



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
EDITH NYFFELER GUTIÉRREZ

DIRECTORA DEL REPORTE:

PRESIDENTA: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

JURADO DEL EXAMEN:

TITULAR: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

TITULAR: MTRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

SUPLENTE: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

SUPLENTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA



ENERO 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.

A mi familia, maestros y amigos.

ÍNDICE

PARTE I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Análisis del campo psicosocial y problemáticas en las que incide el trabajo en Terapia Familiar	5
1.1.1 Características del campo psicosocial	5
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias	12
1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar los problemas familiares	20
1.2 Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico	23
1.2.1 Descripción de los escenarios	24
1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios	24
1.2.3 Forma de trabajo y secuencia de participación en los escenarios	26

PARTE II

MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	28
2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna	29
2.1.2 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y postmoderna	45

PARTE III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas	56
3.1.1 Trabajo clínico con familias	56
3.1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con familias	58
3.1.3 Abordaje de la violencia en la Terapia Familiar	72
3.1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas	91
3.2 Habilidades de Investigación.....	94
3.2.1 Reporte de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa..	95

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.....	96
3.3.1 Productos tecnológicos	97
3.3.2 Programas de intervención comunitaria.....	99
3.3.3 Difusión en foros académicos	101
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.....	103
3.4.1 Consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.....	103

PARTE IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	119
4.2 Incidencia en el campo psicosocial.....	120
4.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total.....	121
4.4 Reflexión y análisis de la experiencia.....	127
4.5 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	128

REFERENCIAS	129
-------------------	-----

PARTE I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Análisis del campo psicosocial y problemáticas en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.

1.1.1 Características del campo psicosocial.

La familia es el ámbito por excelencia para el desenvolvimiento de las relaciones y la interacción de personas emparentadas entre sí, quienes habitualmente conviven en un mismo espacio. La familia es también un ámbito privilegiado del proceso de socialización de los individuos, opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales e inculcación de hábitos, y es fundamental para la formación de identidades, en particular la de género y en lo relativo a los papeles asignados socialmente a hombres y mujeres.

Los mexicanos generalmente asocian con el vocablo familia significados altamente positivos: unión, hijos, amor, hogar, bienestar, padres, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo. La familia alude al espacio social de la reproducción cotidiana y generacional de la población; es el ámbito, a la vez físico y relacional, en el que la población se agrupa y organiza a partir de una aspiración de vida en común. Ahí las personas comparten sus recursos y resuelven sus necesidades y conflictos, a la vez que transmiten y actualizan un conjunto de valores y creencias que les otorga sentido de unidad, pertenencia e identidad y brinda sustento a sus trayectorias vitales.

En estos espacios ocurren las situaciones familiares desde las que se gesta la dinámica social. Las condiciones económicas y culturales de la población se ven reflejadas con mayor nitidez en los hogares; por ello, los factores que influyen en la dinámica demográfica del país, pueden ser abordados de una manera más accesible desde el ámbito de la vida doméstica y familiar.

El hogar suele ser el cuadro de referencia cotidiano donde se desenvuelve la vida familiar. En México, su número ha aumentado rápidamente. Tanto los hogares como la población del país se han incrementado en forma constante desde 1950. En poco más de veinte años su monto prácticamente se duplicó, totalizando en el 2000 poco más de 22 millones. Quizá uno de los cambios más importantes en la composición de las familias mexicanas haya sido el descenso sostenido de su tamaño medio, el cual pasó de 5.1 a 4.5 personas durante el periodo 1990-2000. El tamaño promedio del hogar permaneció relativamente estable entre 1960 y 1990, pero en el 2000 disminuyó, hecho que está asociado a la disminución de la fecundidad y el incremento de la inmigración.

En México hay una amplia diversidad de arreglos domésticos, los cuales se pueden agrupar en dos tipos: los hogares familiares, que son la forma predominante de agrupación de la población, entre los cuales los más frecuentes son los nucleares (formados generalmente por jefe, cónyuge e hijos); y los no familiares, dentro de los que destacan los hogares unipersonales. Sólo una reducida proporción de ellos corresponde a corresidentes, sin vínculo de parentesco. Los hogares de tipo nuclear son mayoritarios: en el 2000 representaban alrededor de 15 millones. Dentro de este conjunto destacan los hogares conyugales (parejas con hijos solteros) y los monoparentales (unidades con sólo uno de los progenitores e hijos solteros), sin embargo, los cambios en las clases de hogar entre 1990 y 2000 señalan una disminución moderada de los hogares nucleares, así como un ligero aumento en el porcentaje de hogares unipersonales.

Los hogares no son unidades homogéneas. La prevalencia de los distintos tipos, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varían en el tiempo y de acuerdo con las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social. De ahí que presenten rasgos peculiares según regiones y espacios rurales y urbanos, grupos étnicos, así como de acuerdo con el sector social de pertenencia. En la siguiente tabla se aprecian datos estadísticos sobre la estructura de los hogares considerando el sexo del jefe, tipo y clase de hogar de 1950 al 2000.

Hogares por sexo del jefe, tipo y clase de hogar, 1950-2000

Sexo del jefe Tipo de hogar Clase de hogar	1950	1960	1970	1990	2000
Total de hogares	5 768 815	6 784 093	9 816 633	16 202 845	22 268 916
Familiares	5 105 363	6 429 150	9 081 208	15 236 448	20 751 979
Nucleares	ND	ND	ND	12 075 107	15 294 905
Extensos	ND	ND	ND	3 161 341	5 457 074
No familiares	ND	ND	ND	879 194	1 498 613
Corresidentes	ND	ND	ND	84 713	95 434
Unipersonales	663 452	354 943	735 425	794 481	1 403 179
Hogares con jefe	ND	5 857 667	8 111 399	13 397 357	17 671 681
Familiares	4 432 649	5 655 475	7 695 273	12 903 414	16 869 777
Nucleares	ND	ND	ND	10 556 949	13 059 266
Extensos	ND	ND	ND	2 346 465	3 810 511
No familiares	ND	ND	ND	450 746	790 399
Corresidentes	ND	ND	ND	45 131	53 436
Unipersonales	ND	202 192	416 126	405 615	736 963
Hogares con jefa	ND	926 426	1 705 234	2 805 488	4 597 235
Familiares	672 714	773 675	1 385 935	2 333 034	3 882 202
Nucleares	ND	ND	ND	1 518 158	2 235 639
Extensos	ND	ND	ND	814 876	1 646 563
No familiares	ND	ND	ND	428 448	708 214
Corresidentes	ND	ND	ND	39 582	41 998
Unipersonales	ND	152 751	319 299	388 866	666 216
NOTA:	Para 1950, 1960 y 1970 la información se refiere a familias censales mientras que para 1990 y 2000 corresponde a hogares, lo cual significa que no son enteramente comparables. En efecto, la familia censal consiste en un núcleo conyugal al que pueden agregarse hijos, otros parientes y/o no parientes. En cambio, un hogar, específicamente de tipo familiar, puede incluir más de un núcleo conyugal y por tanto más de una familia censal, pero las relaciones de parentesco de todos los miembros del hogar se ordenan en torno a un solo jefe, quien puede o no formar un núcleo conyugal. La diferencia consiste en la mayor complejidad que puede presentar la estructura de un hogar al tener la posibilidad de incluir más de un núcleo conyugal. Estos cambios conceptuales se deben tener en cuenta debido a que afectan los resultados y en ocasiones los datos no dan cuenta de los comportamientos que se venían observando o de la tendencia esperada.				
ND	No disponible.				
FUENTE:	Para 1950: DGE. <i>VII Censo General de Población, 1950</i> . México, D.F., 1953.				
	Para 1960: DGE. <i>VIII Censo General de Población, 1960</i> . México, D.F., 1962.				
	Para 1970: DGE. <i>IX Censo General de Población, 1970</i> . México, D.F., 1972.				
	Para 1990: INEGI . <i>XI Censo General de Población y Vivienda, 1990</i> . Aguascalientes, Ags., 1992.				
	Para 2000: INEGI . <i>XII Censo General de Población y Vivienda, 2000</i> . Tabulados Básicos. Aguascalientes, Ags., 2001.				

Es ampliamente reconocido el hecho de que las familias mexicanas se sustentan, en su mayoría, en el matrimonio y que, en general, las parejas viven una cierta estabilidad reflejada en la relativamente baja prevalencia de la disolución de uniones. Sin embargo, poco se sabe acerca de las implicaciones que tienen los cambios observados en el predominio de los distintos tipos de hogares, así como de los patrones de formación y disolución familiar y sobre la situación social de las mujeres. Al respecto, un grupo de especial preocupación es el de los hogares encabezados por mujeres. Ellas viven cotidianamente la condición social de ser mujeres y jefas de un hogar, lo que en algunos casos las enfrenta al conflicto derivado de la necesidad de obtener ingresos monetarios y atender la responsabilidad del cuidado y la crianza de los hijos, posición que a su vez condiciona su acceso al mercado de trabajo y las coloca en una situación de extrema vulnerabilidad. Las jefas de hogar suelen tener mayor edad que los jefes varones (las edades promedio correspondientes son de 52 y 43 años, respectivamente). Además, en dos de cada diez hogares la jefa no sabe leer ni escribir y en cuatro de cada diez está al frente de un hogar monoparental. Es por esto que cobra gran importancia el hecho de que la madre ahora es también jefa de hogar este fenómeno ha aumentado en las últimas décadas, y como se puede observar en la siguiente tabla de la década de los noventa al 2000 se duplicó la cifra de madres que sustentan el hogar. También se podrá observar la distribución porcentual de los hogares por número de integrantes para cada sexo del jefe en períodos de 1950 al 2000.

