, si bien los temas que se revisaron provenían incluso de una epistemología distinta a la que se retoma en el enfoque sistémico y esto provocaba cierta confusión, considero que las herramientas conceptuales y metodológicas que presentaron son indispensables para una formación integral.

Por último, el acercamiento que tuve al sistema de tutorías, me resultó muy provechoso, pues además de que se dio en forma de acompañamiento -y no de persecución como yo me imaginaba- me permitió, por una parte, encontrar una asesoría concreta y precisa acerca de todos los trámites relacionados con la permanencia en la maestría y, por otra parte, contar con una guía que me mostraba varias alternativas para resolver alguna situación, como cuando se tuvo que tomar una decisión para elegir un tema de investigación, o cuando se solicitó orientación para la elaboración de los manuales y de los reportes.

En este punto quiero resaltar algo que me pareció fundamental y es el hecho de que la mayoría de las profesoras, desempeñaba al menos dos de las siguientes funciones: docencia, supervisión o tutorías, lo cual a mí me resultó muy provechoso porque precisamente mi tutora desempeñaba esos tres papeles, de manera que el proceso de enseñanza-aprendizaje estuvo siempre integrado y libre de elementos inconexos o que tuvieran poco que ver con la formación.

Continuando con el análisis de las experiencias que tuve en la residencia, quisiera hablar ahora de la modalidad de trabajo con supervisión, la cual fue sumamente novedosa y hasta amenazante en un inicio, pues sobre todo las intervenciones de las supervisoras me parecían sólo órdenes acerca de cómo llevar la terapia; sin embargo, logré percatarme de varios principios que conlleva la epistemología cibernética, por ejemplo, de cómo se construye una realidad, ya que era habitual que cada participante del sistema terapéutico total, independientemente de su posición, hiciera una observación o señalamiento de algo que los demás no se habían percatado, lo que me permitió entender el papel de la supervisión como una guía que tiene la ventaja de estar observando “el ruedo” desde otra posición.

En ese sentido, puedo decir que la función de las supervisoras no se limitaba a ser una guía, sino que también en algunos momentos permitía al equipo que decidiera con total libertad sobre algunos aspectos –por ejemplo, si quitar o poner una parte del mensaje-, o bien, marcaban directrices muy claras, como en algunos casos en los cuales era necesario que se retomara la sugerencia de la supervisora en el momento y como ella lo estaba indicando, pues de lo contrario se desvanecería el efecto que se pretendía alcanzar.

Por otra parte, también fue interesante observar cómo la familia iba retroalimentando el proceso terapéutico, dando “luz verde” a ciertas intervenciones del terapeuta y oponiéndose a otras, al mismo tiempo que el terapeuta era auxiliado por el equipo para no ser “absorbido” por el sistema, pues definitivamente, en la mayoría de los casos, el terapeuta, sin darse cuenta, hubiera terminado por seguir con la pauta que mantenía el problema.

La participación de la supervisión y el equipo fue muy importante, pues no era sólo que tenían otra visión sobre lo que referían los consultantes, sino también que al poder observar desde otra posición la interacción del terapeuta con éstos, podían hacer señalamientos que evitaban que el terapeuta fuera absorbido por el sistema familiar. En algún momento, inclusive, la vivencia del equipo de supervisión como un apoyo llegó al extremo de convertirse en la única guía para lo que estaba ocurriendo en la sesión, siendo esto advertido como un peligro, pues considero que finalmente el terapeuta es quien está más cerca de la familia y es quien puede captar de manera más directa lo que ésta demanda o requiere. Asimismo cuando yo participaba en el equipo de supervisión, corroboraba la diferencia derivada del hecho de estar viendo al sistema detrás de un espejo y captar así detalles del comportamiento tanto del terapeuta como de la familia que obviamente pasan inadvertidos cuando uno es el terapeuta.