Distribución porcentual de los hogares por número de integrantes del hogar para cada sexo del jefe, 1950-2000

Sexo del jefe Número de integrantes	1950	1960	1970	1990	2000
Hogares	5 768 815	6 784 093	9 816 633	16 202 845	22 268 916
1 Integrante	11.5	5.2	7.5	4.9	6.3
2 Integrantes	14.6	12.0	14.5	10.4	12.8
3 Integrantes	15.0	13.3	14.4	14.7	18.1
4 Integrantes	14.6	13.6	13.6	18.3	22.2
5 Integrantes	13.0	16.0	12.3	17.1	17.7
6 Integrantes	10.6	11.7	11.0	12.5	10.6
7 Integrantes	7.9	9.4	8.7	8.4	5.3
8 Integrantes	5.4	7.1	6.7	5.5	3.1
9 y más integrantes	7.4	11.7	11.3	8.2	3.9
Hogares con jefe	ND	ND	8 111 399	13 397 357	17 671 681
1 Integrante	ND	ND	7.3	2.9	4.3
2 Integrantes	ND	ND	11.8	8.3	10.8
3 Integrantes	ND	ND	12.9	13.2	17.4

4 Integrantes	ND	ND	13.3	18.3	23.5
5 Integrantes	ND	ND	12.4	17.9	19.3
6 Integrantes	ND	ND	11.8	13.3	11.4
7 Integrantes	ND	ND	9.3	9.1	5.8
8 Integrantes	ND	ND	7.5	6.3	3.3
9 y más integrantes	ND	ND	13.7	10.7	4.2
Hogares con jefa	ND	ND	1 705 234	2 805 488	4 597 235
1 Integrante	ND	ND	9.2	13.1	14.7
2 Integrantes	ND	ND	27.6	17.1	20.7
3 Integrantes	ND	ND	21.6	17.6	20.6
4 Integrantes	ND	ND	14.5	15.5	16.8
5 Integrantes	ND	ND	10.2	11.7	11.3
6 Integrantes	ND	ND	7.0	8.7	7.2
7 Integrantes	ND	ND	4.2	5.6	3.7
8 Integrantes	ND	ND	2.7	4.0	2.2
9 y más integrantes	ND	ND	3.0	6.7	2.8
ND	No disponible.				
FUENTE:	Para 1950: DGE. <i>VII Censo General de Población, 1950</i> . México, D.F., 1953.				
	Para 1960: DGE. <i>VIII Censo General de Población, 1960</i> . México, D.F., 1962.				
	Para 1970: DGE. <i>IX Censo General de Población, 1970</i> . México, D.F., 1972.				
	DGE. <i>IX Censo General de Población, 1970</i> . Base de datos de la muestra censal.				
	Para 1990: INEGI . <i>XI Censo General de Población y Vivienda, 1990</i> . Aguascalientes, Ags., 1992.				
	INEGI . <i>XI Censo General de Población y Vivienda, 1990</i> . Muestra Estadística del Censo.				
	Para 2000: INEGI . <i>XII Censo General de Población y Vivienda, 2000</i> . <i>Tabulados Básicos</i> . Aguascalientes, Ags., 2001.				

Para las mujeres, las tareas domésticas y las responsabilidades en el cuidado de los hijos significan una importante dedicación e inversión de tiempo, éstas son mayores en los primeros años de vida de los hijos y, naturalmente, se incrementan cuando la descendencia es numerosa. Una parte importante de la vida productiva de las mujeres (entre los 15 y los 49 años de edad) transcurre con niños a su cargo. Se estima que la mujer mexicana pasa alrededor de 13 años de su vida con la responsabilidad del cuidado de al menos un hijo menor de cinco años, lo cual significa casi el 38 por ciento de su vida productiva. Este dato resulta relevante a la luz del hecho de que los cuidados maternos significan mayores responsabilidades para las mujeres, y una carga adicional para aquellas que desempeñan un trabajo extradoméstico.

El contexto socioeconómico y la naturaleza de las políticas y acciones públicas afectan a las familias, no sólo en términos de su bienestar, sino también en su dinámica interna. En respuesta a las condiciones del entorno socioeconómico, las familias desarrollan una serie de estrategias de vida que con frecuencia trascienden el grupo doméstico y se reflejan en la

vida cultural y social del país. Así, por ejemplo, en el contexto de las crisis económicas de los últimos años, se observa un incremento en la participación económica de los miembros del hogar, particularmente de las mujeres. Se registra también la proliferación de pequeños negocios o unidades productivas familiares y con ello la intensificación del trabajo doméstico, asociada a la sustitución de bienes y servicios que antes se adquirían en el mercado y que las familias en condiciones de carencia producen ahora en el hogar. Asimismo, se aprecia el incremento en el uso de redes familiares solidarias como medio para garantizar la satisfacción de las necesidades del hogar.

La mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha aumentado su contribución económica en los hogares mexicanos. En una importante proporción de familias, ésta es ahora indispensable. Basta señalar que en uno de cada tres hogares las mujeres contribuyen al ingreso monetario familiar. En uno de cada cinco hogares el ingreso principal lo genera una mujer y en uno de cada diez hogares una mujer es la única perceptora. Si bien no todas las unidades familiares donde la mujer es la proveedora exclusiva tienen un nivel de ingreso precario, sí comparten una situación común, que es la ausencia de varones en edades activas (el número promedio de mujeres en esas edades duplica al correspondiente de hombres), lo que hace recaer sobre ellas el peso de las responsabilidades económicas del hogar, además de las tareas domésticas, el cuidado de los hijos y, con frecuencia, la atención de familiares enfermos o ancianos.

La información que se ha expuesto confirma la creciente importancia de la aportación económica femenina en los hogares mexicanos. En uno de cada diez el jefe es hombre, aunque el principal ingreso monetario del hogar lo genera una mujer; en una proporción ligeramente mayor (el 11.1% del total nacional), tanto la jefatura como el ingreso principal corresponden a una mujer. Si bien en estos casos suelen estar ausentes varones en edad productiva, se observa la presencia de hombres adultos que por discapacidad o vejez no pueden ser el sostén económico de su hogar, lo que con frecuencia hace recaer esta responsabilidad en una mujer.

Los hijos también desempeñan un papel importante como proveedores de ingreso de los hogares (11.3% de los perceptores principales). Llama la atención que, aunque

proporcionalmente las mujeres con ingreso principal son minoría, las hijas casi equiparan a los hijos como perceptores principales (4.7% contra 6.6% en el total nacional de hogares, respectivamente). Se advierte también que el número de miembros que trabaja es mayor en los hogares que dependen del ingreso femenino (15 por ciento más que en los de primacía económica masculina), aunque es menor su ingreso monetario, a pesar de que estas familias suelen ser de menor tamaño. Esto se debe a que, en estos casos, el ingreso por cada perceptor es casi 30 por ciento más bajo, no sólo por ser un ingreso mayoritariamente femenino, sino porque con frecuencia proviene del trabajo de las hijas e hijos jóvenes que han abandonado sus estudios y están poco calificados para participar en el mercado laboral.

Paradójicamente, la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y la creciente aceptación de su presencia en ese ámbito no se han traducido en una significativa disminución de sus responsabilidades domésticas. Las tareas que ocasionalmente realizan los hombres, con frecuencia consideradas sólo como una "*ayuda*" a las mujeres, siguen concibiéndose como una responsabilidad exclusivamente femenina.

Cuando no hay correspondencia entre los derechos y obligaciones de los diferentes miembros del hogar, pueden surgir dificultades que afectan la organización, funcionamiento y solidaridad familiares. La crisis económica, por ejemplo, al estimular una mayor participación de las mujeres en el trabajo extradoméstico, puede generar tensiones en las relaciones de pareja, dados los papeles tradicionalmente atribuidos a las mujeres y a los hombres.

A fin de proteger la organización y el desarrollo de la familia, el Gobierno de México proporciona servicios asistenciales y enfoca sus acciones hacia los grupos más vulnerables de la población. Las instituciones dirigidas al desarrollo integral de la familia (DIF) han procurado impulsar espacios de diálogo, concertación y participación, desarrollando programas productivos, de salud, de rehabilitación, de apoyo a la integración familiar, de orientación educativa, recreativa y cultural, así como de prevención y eventual solución de conflictos familiares. Sin embargo, la cobertura de muchos de estos programas es limitada, se concentran en las ciudades, e incluso requieren del fortalecimiento de esquemas de coordinación entre los mismos y de mecanismos para asegurar su continuidad. En otras

instituciones de Salud Pública como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) han procurado también crear espacios de atención psicológica para la solución de los problemas familiares, en estas áreas es donde se inserta el trabajo del terapeuta familiar como especialista para el bienestar de las familias. Cabe también señalar la contribución de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que contempla las problemáticas familiares y provee de los recursos y espacios para que profesionales se capaciten y les brinden atención especializada.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.

En México los trastornos de salud mental y las adicciones representan problemas de magnitud creciente y de alta trascendencia social. Según los datos de la Secretaría de Salud (2004), el 8 % de la carga total de la enfermedad mental en México corresponde al área neuro-psiquiátrica en la que el alcoholismo ocupa uno de los principales lugares. Seis millones de mexicanos tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol y cuatro millones padecen depresión, según estadísticas oficiales.

En los próximos años está previsto que debido a la acelerada transición demográfica mexicana aumentarán los enfermos de salud mental aquejados por depresión o demencia y trastornos de conducta. Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y llevar una vida activa.

Por desgracia, también se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental. Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera

edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes.

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.

La mortalidad por trastornos neuropsiquiátricos ocupa el doceavo lugar en el país, no obstante, cuando se considera también la muerte prematura y los días perdidos por discapacidad, estos trastornos representan el 5o. lugar debido básicamente al hecho de que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir más tiempo con una calidad de vida pobre. De acuerdo a la Secretaría de Salud (2004) los días perdidos por discapacidad por trastornos neuropsiquiátricos llegan al 10.82 % entre los hombres y 7.22 % entre las mujeres. El hecho de que los hombres presenten mayores porcentajes es resultado del alcoholismo que representa 4.53 % comparada con sólo 0.28% entre las mujeres, mientras que la depresión entre las mujeres representa 1.68 % comparado con los hombres 0.58%. El porcentaje generado por estos trastornos es mayor entre las comunidades rurales, diferencias que se deben también al alcoholismo que es más frecuente en la población rural con índices de 5.67 y 3.67 entre los hombres y 0.36 y 0.22 entre las mujeres. Otros trastornos tienen mayor recurrencia entre la población urbana, exceptuando la esquizofrenia que es más alta entre las mujeres rurales (0.75) que en las que viven en comunidades urbanas (0.45).

De acuerdo con Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldivar (1999) el índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y un porcentaje menor de episodios de manía alcanzando 1.3%. El porcentaje de prevalencia de

trastornos de ansiedad fue de 8.3%, siendo la agorafobia sin pánico (3.8%) y fobia social (2.2%) los diagnósticos más comunes. En los estudios realizados entre la población rural se encontró una prevalencia menor. Otras encuestas han demostrado que las familias pobres tienen mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad, asimismo que éstas son más altas entre las familias uniparentales comparadas con los patrones tradicionales de madre y padre (Berenzon, Medina-Mora y Villatorio, 1999).

Otro tema que cobra día con día mayor relevancia y es motivo de una gran preocupación social, es la violencia, particularmente la familiar que afecta a la población en general, pero más directamente a niñas, niños y mujeres sin distinción de grupo socioeconómico o nivel educativo.

La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el seno del hogar proviene en gran parte de la pareja conyugal. Los hombres que agreden a las mujeres emplean con frecuencia golpes, amenazas, insultos, prohibiciones, entre otros medios, que en casos extremos llegan a las amenazas de muerte y al homicidio. El maltrato infantil, en cambio, lo ejercen con mayor frecuencia las madres, seguidas por los padres, padrastros, madrastras y abuelos. Veamos las siguientes tablas que nos proporciona el INEGI y que nos muestran los números y porcentajes de mujeres agredidas en el 2003.

Mujeres y porcentaje de mujeres con al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por grupos de edad, 2003

Grupos de edad	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
Total	19 471 972	9 064 458	46.6
15 a 19 años	591 442	330 224	55.8
20 a 24 años	1 834 311	931 718	50.8
25 a 29 años	2 606 924	1 377 548	52.8
30 a 34 años	2 923 017	1 473 121	50.4
35 a 39 años	2 766 515	1 348 656	48.8
40 a 44 años	2 252 210	1 097 650	48.7
45 a 49 años	1 943 713	901 563	46.4
50 años y más	4 553 840	1 603 978	35.2
FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. Aguascalientes, Ags., México, 2004.			

En la siguiente tabla se observa que el 46.6 % de las mujeres en México ha padecido por lo menos un incidente de violencia, y que el tipo de violencia más reportado es el emocional.

El mayor número de mujeres maltratadas emocional, física, sexual y económicamente son aquellas que no tienen una actividad económica y se dedican al hogar. Hay que considerar que estos datos son relativos a las denuncias realizadas y que en muchos casos las mujeres no recurren a las instituciones para denunciar los hechos.

Mujeres y porcentaje de mujeres con al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por tipo de violencia y condición de actividad económica, 2003

Tipo de violencia y condición de actividad	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
Total	19 471 972	9 064 458	46.6
Económicamente activa	7 289 758	3 617 324	49.6
Quehaceres domésticos	11 187 040	5 052 244	45.2
Otra actividad no económica	995 174	394 890	39.7
Emocional	19 471 972	7 474 242	38.4
Económicamente activa	7 289 758	3 068 247	42.1
Quehaceres domésticos	11 187 040	4 106 592	36.7
Otra actividad no económica	995 174	299 403	30.1
Física	19 471 972	1 813 370	9.3
Económicamente activa	7 289 758	762 559	10.5
Quehaceres domésticos	11 187 040	988 611	8.8
Otra actividad no económica	995 174	62 200	6.3
Sexual	19 471 972	1 527 209	7.8
Económicamente activa	7 289 758	665 513	9.1
Quehaceres domésticos	11 187 040	795 143	7.1
Otra actividad no económica	995 174	66 553	6.7
Económica	19 471 972	5 709 078	29.3
Económicamente activa	7 289 758	2 222 184	30.5
Quehaceres domésticos	11 187 040	3 231 712	28.9
Otra actividad no económica	995 174	255 182	25.6
FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. Aguascalientes, Ags., México, 2004.			

Gracias a diversas organizaciones e instituciones que se han preocupado por atender y abordar el maltrato de niñas, niños y mujeres, la violencia intrafamiliar ocupa actualmente un lugar reconocido como tema de salud pública, razón por la que resulta evidente la necesidad creciente por generar datos que permitan cuantificar y caracterizar el fenómeno, el cual en una de sus muy diversas manifestaciones, el maltrato infantil, apunta hacia un aumento y sin distinción de sexo, ya que suele presentarse en proporciones más o menos similares en niñas y niños.

En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de menores atendidos por maltrato. También se muestran las estadísticas por tipo de maltrato.

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

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

Desde la perspectiva social, las trasgresiones perpetradas a las normas y leyes, por un individuo o grupo de individuos en contra de cualquier otro integrante de la sociedad, son consideradas como un acto que violenta los derechos básicos y por tanto articulan la violencia social.

La información en materia de estadísticas judiciales que el INEGI integra y difunde proviene de los registros de los juzgados de primera instancia en materia penal, y está referida a la observación de los eventos que conforman la cifra oficial de la delincuencia. Lamentablemente, en el país es difícil evaluar a fondo el comportamiento de la criminalidad, ya que las estadísticas que existen son insuficientes para observar el fenómeno en todos sus niveles y manifestaciones, lo cual obedece al subregistro que se origina en la cultura de la "no denuncia" y que prevalece en el país. No obstante esta limitante en la información, se puede afirmar que la violencia es un problema innegable en nuestra sociedad.

Las muertes violentas son otro aspecto a observar de la violencia social. En este tipo de datos existen problemas de subregistro y de especificación del deceso por las implicaciones sociales que los hechos mismos conllevan, ya que entre las muertes violentas se hallan las

muerres por homicidio, suicidios y accidentes. El suicidio es uno de los aspectos que generan una gran preocupación en el campo de la psicología así como en el de la terapia familiar, pues ha incrementado su incidencia y actualmente se observa que el mayor porcentaje de suicidios se da entre los 15 y 24 años de edad. Por lo que es necesario entender y atender este problema social. En la siguiente tabla se muestran los datos estadísticos sobre las muertes por suicidio por sexo y grupos de edades de 1990 al 2002.

Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 1990-2002

Sexo Grupos de edad	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total	3.9	4.2	4.4	4.7	5.2	6.1	6.4	7.2	6.0	6.1	6.7	7.4	7.4
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.4	0.4	0.2	0.7	0.2	0.7
10 a 14 años	2.4	3.2	3.1	3.5	4.2	5.0	6.2	7.0	6.4	5.7	6.6	8.0	9.8
15 a 19 años	5.6	4.8	6.0	6.0	6.8	8.4	9.8	11.3	10.0	10.0	10.9	12.0	11.6
20 a 24 años	5.0	6.5	5.4	6.1	7.1	8.6	9.0	10.8	9.1	11.1	10.8	11.3	11.6
25 a 29 años	4.5	4.9	5.3	5.2	5.9	7.1	7.7	9.0	8.6	8.0	9.4	9.8	10.5
30 a 34 años	4.1	4.7	4.9	5.2	5.9	7.0	6.8	7.7	7.1	7.4	7.9	10.0	9.2
35 a 39 años	4.4	4.5	4.6	5.4	5.5	5.4	5.8	6.8	6.3	6.2	7.4	7.1	7.9
40 a 44 años	4.3	4.7	4.0	5.4	5.3	5.7	6.6	6.4	5.3	5.8	5.8	7.0	7.9
45 a 49 años	4.0	3.9	4.2	5.0	5.1	5.6	6.7	6.6	5.6	5.6	6.8	7.5	7.1
50 a 54 años	3.4	4.1	4.4	4.9	4.5	6.2	6.1	6.8	4.6	4.8	6.1	7.0	6.9
55 a 59 años	4.1	4.8	4.3	4.2	5.4	5.4	6.2	5.7	4.4	4.9	5.5	6.0	5.7
60 a 64 años	4.4	3.7	4.7	5.2	4.4	6.3	5.6	5.0	4.5	4.4	4.5	6.1	5.6
65 y más años	3.8	3.6	4.2	4.4	4.9	5.0	4.9	4.7	3.6	3.8	3.7	4.3	3.8
No especificado	1.6	1.7	1.2	2.2	2.2	2.3	1.5	2.9	3.3	1.8	2.8	3.6	2.8
Hombres	4.1	4.4	4.4	4.9	5.3	6.2	6.5	7.3	6.3	6.5	7.0	7.6	7.7
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.5	0.5	0.2	1.0	0.2	0.9
10 a 14 años	2.7	3.1	2.8	3.3	3.8	4.5	5.8	7.1	6.2	4.8	5.6	6.4	8.3
15 a 19 años	5.0	4.6	5.3	5.5	5.8	7.0	8.1	10.1	8.8	9.1	9.7	10.7	10.1
20 a 24 años	4.9	6.2	5.3	5.9	6.7	8.3	8.6	10.2	8.7	11.1	10.4	11.0	11.5
25 a 29 años	4.3	4.6	5.1	5.1	5.7	7.0	7.3	8.6	8.4	7.9	9.4	9.6	10.7
30 a 34 años	4.1	4.7	4.5	5.1	6.0	6.9	6.5	7.6	7.0	7.4	8.1	9.8	9.2
35 a 39 años	4.5	4.6	4.6	5.5	5.3	5.3	5.6	6.8	6.4	6.0	7.5	6.8	7.8
40 a 44 años	4.4	4.3	3.8	5.2	5.2	5.8	6.4	6.4	5.2	5.8	5.8	6.9	7.7
45 a 49 años	3.7	3.9	4.3	4.9	5.3	5.4	6.9	6.6	5.8	5.4	6.6	7.2	6.9
50 a 54 años	3.8	4.0	4.7	5.1	4.4	6.0	6.3	7.1	4.5	5.1	6.3	7.0	6.7
55 a 59 años	4.2	5.1	4.6	4.4	5.9	6.1	6.7	6.2	4.8	5.3	5.9	6.0	6.2
60 a 64 años	4.6	4.2	5.1	5.6	5.2	7.0	5.8	5.5	5.0	5.0	5.1	6.7	6.0
65 y más años	4.8	4.5	5.3	5.6	6.1	6.4	6.3	6.0	5.0	5.2	5.0	5.9	5.2
No especificado	1.6	1.6	0.6	2.6	2.6	2.5	1.6	3.2	3.4	2.0	3.2	3.9	3.2
Mujeres	3.1	3.6	4.1	3.9	4.7	5.5	6.3	6.6	5.0	4.8	5.3	6.3	6.0
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	0.2	0.2	0.7	0.2	0.5	0.3	0.0	0.2	0.0	0.2	0.3	0.2	0.3
10 a 14 años	1.8	3.4	3.8	4.2	5.3	6.0	7.0	7.0	7.1	7.8	9.1	12.0	13.6
15 a 19 años	8.8	5.6	10.4	8.7	12.2	14.9	17.7	16.2	15.9	14.1	16.3	16.8	17.7
20 a 24 años	5.7	8.8	6.3	8.2	10.5	11.0	12.0	15.2	11.4	11.3	13.6	13.1	12.3

25 a 29 años	5.5	6.7	6.7	5.6	7.1	7.7	11.5	12.7	10.3	8.4	9.2	10.9	9.2
30 a 34 años	4.2	5.3	8.4	5.9	5.7	8.0	9.6	9.1	7.5	7.5	6.9	11.1	9.2
35 a 39 años	3.5	3.5	4.3	4.0	6.6	5.9	7.7	6.9	5.8	7.5	6.5	9.2	8.0
40 a 44 años	4.0	7.1	5.6	6.9	6.0	4.7	8.0	6.4	5.8	6.1	5.8	7.5	9.6
45 a 49 años	5.3	4.2	3.7	5.8	4.0	7.2	5.5	6.6	4.5	6.8	7.7	9.2	8.2
50 a 54 años	1.6	4.8	2.8	4.2	5.2	7.6	5.0	4.6	5.4	3.2	5.0	7.0	7.8
55 a 59 años	3.3	3.4	3.2	2.9	3.1	2.2	3.1	3.5	2.4	2.9	3.6	5.6	3.3
60 a 64 años	3.4	1.5	3.2	3.4	1.0	3.3	4.8	2.7	2.4	2.1	2.5	3.8	4.0
65 y más años	1.1	1.4	1.2	1.3	1.8	1.6	1.0	1.4	0.9	1.0	1.2	1.2	1.0
No especificado	2.9	1.0	5.3	0.0	0.0	0.0	1.3	2.5	3.1	1.1	0.9	2.4	1.0
Sexo no especificado	1.6	4.0	1.0	1.7	0.0	3.5	5.1	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10 a 14 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15 a 19 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20 a 24 años	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
25 a 29 años	18.2	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30 a 34 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
35 a 39 años	0.0	6.3	0.0	25.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40 a 44 años	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
45 a 49 años	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50 a 54 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
55 a 59 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60 a 64 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
65 y más años	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No especificado	0.0	5.7	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
FUENTE: INEGI. Estadísticas de Mortalidad.													