Ahora bien, las supervisoras con quienes contamos mantuvieron en general un estilo respetuoso pero firme, estando avalado con la gran experiencia de cada una de ellas; no obstante, más allá del conocimiento teórico y práctico que poseían, era su persona la que en mayor medida determinaba el rumbo de las intervenciones, llegando incluso en el equipo a comentar, a manera de ejercicio, lo que diría otra de las supervisoras o el

camino que hubiera tomado la terapia en caso de que fuera otra profesora quien estuviera supervisando.

Considero que la relación que se estableció tanto entre el equipo de supervisión como con las supervisoras y el terapeuta en turno, se dio siempre en un ambiente de profesionalismo y respeto hacia el trabajo y la opinión de cada uno, con lo cual fue más fácil externar los desacuerdos o diferencias.

Finalmente, puedo decir que esta modalidad de trabajo terapéutico ofrece grandes ventajas tanto para la enseñanza y formación, como para la atención de las familias, las cuales se ven beneficiadas con las diferentes voces y miradas que participan en el sistema.

a) Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

Aún cuando las áreas señaladas están interconectadas, quisiera describir por apartados la manera en que la maestría se reflejó en cada una de ellas.

Como persona noté un gran crecimiento, pues independientemente de que los seminarios no implicaban en ningún modo un proceso terapéutico, puedo decir que principalmente el acercamiento a una nueva epistemología me ha permitido paulatinamente cuestionarme y, en varios casos, modificar algunos aspectos que tenían que ver precisamente con mirar los eventos de una manera lineal, teniendo lugar estos cambios en mi relación de pareja, mi relación de madre, de hija y de hermana, en donde por ejemplo, ya no me fue posible seguir creyendo que sólo una de las partes era la responsable de los conflictos, o bien, pasar inadvertida toda la dinámica familiar alrededor de una situación de enfermedad. Estas comprensiones nos fueron llevando en forma paulatina a hacer modificaciones importantes en nuestra organización.

En relación con el ámbito profesional, indudablemente representó un gran avance no sólo por la adquisición de nuevos conocimientos, sino principalmente por la posibilidad de creer nuevamente en mis habilidades como psicóloga. De hecho, al principio yo consideraba que dada mi formación previa en la terapia psicoanalítica, no contaba con las habilidades mínimas necesarias para trabajar desde este enfoque. Sin embargo,

conforme transcurrió la práctica me fui dando cuenta que si bien había varios aspectos para mejorar, también tenía algunas destrezas.

Por último, respecto al campo de trabajo, considero que la formación de terapeutas familiares y en general de cualquier profesional especializado, se reflejará en mejores estrategias de atención y prevención ante la problemática psicosocial que aqueja a nuestra sociedad.

b) Habilidades y competencias profesionales adquiridas

Durante el tiempo que cursé la maestría adquirí distintas herramientas y recursos para poder desarrollar un trabajo profesional como terapeuta familiar, los cuales no obstante, aún están en posibilidad de crecimiento.

Respecto a la parte teórica, al inicio de la maestría tenía yo un conocimiento general de los modelos propuestos desde la postura moderna y conforme transcurrieron los semestres, ese conocimiento se fue detallando, al grado de que hoy puedo identificar los principales elementos que caracterizan a los modelos estructural, estratégico, terapia breve centrada en problemas, terapia breve centrada en soluciones, la escuela de Milán y terapias posmodernas, logrando también discernir en qué casos puede ser viable su aplicación.

En relación con la práctica clínica, tenía yo algunas habilidades; sin embargo, nunca había participado en un equipo terapéutico, lo cual me generaba cierta inseguridad, sobre todo en relación con la elección del modelo teórico que se iba a utilizar y la elaboración de hipótesis sistémicas –en lo cual aún no me siento muy competente- pero durante el proceso fui adquiriendo más confianza, entendiendo sobre todo que estos “puntos de partida” se pueden ir modificando. Respecto a otros recursos para participar en un sistema terapéutico, tanto siendo miembro del equipo como siendo terapeuta, puedo decir que contaba con ellos, aunque obviamente se fueron mejorando. Así, soy capaz de desarrollar una terapia con los procedimientos generales que conlleva: entrevista telefónica, definición de motivos de consulta y objetivos terapéuticos – aunque en este aspecto fue hasta el último semestre donde logré señalarlos con mayor precisión-, enganche, identificación de recursos, limitantes, sistemas de creencias,

capacidad de adaptación, etcétera, en la mayoría de los casos, elección del modelo que mejor se ajuste al consultante, diseño general de la intervención con base en el mismo, y elaboración de reportes del tratamiento. Asimismo, una parte muy importante que reconozco aún estoy aprendiendo es a identificar las acciones que realizo durante una sesión, y a nombrarlas de acuerdo con los modelos.