Las estadísticas correspondientes reflejan una permanencia en la proporción de muertes violentas entre 1990 y 2002 aun cuando se aprecian variaciones significativas en su interior, pues la importancia de los decesos por suicidios se incrementó, al igual que la de los accidentes, mientras que la de los homicidios descendió.

De acuerdo a la información proporcionada por los estudios realizados podemos concluir que el abuso y dependencia al alcohol, entre los hombres, y la depresión, entre las mujeres, son los problemas con mayor prevalencia. Sin embargo, se espera que en el futuro la carga de los trastornos mentales aumente debido al incremento del abuso de drogas, la exposición a la violencia y la inseguridad social que también se refleja en el importante incremento de los índices de suicidio, incluyendo a la población joven.

El índice de prevalencia es más alto en las zonas urbanas, sin embargo, la carga de la enfermedad es mayor entre los habitantes de las zonas rurales, probablemente por el incremento del riesgo derivado de la pobreza y la escasez de servicios.

Aún cuando es necesario la confirmación a través de encuestas nacionales, la información con la que se cuenta sugiere que los porcentajes de prevalencia en México son menores que los reportados en los Estados Unidos de Norteamérica (Secretaría de Salud, 2004).

Debe incrementarse la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público general, respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento en cuanto a los trastornos y enfermedades, con el propósito de reducir los conceptos equivocados y, por lo tanto, eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren el trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad. Por lo que se refiere a los índices de uso de servicios para el tratamiento de los trastornos afectivos, éstos son bajos; la información resultante de una encuesta realizada en la ciudad de México indicó que sólo 13.9% de los hombres y mujeres que cubrían el criterio de depresión del DSMIV buscaron ayuda (Caraveo- Anduaga, Colmenares y Saldivar, 1999). Por otra parte, estudios locales llevados a cabo en comunidades de niveles socioeconómicos medio y bajo indicaron que los médicos de primer nivel de atención son la fuente de ayuda para esta población, 42% de las personas aquejadas por trastornos de ansiedad o afectivos reportaron haber hablado de sus problemas con un médico general. Los psicólogos son la segunda fuente, consultada por 42% de mujeres y 36% de hombres, los psiquiatras son la tercera fuente entre los hombres (32%) y los ministros religiosos entre las mujeres (26%); los curanderos tradicionales fueron consultados por el 9% de los hombres y 11% de las mujeres (Medina-Mora et al. 2003).

Algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la creencia de que el tratamiento al que se tiene acceso no es bueno para manejar un problema mental (58% de los hombres y 68% de las mujeres); que el acceso es difícil (16 y 22% respectivamente), así como la falta de información (8 y 14%). Las barreras estaban relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias (Medina-Mora et al. 2003). La vergüenza de aceptar que se padece un trastorno psiquiátrico prevalece entre la población, en la ciudad de México los hombres que no buscaron ayuda reportaron estar preocupados por la opinión de

sus patrones si sabían acerca de su condición mental, por su parte, las mujeres reportaron preocupación por la opinión de los miembros de la familia (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldivar, 1999).

En las zonas rurales la situación empeora, puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas, una visita al psiquiatra representa un día de viaje y un costo elevado. En el nivel local, los curanderos tradicionales y otros agentes informales son consultados (Salgado de Sneyder y Díaz-Pérez, 1999).

Por tanto, se requiere la posibilidad de proporcionar servicios de alta calidad para el mejor tratamiento en cada caso. La formación de terapeutas familiares se observa como una propuesta para generar profesionales de la salud mental con mayores herramientas para la atención de la población mexicana.

1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar los problemas familiares.

Son muchos los temas que nos interesan como terapeutas familiares, entre otros, los relativos a la formación y desarrollo de las parejas, el divorcio, las familias reconstruidas, y otros tipos de organización familiar, así como el ciclo vital por el que atraviesan. Siendo una prioridad enfocarnos no sólo en los aspectos disfuncionales sino también en los funcionales, aprender no sólo de la patología sino también y particularmente de la salud familiar.

Comprender la vida familiar, particularmente de las familias mexicanas en todos los contextos y niveles de la diversidad social y cultural requiere de un esfuerzo continuo, para avanzar acorde a los cambios que se van experimentando en nuestra sociedad, por lo que se requiere de personal calificado que cuente con habilidades para intervenir en contextos y problemáticas complejas.

Actualmente los programas para la formación de terapeutas, en su mayoría, se encuentran dirigidos al desarrollo de habilidades clínicas para la atención y estudio de problemas psicológicos humanos. En el caso del programa de Maestría en Psicología impartido por la UNAM, el contar con la residencia en Terapia Familiar Sistémica es una característica peculiar ya que promueve el desarrollo de dichas habilidades en el contexto de la práctica clínica supervisada y bajo la modalidad del trabajo en equipo con casos reales.

Una de las funciones más importantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, es la formación de Profesionales capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana, que se reflejan en muy diversas áreas, entre ellas, la Salud Mental, pues es claro que la crisis puede disparar con mayor probabilidad las situaciones de estrés, agresión, violencia, alcoholismo, desintegración familiar, etc.

Se han desarrollado conocimientos y técnicas que dentro de la psicología pueden ayudar a la solución de problemas como los arriba citados, y la UNAM por su larga historia como formadora de profesionales capacitados, es la institución idónea para entrenar a los especialistas que se aboquen a investigar y resolver la problemática de la Salud Mental en el país.

El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Asimismo, como proceso terapéutico se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones.

La residencia en terapia familiar sistémica permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.) el lenguaje y la construcción de significados.

Una de las ventajas que ofrece este programa es la cantidad de horas académicas y horas de supervisión, en este aspecto la Asociación Mexicana de Terapia Familiar reconoce los programas con 300 horas de supervisión y la UNAM ofrece cinco veces más horas. Otras ventajas son: La oportunidad de trabajar en escenarios clínicos con familias reales bajo supervisión, la calidad del reconocimiento de la UNAM, el contar con un programa teórico en constante actualización, y contar con un tronco común que provee de metodologías que nos dan la posibilidad de realizar investigación.

La visión sistémica permite al terapeuta identificar, de manera integral, los problemas clínicos tales como enfermedades psicosomáticas, adicciones, problemas de la alimentación, así como problemas de violencia familiar, abuso sexual, y otros que se manifiestan en el seno familiar, tales como control conductual de los hijos, relaciones familiares, situaciones traumáticas (como accidentes, muertes, enfermedades crónicas) y problemas en la pareja (infidelidad, divorcio), entre otros. Es así como el terapeuta adquiere los conocimientos necesarios de los principales modelos teóricos en las Terapias Sistémicas y Postmodernas, a través de una formación teórico-práctica supervisada, que le permiten diseñar estrategias de evaluación e intervención para los problemas y demandas de salud mental. Con base en la visión sistémica el terapeuta se capacita para entablar una relación de colaboración con los pacientes, detectar y desarrollar las relaciones sistémicas necesarias para dar respuesta a las demandas y necesidades, estableciendo, en caso de requerirse, relaciones interinstitucionales (con la escuela, comunidad, familia extensa, institución hospitalaria, etc.) así como con equipos interdisciplinarios.

Es así como la formación que se proporciona a los terapeutas desde el marco de la terapia familiar sistémica y postmoderna permite proporcionar servicios a la comunidad, siendo una alternativa para abordar las problemáticas que aquejan a la sociedad mexicana.

1.2 Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.

En virtud de que el objetivo del programa de la residencia es desarrollar competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio, el programa de Terapia Familiar Sistémica requiere un mínimo de 1600 horas de práctica supervisada durante dos años, por lo cual como residentes participamos brindando atención clínica especializada en cada uno de los siguientes espacios:

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala: De manera específica la Facultad cuenta con una clínica de Terapia Familiar ubicada en las mismas instalaciones de la FES Iztacala, la cual fue inaugurada en el año del 2002 con el fin de contar con un espacio con condiciones específicas para proporcionar el entrenamiento de terapeutas así como para dar consulta a los usuarios.

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tlalnepantla: En esta clínica se ha ofrecido servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar (División de Educación Continua FES Iztacala). La UNAM estableció un convenio formal, en el 2001, para que los residentes del programa de Terapia Familiar Sistémica pudieran dar servicio un día a la semana, en el turno matutino en el área de Psicología.

Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Atzacapotzalco: Asimismo desde el año 2001, se estableció un convenio con el CCH para contar con una clínica de Terapia Familiar dentro de estas instalaciones que funcionando en coordinación con el departamento de psicopedagogía tiene la intención de proporcionar apoyo psicológico al sistema familiar de aquellos jóvenes y trabajadores del colegio, que lo requieran. Al igual que en el ISSSTE los terapeutas en formación asisten una vez por semana en cualquiera de los dos horarios matutino o vespertino, de acuerdo a los horarios programados.

1.2.1 Descripción de los escenarios.

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala: Esta clínica cuenta con un cubículo de doble vía de observación con capacidad de incluir a 10 personas, cubículo para impartir las terapias, equipo de sonido, sistema cerrado de video y un intercomunicador para mantener contacto entre el equipo y el terapeuta. También se cuenta con una pequeña sala fuera de los cubículos la cual es utilizada para realizar las pre-sesiones y post-sesiones.

ISSSTE Tlalnepantla y CCH Atzacapotzalco: Las condiciones de trabajo en ambos escenarios fueron especiales en el sentido de que durante los primeros tres semestres en ninguna de los dos escenarios contábamos con cubículos con doble vía de observación, lo cual en un principio pudo ser percibido como una limitante, sin embargo, posteriormente, parecía una situación mucho más cómoda tanto para los terapeutas como para los mismos pacientes que después de algunas sesiones llegaban a identificar al equipo como apoyo a su proceso. La familia se sentaba dándole la espalda al equipo, por lo cual el terapeuta establecía de vez en cuando contacto visual con el equipo. Frente a él y al fondo estaba un pizarrón donde el supervisor iba anotando algunas ideas o preguntas que el terapeuta podía retomar durante la sesión, pues no se contaba con intercomunicador. En ambos escenarios se contaba con equipo de video para la grabación de las sesiones.

En el cuarto semestre (2004-2) se inauguró la Clínica de Terapia Familiar en el CCH Atzacapotzalco, en la cual se instaló un cubículo con doble vía de observación, con sistema cerrado de video, equipo de sonido e intercomunicador. También se contaba con una sala de juntas para las pre y post-sesiones.

1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios.

Es importante mencionar el contexto bajo el cual operaban los escenarios ya mencionadas. El trabajo desarrollado en el ISSSTE Tlalnepantla contaba con toda una red de canalización que principalmente provenía de los médicos y especialistas que laboran en esta institución. Los derechohabientes del ISSSTE debían ser enviados por su médico al servicio de psicología. En algunos casos los psicólogos del Instituto canalizaban los casos que consideraban que debían ser tratados por terapeutas familiares. Por lo tanto, los terapeutas

familiares procuraban conocer antecedentes de tratamientos psicológicos y médicos, ya que a algunos de los pacientes se les subministraban medicamentos. En este sentido el terapeuta debía informarse de las indicaciones médicas y considerar sus efectos y beneficios para el paciente.

La fuente de referencia principal era el propio personal médico y psicológico del Instituto, por lo tanto, la mayoría de los motivos de consulta correspondían a trastornos psicossomáticos, o aquellos catalogados por el manual DSM-IV, ya que en esta institución se utilizaba como medio de diagnósticos. En muchos de los casos los pacientes llegaban al servicio con un diagnóstico. Por lo que en ocasiones, se procuraba normalizar la situación del paciente y despojarlo de etiquetas patológicas que estuvieran produciendo efectos iatrogénicos. Algunos de los problemas más comúnmente tratados en esta institución fueron: Depresión, crisis de angustia, enuresis, problemas de conducta en niños y adolescentes, insomnio, ideación suicida, entre otros.

Por otro lado, en la Clínica de Terapia Familiar Iztacala, se contaba con una lista de espera la cual provenía principalmente de personas que se enteraban del servicio a través de los usuarios de la clínica así como de trabajadores de la universidad, alumnos y pacientes de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) en la cual se proporciona servicio médico, dental, psicológico y de Educación Especial. Por otro lado también se referían casos de la Unidad de Evaluación Psicológica de la misma universidad. En este sentido los casos más frecuentes se referían a problemas de índole familiar tales como problemas de pareja, crisis en alguna etapa de ciclo vital (en su mayoría familias con hijos pequeños y adolescentes). También se atendieron algunos casos de violencia, depresión, entre otros.

En la Clínica de Terapia Familiar instalada en el CCH Atzacapotzalco, la fuente de referencia era el departamento psicopedagógico del colegio, ahí se detectaban los casos que requerían del apoyo terapéutico y se le sugería al alumno y a sus padres incluirse en la lista de espera para que posteriormente los terapeutas se comunicaran con ellos para hacer una cita. También llegaban a solicitar el servicio los trabajadores del colegio. La mayor parte de los casos atendidos correspondían a problemas referentes a problemas escolares tales como

deserción, bajo rendimiento escolar y reprobación, así como otros problemas tales como vandalismo, abuso de drogas y alcohol. También problemas relacionados a la etapa de adolescencia tales como rebeldía, aislamiento, depresión, dificultades entre padres e hijos para comunicarse y establecer límites. En el caso de los trabajadores en su mayoría referían problemas de depresión, de pareja y estrés.

Se puede apreciar que en cada uno de los escenarios existían condiciones diferentes de trabajo dado que las fuentes de donde eran referidos los pacientes nos abrían un abanico diverso de problemáticas. Por lo cual el trabajo requería de un entendimiento del contexto y de los diferentes subsistemas y sistemas que intervenían en el proceso terapéutico.

1.2.3 Forma de trabajo y secuencia de participación en los escenarios.

En primera instancia cabe mencionar las características de la modalidad de trabajo desarrollada en los escenarios clínicos de la residencia en Terapia Familiar Sistémica. El equipo terapéutico estaba constituido por cinco terapeutas en formación y dos supervisoras en cada clínica (a excepción de la clínica del CCH Atzacapotzalco en la que sólo se contaba con una supervisora). Cuatro de los terapeutas que integraban el equipo eran mujeres y uno era hombre. En este caso por el hecho de que solamente contábamos con la presencia de un solo varón era muy importante conocer su punto de vista y escuchar su voz ya que siempre existe el riesgo de caer en estereotipos culturales con respecto al género, de lo cual no está libre ningún terapeuta, además para algunos pacientes era importante escuchar o conocer el punto de vista del varón del equipo.

Las entrevistas eran realizadas por un solo terapeuta mientras los demás participaban como observadores y equipo terapéutico. Cada uno de los miembros del equipo trabajó con varias familias. La forma de trabajo se asemejó a la realizada por el equipo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978). Cada sesión se desarrollaba regularmente en cinco partes:

1) La presesión: Los terapeutas se reúnen en equipo para leer la entrevista telefónica o el acta precedente, discuten posibles hipótesis y líneas de trabajo.

2) La sesión: tiene duración variable generalmente cerca de una hora. Durante la entrevista con la familia, los terapeutas solicitan información y se interesan no sólo por los datos concretos sino también en el modo como se suministra esta información. Los terapeutas tienden a provocar interacciones entre los miembros de la familia, de quienes se observan las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales etc. En las sesiones los terapeutas se abstienen de admitir valoraciones y juicios, inducir respuestas o interpretar la información que proporciona la familia.

3) La discusión de la sesión: Antes de finalizar la sesión el terapeuta hace una pausa y se reúne con el equipo tras el espejo unidireccional. Los terapeutas, los observadores y el supervisor discuten la sesión y deciden cómo concluirarla.

4) La conclusión de la sesión: El terapeuta vuelve con la familia para la conclusión de la sesión que consiste generalmente en un mensaje, breve comentario o en una prescripción o tarea. Ese comentario o esa prescripción se estudian para que resulten eficaces.

5) El acta de la sesión: Todas las sesiones eran video grabadas para posteriormente transcribirse y ser analizadas. En los primeros semestres se organizó un rol en el que se iban rotando la realización de actas de tal forma que las transcripciones y el análisis de las sesiones de cada familia la iba realizando cada día un miembro diferente del equipo de observadores, esto permitía que todos tuvieran un compromiso no sólo con la familia que atendían sino con cada una de las que asistían al servicio y que todos estuvieran al tanto de cada uno de los casos. Posteriormente cada terapeuta realizaba el acta y reporte de su sesión.

Cada semestre los terapeutas hacían una rotación, de tal forma que todos tuvieran la oportunidad de trabajar en cada uno de los escenarios. En el primer y tercer semestre trabajé en la FES Iztacala y en segundo y tercer semestre asistí al ISSSTE y al CCH.

PARTE II

MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.

La terapia familiar es un concepto global para nombrar a aquellos procesos psicoterapéuticos cuyo objetivo es tratar los síntomas del paciente identificado a través de la atención a la familia, tratando la comunicación y desajustes que existan dentro de ella. Eguiluz (2001) menciona que la terapia familiar es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre un individuo aislado, por lo que resulta en este aspecto, significativamente distinto de otras formas de tratamiento clínico.

La importancia de integrar a la familia al tratamiento ha sido un cambio sustancial en la psicoterapia tradicional, dado que esto generó no sólo la creación de técnicas diversas sino también una nueva visión de lo psicológico, de la patología e incluso del quehacer del terapeuta. Por lo tanto cuando nos referimos a Terapia Familiar no sólo hablamos del uso de técnicas o de la inclusión de los integrantes de la familia a la sesión, sino de un marco teórico a través del cual se da un nuevo significado a la labor terapéutica y a lo que el paciente plantea como problema en la práctica clínica. Es decir, la terapia familiar no sólo es un tratamiento, es también una epistemología, que será el principal instrumento para explicar el funcionamiento familiar y sus síntomas. Esta epistemología fue constituida gracias a los principios de tres teorías: la teoría general de los sistemas, la teoría de la comunicación y la teoría de la cibernética, las cuales se abarcarán con detenimiento más adelante.

La familia, unidad de la sociedad, principal agente de socialización, es considerada ahora el espacio de maniobra psicoterapéutica, y no sólo eso, el terapeuta se ha convertido en un participante activo de la dinámica familiar, permitiéndose lo que para la psicología tradicional sería la pérdida de la tan anhelada objetividad. Estos cambios se han dado

paulatinamente a lo largo de varias décadas, siendo el fruto de interesantes investigaciones y del trabajo con familias. En este contexto surgieron nuevos planteamientos y modelos teóricos que han ido modificándose a través del tiempo. En las siguientes páginas usted encontrará un análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y postmoderna, y de los principios que de ella se derivan.

2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Sistémica y Postmoderna.

El tratamiento de problemas psicológicos en el contexto de la familia comenzó realmente hasta mediados de los años 50. Sin embargo, las raíces de la terapia familiar fueron fundadas mucho antes con cambios y progresos sociales y teóricos en el campo de la psicología. La terapia familiar se desarrolló fuera del paradigma reinante del psicoanálisis y del modelo médico psiquiátrico, las necesidades de tratamiento de los pacientes parecían ir más allá del campo psicoanalítico. Las aproximaciones psicoterapéuticas más utilizadas en el siglo XX se centraron en un enfoque que contemplaba al individuo y la relación paciente-terapeuta. Los terapeutas reconocidos tales como Freud y Rogers creían que mientras que la vida familiar formaba la personalidad, el aspecto más influyente y las fuerzas dominantes que controlaban el comportamiento humano eran la creencia interna, subjetiva que los pacientes tenían sobre sus familias. Freud y Rogers creyeron que los problemas psicológicos eran el resultado de conflictos neuróticos e interacciones destructivas en su familia de origen y que el tratamiento era más eficaz si estaba conducido sin tener en cuenta las influencias dañinas de los parientes. Por lo tanto, segregaron a los pacientes de sus familias para la terapia y el tratamiento se centraba en sus comportamientos sintomáticos individuales. El advenimiento de la terapia familiar llevó a una nueva manera de entender y de explicar el comportamiento humano. Los terapeutas familiares proponían que los problemas psicológicos eran desarrollados y mantenidos en el contexto social de la familia. Esta nueva perspectiva generó un cambio en el foco del tratamiento, ya que éste se trasladó del mundo interno del paciente individual a la familia entera. Este cambio proponía entender los acontecimientos humanos en términos de patrones interaccionales del comportamiento. Los modelos biológicos y psicoanalíticos

eran sustentados por un modelo causal, lineal para entender la enfermedad, lo cual acentuaba la disfunción interna y no podía considerar la naturaleza recíproca de relaciones interpersonales. Los terapeutas familiares propusieron que los problemas psicológicos fueran explicados en términos de acontecimientos circulares, recurrentes que se centraban en el contexto mutuamente influyente e interpersonal (Nichols y Schwartz, 1998).

Varios conceptos y movimientos en el campo de la psicología influenciaron la evolución de la terapia familiar y cambiaron la visión de la vida y de los problemas de un individuo a una perspectiva sistémica. Entre los acontecimientos más instrumentales estaban los estudios de las dinámicas de grupo, la investigación sobre dinámica familiar y la etiología de la esquizofrenia.