Otra parte importante de la maestría fue la investigación, la cual me permitió aprender a diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación dirigidos a los principales problemas que aquejan a la población, siendo capaz de desarrollar esto desde una metodología cuantitativa como cualitativa. Si bien tenía yo conocimientos previos, principalmente de la metodología cuantitativa, los había olvidado debido a que no los había utilizado durante mi práctica profesional, por lo cual mis recursos en esta área eran mínimos al inicio. Al mismo tiempo, el ámbito de la investigación, aunado a otros como el desarrollo de talleres y la exposición en clase, me permitió mejorar mis habilidades de enseñanza, ya que se presentaron los resultados de la misma en distintos foros académicos.

Las habilidades necesarias para desarrollar acciones de prevención, fue otro elemento que se fortaleció durante la formación, pues aunque en mis trabajos anteriores había tenido oportunidad de ejercitarme en esta área, no lo hacía con la sistematización necesaria, mientras que después fui capaz de elaborar y aplicar programas y proyectos de salud comunitaria, teniendo presentes los distintos factores que pueden contribuir a la prevención de problemas psicosociales.

Finalmente, mi estancia en la maestría me ha permitido reforzar y en algunos casos, redefinir mi ética como terapeuta, manteniendo al mismo tiempo un firme compromiso personal y social con la profesión. Así, reconozco y respeto la variedad de modelos, colegas e instituciones que pueden estar involucrados en la atención de un consultante y/o que representan opciones para su atención. Asimismo, puedo mostrar respeto a todo consultante y garantizar confidencialidad y profesionalismo en la relación, teniendo siempre una actitud autocrítica y honesta hacia mi trabajo, llegando a reconocer cuando sea necesario derivar un caso por falta de conocimiento o porque mi modelo de trabajo no es el adecuado para esos consultantes; solicitar supervisión para el mismo y/o actualizarme de manera constante de acuerdo a las necesidades que vaya detectando; sin

embargo, también tengo presente que no es suficiente con un frecuente crecimiento académico, sino que también en muchos momentos es importante asumir la necesidad de contar con una terapia personal.

c) Incidencia de la terapia familiar en el campo psicosocial

Considerando que este programa de maestría está inserto en el área de la salud, es importante resaltar sus contribuciones en la atención y/o prevención de algunos de los problemas psicosociales que se señalaban en el primer capítulo. Así, en el caso de los talleres que se desarrollaron, se tuvo oportunidad de promover la prevención de situaciones de violencia familiar en la pareja y en los adultos mayores, así como también participar en la prevención de adicciones en adolescentes. Asimismo, a nivel grupal también se tuvo una incidencia importante con la terapia de red desarrollada en CCH, la cual estaba dirigida a adolescentes que asisten con alguno o ambos padres y en la cual participé como coterapeuta en un grupo y como miembro del equipo terapéutico en dos grupos más; en tales grupos las demandas eran muy variadas, pero en su mayoría tenían que ver con depresión, intentos de suicidio, adicciones y deserción escolar, problemática en la que en la mayoría de los casos se dieron cambios significativos.