Los psicólogos sociales estudiaron la dinámica de grupos en los años 20 para ampliar la comprensión de sus problemas, su estructura y sus límites políticos. La investigación de Kurt Lewin condujo a la conceptualización de que “*un grupo es más que la suma de sus piezas*”. Además, sugería que la interdependencia entre miembros del grupo parecía estabilizar patrones de comportamiento, descubrió que los cambios en el comportamiento del grupo ocurrían solamente después de interrumpir los hábitos aceptados y la creencia del grupo. Los principios de las dinámicas de grupo fueron muy relevantes para los terapeutas familiares quienes entendían que no debían trabajar solamente con los individuos, sino con los sistemas familiares. Uno de los conceptos más importantes de las dinámicas de grupo que influenciaron a la terapia familiar fue: la distinción entre el proceso y el contenido de las discusiones del grupo, los terapeutas reconocieron la necesidad de entender no sólo lo que decían los miembros del grupo (contenido), sino también cómo estas ideas eran comunicadas (proceso). Centrándose en el proceso de sus discusiones, los terapeutas ayudaban a las familias a mejorar la manera en que se relacionaban (Nichols y Schwartz, 1998).

Por otro lado el estudio de la esquizofrenia condujo a investigaciones de gran importancia para el campo de la terapia familiar Gregory Bateson, fue la figura principal en el proyecto de investigación de la esquizofrenia en Palo Alto, California. El grupo de Bateson presu-
mía

que los síntomas de la esquizofrenia funcionaban para mantener un equilibrio homeostático en las familias, y debía por lo tanto ser el resultado de interacciones entre miembros de la familia.

En 1956, Bateson y sus colegas introdujeron el concepto del “*doble vínculo*” para describir cómo los síntomas esquizofrénicos se podrían explicar en el contexto familiar. A pesar de que muchas de estas ideas sobre el papel de la familia en la esquizofrenia demostraron más adelante ser incorrectas, la investigación del grupo era un trampolín para el campo de la terapia familiar. El proyecto de investigación del grupo de Palo Alto dio lugar a algunas de las observaciones más tempranas de la comunicación y de la organización entre miembros de la familia.

Las investigaciones de Theodore Lidz de la dinámica de la familia con un miembro esquizofrénico introdujeron un nuevo elemento a los estudios anteriores conducidos por el grupo de Palo Alto. Mientras que los esfuerzos de entender el papel de la familia se habían centrado en las relaciones de las madres con sus niños, Lidz descubrió que los padres tenían también una influencia profunda en el desarrollo de los síntomas en sus hijos. Encontró que una proporción grande de pacientes esquizofrénicos venían de hogares desintegrados y de relaciones destructivas experimentadas con sus familias, particularmente con sus padres. También observó que las relaciones maritales y parentales no funcionaban a menudo como una unidad cooperativa. Los estudios de Lidz sobre la dinámica familiar y sobre los patrones interaccionales que pueden contribuir al comportamiento sintomático, ayudaron a pavimentar los caminos de la terapia familiar (Nichols y Schwartz, 1998).

El interés por la familia en el ámbito clínico inició en los años cincuenta influenciado por las primeras investigaciones en el campo y por el trabajo que realizaron psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington, Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y Auerswald en Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto, aunque la lista continúa, fueron ellos y sus colaboradores quienes fomentaron un nuevo movimiento en la psicología y su práctica (Hoffman, 1981). Cabe

señalar que la mayoría de estos investigadores realizaron el estudio de la familia a través de una visión sistémica, ya que para esa época los principios de la Teoría General de los Sistemas, creada por Ludwing von Bertalanffy en 1947, ya se trasladaban a la explicación de los comportamientos humanos. Pero veamos cuales han sido las aportaciones de algunos de estos personajes a la terapia familiar:

Nathan Ackerman: Fue uno de los primeros en analizar familias en la clínica en los años cincuenta. A pesar de que su formación era psicoanalítica Ackerman estaba avanzando hacia lo que después sería conocido como Terapia Estructural. Minuchin, psiquiatra infantil de origen Argentino a quien se le atribuye la creación de esta terapia, fue introducido en la terapia familiar por Ackerman en los años sesenta. Filmó muchas de sus entrevistas, su trabajo se caracterizaba por situarse en el aquí y el ahora, trabajando con lo que sucedía en la sesión. Ackerman era reconocido por su arte teatral, su ingenio y su intromisión en la vida familiar y personal. Su estilo era provocativo y su táctica consistía en bloquear comportamientos y secuencias haciendo una broma, un movimiento rápido de la mano o de postura o una interpretación de claves no verbales, lo que posteriormente Minuchin llamaría “*pasos restructurantes*”. Otra característica de su trabajo fue el utilizar su propia persona para el trabajo terapéutico (Hoffman, 1981). Ackerman fue de los primeros en publicar sobre el tema de la familia concibiéndola como una unidad biosocio-emocional y resaltó la importancia de la participación de la familia en el tratamiento de los desórdenes emocionales (Eguiluz, 2001).

La capacidad de Nathan Ackerman para entender la organización total de familias le permitió mirar más allá de las interacciones de su comportamiento. Utilizaba su estilo provocativo para destapar las defensas de la familia. El entrenamiento de Ackerman en el modelo psicoanalítico es evidente en sus contribuciones y acercamiento teórico a la terapia familiar. Proponía que por debajo de la unidad evidente de las familias existía una abundancia del conflicto intrapsíquico que dividía a los miembros de la familia en facciones. En su trabajo clínico, Ackerman sintió la necesidad de incluir a la familia entera cuando trataba el problema de uno de sus miembros, y sugirió que la terapia familiar fuera utilizada como forma primaria de tratamiento en clínicas donde se atendían a niños.

Ackerman compartió sus ideas y acercamiento teórico con otros profesionales en el campo. En 1938 publicó “*La unidad de la familia y la diagnosis de la familia: Un acercamiento al niño preescolar*”, artículo que inspiró el movimiento de la terapia familiar. Junto con Jackson, Ackerman fundó la primera revista de terapia familiar, *Family Process*, que aún sigue siendo la principal publicación de ideas en el campo. En 1965 fundó en Nueva York el Instituto de la Familia, el cual, después de su muerte en 1971, fue llamado Instituto Ackerman (Nichols y Schwartz, 1998).

Murray Bowen: Con una formación psiquiátrica fue uno de los primeros en hospitalizar a todo el grupo familiar, con el objeto de estudiar las relaciones del paciente esquizofrénico con su familia. Planteó una hipótesis trigeneracional para explicar la esquizofrenia, él consideraba que las enfermedades emocionales se desarrollaban en tres generaciones donde existe una relación estrecha entre sus miembros (Bowen, 1984, citado en Eguiluz, 2001). Murray Bowen fue uno de los pioneros de la terapia familiar, su terapia es una consecuencia de la teoría psicoanalítica y ofreció una visión más comprensiva del comportamiento y de los problemas humanos. La meta subyacente en el modelo de Bowen es la diferenciación del Yo, también consideraba los pensamientos y las sensaciones de cada miembro así como la red del contexto de las relaciones de la familia. Bowen creció en Waverly, Tennessee. Después de graduarse en la escuela de medicina y de servir cinco años en la milicia, Bowen inició una carrera en psiquiatría. Comenzó a estudiar la esquizofrenia y su entrenamiento psicoanalítico lo condujo a ampliar sus estudios de pacientes individuales a los patrones de la relación entre la madre y el niño. De 1946 a 1954, Bowen estudió las relaciones simbióticas de madres y de sus hijos esquizofrénicos en la clínica de Menninger en Topeka, Kansas. En 1954, Bowen fue director de la división de la familia en el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). Amplió su investigación incluyendo a los padres y desarrolló el concepto de la triangulación. En su primer año en NIMH, Bowen proporcionaba terapia individual para cada miembro de la familia, pero pronto descubrió que este acercamiento fraccionaba a las familias en vez de unirlos. Consecuentemente, decidió tratar a la familia entera como unidad, y se convirtió en uno de los fundadores de la terapia familiar. En 1959, comenzó a trabajar en la Universidad de Georgetown, en el área de psiquiatría donde refinó su modelo de terapia familiar y entrenó a un gran número de

estudiantes, incluyendo a Phill Guerin, Michael Kerr, Betty Carter, y Monica McGoldrick, y ganó el reconocimiento internacional por su contribución en el campo de la terapia familiar. Murió en octubre de 1990 (Nichols y Schwartz, 1998).

Carl Whitaker: Se le atribuye la terapia del absurdo, ya que en sesión hacía bromas, farsas, generaba caos, aumentando la patología hasta que los síntomas se destruían a sí mismos, provocaba para generar cambios. Fue criticado por no tener una teoría rectora, sin embargo la psicoterapia del absurdo puede ser considerada como un esfuerzo por romper viejas pautas de pensamiento y comportamiento existentes (Hoffman, 1981). El pensamiento creativo y espontáneo de Whitaker formó la base de un acercamiento inventivo a la terapia familiar. Creía que la implicación y la participación activa del terapeuta eran la mejor manera de causar cambios en las familias y de promover flexibilidad entre sus miembros. Confiaba en su propia personalidad y sabiduría, más que en cualquier técnica fija, para revolver las dificultades de las familias. El acercamiento confrontativo de Whitaker le ganó la reputación como el más irreverente entre los iconoclastas de la terapia familiar. Whitaker veía a la familia como una unidad integrada, no como una colección de individuos. Pensaba que una carencia de la proximidad emocional entre miembros de la familia daba lugar a los síntomas y a los problemas interpersonales que conducían a las familias a buscar el tratamiento. Acentuó la importancia de incluir la espontaneidad de los miembros de la familia, especialmente de niños, en el tratamiento. Whitaker también inició el uso de coterapeutas como un medio para mantener la objetividad mientras que usaba sus técnicas altamente provocativas. A principios de 1946, fue presidente del departamento de psiquiatría en la Universidad de Emory, en donde se centró en tratar a esquizofrénicos y a sus familias. También ayudó a desarrollar algunas de las primeras reuniones profesionales de terapeutas familiares, con colegas tales como John Warkentin, Thomas Malone, John Rosen, Bateson, y Jackson. En 1955, Whitaker dejó Emory y se dedicó al ejercicio privado, y fue profesor de psiquiatría en la universidad de Wisconsin en 1965 hasta su retiro en 1982. Whitaker murió en abril de 1995, dejando un vacío en el campo de la terapia familiar (Nichols y Schwartz, 1998).

Gregory Bateson: inició en los años cincuenta sus investigaciones sobre comunicación y detectó que en familias de pacientes esquizofrénicos existían formas peculiares de comunicación que se imponían y que fomentaban el comportamiento irracional del paciente, que implicaba la incapacidad para distinguir lo literal de lo metafórico. Con sus investigaciones generó la teoría de la comunicación de la cual hablaremos más ampliamente en los siguientes apartados.

Bateson fue un científico Anglo-estadounidense que incursionó en las más variadas ramas de la ciencia con un innovador enfoque holístico e integrador. Nace en 1904 en Inglaterra y muere en San Francisco en 1980. Adquirió su formación científica en Cambridge, en el área de la antropología.

Después de la Segunda Guerra Mundial Bateson participa en las Conferencias Macy sobre cibernética, donde se nutre de las ideas de Warren McCulloch, Norbert Wiener, John Von Neuman, entre otros. Sus investigaciones y reflexiones abarcaron áreas tan variadas como: antropología, etnología, teoría del aprendizaje, psicología anormal, cibernética, teoría de sistemas, lógica, epistemología, entre otras. Prácticamente, en todas ellas realizó aportes trascendentes e innovadores. Parte de sus contribuciones se encuentran en sus obras: *Pasos hacia una Ecología de la Mente*, 1972 *Espíritu y Naturaleza*, 1979. Algunas de estas contribuciones fueron la teoría del doble vínculo en la génesis de la esquizofrenia, la teoría de la comunicación, la epistemología sistémica y la aplicación de la cibernética a seres vivos y sistemas sociales.

Don Jackson: Colaboró en el grupo de Bateson, acuñó el término de “*Homeostasis Familiar*” ubicando a la familia como un sistema que mantiene el equilibrio. Su trabajo con familias de esquizofrénicos insiste en construir una doble atadura terapéutica como principal estrategia para el cambio. Se mostró interesado por la doble atadura (o doble vínculo) y los efectos de la prescripción del síntoma. En uno de sus artículos habla por primera vez de las consecuencias negativas del cambio. El talento creativo de Jackson contribuyó a su éxito como escritor, investigador, y cofundador de la principal revista en el campo de la terapia familiar, *Family Process*. Graduado en Medicina 1943 en la Universidad de Stanford, Jackson rechazó los conceptos psicoanalíticos que formaron la

base de su entrenamiento. En su lugar, centró su interés en el análisis de Bateson de la comunicación y del comportamiento, que formó sus contribuciones más importantes al campo de la terapia familiar. Antes de 1954, Jackson había desarrollado una terapia rudimentaria interaccional (Nichols y Schwartz, 1998). Observó el impacto mutuo de pacientes esquizofrénicos y de sus familias, y reconoció rápidamente la importancia de tratar la unidad familiar en vez de hospitalizar solamente a los pacientes para el tratamiento individual. Sus trabajos iniciales se centraron en los efectos de la terapia en la familia y desarrolló el concepto de homeostasis familiar para describir cómo las familias se oponen al cambio e intentan mantener patrones redundantes del comportamiento. Jackson también sugirió que los miembros de la familia reaccionaban a los síntomas del paciente esquizofrénico de maneras que servían para estabilizar el *status quo*, dando como resultado formas inflexibles del pensamiento y mantenimiento del comportamiento sintomático. En 1958, Jackson estableció el Instituto de Investigación Mental (MRI) y trabajó con Virginia Satir, Julio Riskin, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick y Gregory Bateson. Antes de 1963, el modelo de Jackson implicó varios tipos de reglas que definieron los patrones y las interacciones de la comunicación entre los miembros de la familia. Jackson creía que la disfunción de la familia era resultado de la carencia de reglas para el cambio, y que el papel de los terapeutas era hacer las reglas explícitas y modificar la rigidez que mantenía los problemas de la familia. En 1968, Jackson murió a los 48 años (Nichols y Schwartz, 1998).

Virginia Satir: Sustituyó el término de patología por el de funcionalidad es decir hablaba de familia disfuncional no de familia enferma. Reconoció la importancia de la comunicación en la familia. Se destacó su capacidad para atacar el problema o situación negativa, para después convertirla en algo positivo. Su postura fue humanista, sistémica y utilizó también la Teoría de la Comunicación. Virginia Satir es una de las figuras dominantes en el desarrollo de la terapia familiar. Ella creía que una vida familiar sana implicaba compartir abierta y recíprocamente el afecto, los sentimientos y el amor. Satir hizo contribuciones enormes a la terapia familiar en su práctica y entrenamiento clínicos. Ella comenzó a tratar a familias en 1951 y estableció un programa de entrenamiento para los residentes en el Instituto Psiquiátrico del estado de Illinois en 1955. Satir fue directora de entrenamiento en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto a partir de 1959 hasta

1966 y en el Instituto de Esalen después de 1966. Además, dio conferencias y condujo talleres en terapia experimental de la familia a través de E.U.A. El calor genuino de Satir y el cuidado eran evidentes en su inclinación natural de incorporar sentimientos y la compasión en la relación terapéutica. Creía que el cuidado y la aceptación eran elementos dominantes en la terapia. Ella era la voz de mayor alcance para apoyar sinceramente la importancia del amor como aspecto curativo. Desafortunadamente, la creencia de Satir fue contra el acercamiento científico a la terapia familiar aceptada en aquella época. Murió en 1988 después de sufrir de cáncer pancreático (Nichols y Schwartz, 1998).

Cabe señalar que a lo largo del desarrollo de la terapia familiar han existido figuras muy importantes que han participado en el avance de este campo, en las páginas precedentes se expuso la vida y obra de algunos de ellos, sin embargo, conforme se fueron definiendo nuevos enfoques y modelos teórico surgieron nuevas figuras importantes. En las siguientes páginas se irá ampliando la lista de personalidades y sus contribuciones.

Por otra parte es importante nombrar las bases teóricas que dan sustento a la terapia familiar que son básicamente tres teorías: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría Cibernética y la Teoría de la Comunicación, a continuación se describirán brevemente:

Teoría General de los Sistemas

A lo largo de los años 40 hasta los 60 se desarrolló una gran diversidad de aproximaciones en las diferentes ciencias. Una de ellas fue la *Teoría General de Sistemas*. Esta teoría surge en 1947 y se le atribuye a Ludwing Von Bertalanffy, esta disciplina tiene el objetivo de formular y derivar aquellos principios que son válidos para los sistemas en general.

Bertalanffy (1976) afirma lo siguiente:

Podemos muy bien buscar principios aplicables a temas en general, sin importar que sean de naturaleza física, biológica o sociológica. Si planteamos esto, y definimos bien el sistema, hallaremos que existen modelos, principios y leyes que se aplican a

sistemas generalizados, sin importar su particular género, elementos y “fuerzas” participantes (p. 33).

Bertalanffy planteó una explicación científica sobre los “*todos*” y las “*totalidades*” proporcionando una serie de conceptos aplicables a los sistemas que explican su funcionamiento y características, estos conceptos posteriormente fueron retomados por la psicología y se ven plenamente reflejados en las corrientes teóricas sistémicas. A continuación se definen algunos de estos conceptos (Eguiluz, 2001):

Recursividad: Un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. La familia es considerada un sistema que a la vez pertenece a un suprasistema que es la sociedad, y a la vez posee subsistemas, el parental, el fraterno, conyugal e individual.

Sinergia: El examen de una de las partes del sistema en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo. La familia posee sinergia ya que el estudio de uno de sus miembros no puede explicar el comportamiento de todo el grupo.

Equifinalidad: En los sistemas abiertos se puede alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos. En la terapia sistémica esto implica que no es posible encontrar causas únicas de un problema psicológico específico.

Equicausalidad: La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Este principio apoya la idea de que no es necesaria la búsqueda de una causa pasada del síntoma porque este puede entenderse de modo multifactorial.

Entropía: es una medida del desorden y desorganización del sistema. La familia pasa por ciclos de desarrollo el cual es llamado ciclo vital, lo que implica niveles de complejidad creciente hasta que se generan nuevos sistemas. Existe un doble proceso de continuidad y crecimiento a través del equilibrio y la transformación.

Ordenación Jerárquica: implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo simple a lo más complejo. En toda organización hay una jerarquía, poder y responsabilidad para la toma de decisiones. En la familia, existe dominio que ejercen unos contra otros, toma de decisiones, responsabilidades que se asumen para brindar ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás subsistemas.

Teleología: Adaptación a las exigencias de las etapas de desarrollo, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros, esto se da a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: Morfoestasis y Morfogénesis.

Morfoestasis: Tendencia a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir como el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro. Es decir, un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. Se logra la permanencia de valores y patrones.

Morfogénesis: tendencia del sistema a cambiar y a crecer, comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia (ciclo vital).

Sistemas Abiertos y Cerrados: Los sistemas cerrados son aquellos que se encuentran aislados del medio circundante. Por otra parte, todo organismo viviente es un sistema abierto. Se mantiene en continua incorporación y eliminación de materia, constituyendo y demoliendo componentes, sin alcanzar mientras la vida dure, un estado de equilibrio sino manteniéndose en un estado uniforme.

“El grupo familiar es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en constante intercambio con el exterior” (Andolfi, 1985, p. 18).

“Para Bertalanffy todo organismo es un sistema o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas, esta definición sirve perfectamente para comparar lo que podría entenderse por familia” (Eguiluz, 2001, p.111).

Cabe señalar que la teoría General de los Sistemas y sus conceptos han sido retomados de distinta forma por los autores, tal como lo menciona Peggy Papp (1983):

Lo que se denomina teoría de los sistemas en el terreno de la terapia familiar consiste en una serie débilmente conectada de conceptos originados en la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. Las distintas maneras en que se ha interpretado y ampliado la teoría de sistemas ha sido motivo de cuantiosos trabajos escritos (p. 21).

El principal fin de la Teoría General de Sistemas según Bertalanffy (1976) fue lograr una tendencia general hacia una integración en las varias ciencias, naturales y sociales para apuntar hacia la teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia, desarrollando principios unificadores. Esta teoría intentó acercarnos a la meta de la unidad de la ciencia.

En el campo de la terapia familiar la Teoría General de los Sistemas fue una pieza clave para el entendimiento de los sistemas familiares y permitió el desarrollo de una serie de modelos y conceptos teóricos que revolucionaron la psicoterapia. Sin lugar a dudas Ludwin Von Bertalanffy es otro de los pensadores más sobresalientes de nuestro siglo. Su preocupación por cambiar la conceptualización de causalidad lineal que era preponderante en las ciencias, lo llevó a crear su teoría. Propuso que cada elemento fuera estudiado en relación con la totalidad de la cual forma parte, esto hace que la explicación no sea lineal, sino circular (A influye a B, que a su vez vuelve a influir en A).

Esta teoría también proporcionó aspectos técnicos que se refieren a las características de las totalidades organizadas, es decir de los sistemas: complejidad, jerarquía, poder, interacción e información. Entre estos hay que resaltar el aspecto de jerarquía ya que este será de fundamental importancia a la terapia familiar, por el hecho de que las *jerarquías* con sus

diferentes niveles y diferenciaciones dan lugar a la *estructura familiar* que será uno de los focos de análisis del terapeuta familiar estructural, de igual forma otros modelos de terapia familiar retomarán muchos de estos conceptos.

■ **Teoría Cibernética**

Norbert Wiener es considerado el padre de la Teoría Cibernética, la cual dio a conocer en 1948 con su libro *Cibernética*, esta teoría estudiaba los sistemas y en especial los sistemas recursivos con la noción central del feedback. Para Wiener la cibernética es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes (Wiener, 1982, citado en Sluzki, 1985) Esta teoría es considerada una epistemología centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. Para Bateson (1972, citado en Sluzki, 1985) la cibernética es la nueva ciencia de la forma y la organización de los patrones de organización.