Finalmente, la intervención clínica con familias tanto como terapeuta como siendo miembro del equipo, permitió la incidencia en temáticas como dificultades escolares, depresión, suicidio, VIH/SIDA y violencia conyugal.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Ámela, V. (2003, 5 de mayo). La felicidad es siempre posible. *La vanguardia*. p. 20.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa
- Andersen, T. (1995). Reflexionando sobre la reflexión con familias. En: S. McNamee y K. Gergen. (Eds.) *La terapia como construcción social*. P. 77-92. Buenos Aires: Paidós.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baeza, S. (s/a). La intervención familia-escuela. *Perspectivas sistémicas*. Recuperado el 10 de diciembre de 2005, de <http://www.redsistemica.com.ar>.
- Boscolo, L., Cecchin, G. y Hoffman, L. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, S. (1985). *Terapia Familiar Intensiva*. México: Trillas
- Cade, B. y Hudson, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. México: Paidós
- Campion, J. (1985). *El niño en su contexto. Educación y sistema familiar*. México: Paidós.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z. & Giaconia, R. M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 251-272.
- Carlson, J., Sperry, L. & Lewis, J. A. (1997). *Family Therapy. Ensuring treatment efficacy*. U.S.A.: Brooks/Cole Publishing Company.
- Castro, M. y Margain, M. (2003) *Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: Un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida*. México: Cuadernos de Prevención del Instituto Nacional para la Prevención de Riesgos, A.C.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad. Una invitación a la curiosidad. *Revista Sistemas Familiares*.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los Patitos Feos, La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- 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, pp. 47-56.

- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1992). *Pautas para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Eguiluz, L. (1997). El sentimiento amoroso desde la visión de Humberto Maturana. *Psico-logía Iberoamericana*. 5 (3), 70-72.
- Eguiluz, R. L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM-UAT.
- Ehrensaft, E. y Tousignant, M. (2001). Ecología humana y social de la resiliencia. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 159-173) Barcelona: Gedisa.
- Fernández, L. y Rodríguez, V. (2002). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Barcelona: Descleé de Brouwer.
- Fish, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H.Ch. y Rosman, B.L.(Comps) (1990). *El Cambio Familiar: Desarrollo de Modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1992). *El Yo saturado; dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gobierno del D.F., Secretaría de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social (1997) *Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y reglamento*. México: autor
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2000). *Family exploration: personal viewpoints from multiple perspectives: a workbook for family therapy an overview*. California: Brooks/Cole.
- Goldrick, M. (1985). *Genogramas*. Barcelona: Gedisa.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Amorrortu..
- Haley, J. (1993). Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En: M. Berger. (Ed.) *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista., P. (1999). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1990). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. y Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kerlinger, F. (1999). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1996). *Estado del Arte en Resiliencia*, Washington: OPS.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa, y construcción social*. México: Pax
- López, M. (2005). El fracaso escolar. *Rompan filas. Familia, escuela y sociedad*. 12 (5), 22-25.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.
- Madanes. C. (1990). *Terapia familiar estratégica*. Argentina: Amorrortu.
- Masías, C. (2001). *Resiliencia y programas preventivos*. Perú: Universidad Cayetano Heredia.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1995). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F., y Grotberg, E. (1998) *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia*. U.S.A.: Organización Mundial de la Salud.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Papp, P. (1983). *El proceso de cambio*. México: Paidós.

- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *Family Process*, 21, 267-280.
- Penn, P. (1985). Feed-Forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24 (3): 299-310.
- Rosenberg, M. (1990). *Comunicación no violenta*. México: Urano.
- Selvini, M. (1992). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978) Hypothesizing, circularity and neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), 3-12
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja, Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Theis, A. (2001) La resiliencia en la literatura científica. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (45-57) Barcelona: Gedisa.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, Qro., México.
- Tuirán, R. (1999). Familia. Cuadernos de Población. México: Consejo Nacional de Población.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vanistendael S. (2001). La resiliencia en lo cotidiano. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (227-238) Barcelona: Gedisa,
- Vanistandael, S. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos. Construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Walsh, F. (1998). *Strenghtening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, y Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P; Weakland, J. H.; y, Fish, R. (1995). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

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

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

White, M. (1993). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.

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

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

Zúñiga, J. (2005). INEGI: casi un millón de personas más en desocupación abierta en este gobierno. *La Jornada*, p.14.