Wiener se interesó en las relaciones entre el hombre y la máquina mientras realizaba una crónica sobre la huelga en la industria textil de Massachussets. En su libro *Cibernética*, formuló la forma en que concebía los problemas biológicos y sociales, tratándolos por medio de las matemáticas y la ingeniería. Los procesos electrónicos y de comunicación se convirtieron, en la teoría de Wiener, en prototipos de los procesos biológicos y sociales. El propósito de la Teoría Cibernética era desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos (Eguiluz, 2001).

La teoría de la cibernética tuvo varios momentos importantes como parte de su evolución, cada uno de estos generó principios y conceptos que fueron retomados también por la terapia familiar, a continuación presentamos sus características:

La *Cibernética de Primer Orden* surge de la Ingeniería de la Comunicación y Ciencias de la Automatización y Computación y su objetivo era establecer los principios generales de

regulación de sistemas de todo tipo. La *primera cibernética* tuvo dos momentos *la primera y la segunda ola*. De *la primera ola* resultaron dos nociones: el concepto de organización y de información. Los procesos centrales eran los procedimientos que optimizan el logro de un objetivo: La homeostasis, en el sentido de procesos correctivos. La terapia familiar en este primer período pone énfasis en reglas familiares, mitos familiares y patrones interactivos. En *la segunda ola* o también llamada *segunda cibernética*, el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación positiva y los procesos sistémicos de cambio, subrayando la dialéctica estabilidad-cambio. En el campo de la terapia familiar aparecen intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocativas destinadas a empujar a la familia más allá del umbral y desencadenar cambios cualitativos. Estas modalidades terapéuticas fueron introducidas por Salvador Minuchin y Carl Whitaker (Sluzki, 1985).

La *Cibernética de Segundo Orden* es también llamada *cibernética de los sistemas observantes*, a diferencia de la cibernética de primer orden que consideraba al observador como parte externa a lo observado, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de observación. La esencia de este nuevo punto de vista es considerar al observador parte de lo que observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción. Este principio generó el cuestionamiento sobre el alcance y los límites del lenguaje y de los procesos mentales. Desde este punto de vista el terapeuta familiar no es un agente que opera sobre una familia cambiándola, sino que es un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados (Sluzki, 1985).

Teoría de la Comunicación

Se atribuye esta teoría a Gregory Bateson y su equipo de colaboradores de Palo Alto California. A pesar de que su interés no estaba dirigido a las técnicas terapéuticas ni a la patología, fueron estos los campos donde mayores repercusiones tuvieron sus investigaciones. También fueron importantes las aportaciones de Jackson, Watzlawick y Beavin (Eguiluz, 2001).

La teoría de la comunicación está conformada por varios axiomas que mencionaremos a continuación, (Watzlawick, 1989, citado en Eguiluz 2001):

1) “*Toda Conducta es comunicación*”: Es imposible dejar de comunicarse, el cero o la total ausencia de un suceso indicador, puede ser un mensaje.

2) “*Toda Comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación*”: Es decir, la comunicación no sólo trasmite un mensaje, sino que genera un compromiso y además impone conductas entre los comunicantes.

3) “*La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes*”: Quienes participan en el proceso de comunicación organizan las secuencias a su manera.

4) “*Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente*”: El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica bastante compleja, pero carece de semántica; mientras que con el lenguaje analógico sucede lo contrario, posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis para lograr definir de manera inequívoca, la naturaleza de las relaciones humanas.

5) “*Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia*”: En el primer caso las relaciones están basadas en la igualdad (mientras más hace uno algo, más hace el otro de eso mismo), mientras que en el segundo caso, en la diferencia (mientras más se comporta uno de cierta forma, menos se comporta el otro de esa misma manera).

La personalidad de Gregory Bateson fue una de las más relevantes del grupo de Palo Alto, en el que se articuló la investigación de sociólogos, lingüistas, psicólogos, psiquiatras, biólogos en torno a un punto de encuentro: la comunicación.

De la cibernética (Bateson tuvo una comunicación directa con Norbert Wiener desde 1947) y de las inquietudes de la escuela de Palo Alto, la comunicación redobla su valor como instrumento de comprensión e intervención sobre la realidad en sus múltiples proyecciones. Muchos de los procesos y también las patologías, pudieron ser interpretados con esta teoría.

A partir de la que se denomina teoría del “*doble vínculo*”, Bateson analizó los problemas de comunicación esquizoide derivadas de las contradicciones informativas en los procesos como los que se dan entre madre e hijo. Y, por consiguiente, mediante el análisis de los flujos informativos, las interacciones y retroalimentaciones, también se interviene terapéuticamente sobre el espacio de los actores de la comunicación.

Para Bateson, la comunicación está determinada por el contexto en el que se produce. Toda comunicación exige un contexto, porque sin contexto no hay significado, no hay valor diferencial que genere información (la información es una diferencia que hace la diferencia). Bateson recrea una visión sistémica e interdisciplinaria de los procesos comunicativos. Concibe los procesos comunicacionales con un carácter circular y evolutivo, donde el *feedback* tiene una importancia decisiva.

Esta perspectiva en lugar de preguntarse por las causas del pasado individual que justifiquen el comportamiento actual o presente de las personas; se pregunta cómo está organizado y qué significado se le da al contexto interpersonal y los sistemas de creencias actuales de los participantes para que el comportamiento en cuestión sea adecuado y tenga algún sentido.

Así, Bateson fue un pionero en introducir cierta concepción teórica nueva en las ciencias humanas, su idea sistémica y cibernética de la comunicación que reemplazaba cierta forma de pensamiento causal y lineal por otro "*circular*".

Bateson conectó las nuevas ideas cibernéticas con la noción de conducta. Creó un puente bastante sólido que permitió integrar conceptualmente un grupo de teorías. Desarrolló toda una filosofía de la mente orientada a describir cómo los organismos perciben, piensan y actúan. Con esta tarea contribuyó a conectar las nociones de comunicación y conducta de

modo tal que permitió ampliar el campo de la psicología. Ampliando la noción clínica de mente contribuyó a establecer en el campo psiquiátrico la idea de que los trastornos "*mentales*" son trastornos de la comunicación.

2.1.2 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna.

Las investigaciones y aportaciones realizadas por los pioneros de lo que hoy llamamos terapia familiar sistémica, y a las cuales nos dedicamos en el apartado anterior, constituyeron las bases para el desarrollo de diferentes modelos de intervención en el área clínica. Utilizando los principios de la teoría cibernética, de la teoría de la comunicación y de la teoría general de los sistemas, se desarrollaron técnicas que comprobaron ser de gran beneficio para las familias a través de investigaciones y de la propia experiencia de los que hoy reconocemos como grandes personalidades de la terapia familiar sistémica y postmoderna. En este apartado hablaremos de estos modelos los cuales podemos dividir en dos categorías, los modelos derivados del modernismo y aquellos derivados del postmodernismo. Ambos tipos de modelos surgieron de las bases teóricas ya mencionadas sin embargo, parten de dos teorías diferentes, los modelos modernos retoman la *Teoría Constructivista*, mientras los modelos postmodernos se desarrollaron del *Construccionismo Social*, aunque ambas teorías confrontan la idea que propone la existencia de un "*mundo real*" que puede conocerse con certeza objetiva, el constructivismo tiende a promover una imagen de los sistemas como cerrados y sugiere que los conceptos y constructos se construyen en el encuentro del organismo con el ambiente; mientras que el construccionismo social considera que las ideas y los conceptos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje, sostiene que el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito del mundo común. A través de las conversaciones los individuos desarrollan un sentido de identidad. Los efectos de estas teorías en las formas de hacer terapia implican la diferencia entre los modelos modernos y postmodernos (Gergen, 1996).

Los modelos modernos plantean lo siguiente (Maldonado, 2002):

- Se observa a la estructura familiar como jerárquicamente organizada.
- La familia existe independientemente del observador.
- Se ve al terapeuta como quien es o debería ser un experto.
- Se atiende a una idea de desarrollo normativo de la familia: funcionalista
- Asumen que los síntomas tienen una función en el sistema para permitir la homeostasis familiar.

Los modelos postmodernos sugieren lo siguiente (Hoffman, 1989):

- Ya no se habla de “*verdades universales*” o “*estructuras*” sino de multivisiones, o pluralidad de ideas acerca del mundo. No se cree en la verdad objetiva.
- No se pone acento en la homeostasis sino en el sistema social generativo y se considera que los desequilibrios son productivos y normales.
- Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos por sistemas generadores de sentido y organizadores de problemas mediados por el lenguaje. El problema crea al sistema.
- Hay una relativa ausencia de jerarquía e la relación terapeuta-paciente, es decir, hay una estructura más colaborativa que jerárquica.
- Terapeuta y familia constituyen un sistema de mutua influencia.
- Hay una actitud de sistema observante y la inclusión del contexto del propio terapeuta.

La psicoterapia entendida desde el pensamiento postmoderno aparece como una conversación, una suerte de dialogo igualitario donde la historia y la voz del consultante adquieren el centro desde donde surge la dirección, la profundidad o la rapidez del proceso. El terapeuta es un acompañante que promueve que el proceso pueda realizarse, pero que desconoce el contenido y el resultado del mismo proceso que está facilitando (Anderson, 1997).

Una vez aclarada la diferencia entre los modelos modernos y postmodernos, se presentarán las características de cada uno de ellos. Dentro de los modelos modernos se encuentran: la

terapia estructural, la terapia estratégica, la terapia breve centrada en problemas, la terapia breve centrada en soluciones y la terapia de Milán. Los modelos postmodernos son la terapia narrativa, la terapia colaborativa y el equipo reflexivo. Para facilitar el manejo de información, de manera general, se presenta en cuadros la descripción de los modelos, que contienen los antecedentes, representantes, objetivos de la terapia, conceptos básicos, procedimientos e intervenciones y seguidores.

MODELOS DERIVADOS DEL MODERNISMO

MODELO ESTRUCTURAL	
ANTECEDENTES	Terapia familiar clásica trabajos de Bowen, Ackerman, Whitaker. Este modelo surge con el trabajo realizado por Salvador Minuchin con los grupos de familias de niños delincuentes, de las "grandes minorías" (negros y latinos) al este de E.U, en su trabajo desarrolló no sólo la parte teórica sino la tecnología para el cambio en la estructura en los sistemas familiares
REPRESENTANTES	Salvador Minuchin nació en Argentina, comenzó su carrera como terapeuta familiar a principio de los años 60, fecha en la que descubrió patrones comunes en las familias problemáticas. Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil, se le reconoce como el principal representante del modelo estructural, destacó por su peculiar forma de hacer terapia, pero incluso su estilo dramático no tuvo el mismo impacto que su teoría estructural. En su texto clásico, <i>Familias y Terapia Familiar</i> (Minuchin, 1974) enseñó a los terapeutas familiares a ver lo que él miraba. A través de la lente de la teoría estructural las interacciones eran el foco de atención. Donde otros veían solamente caos, Minuchin veía que las familias se estructuraban en "subsistemas" con "límites claros o difusos". En 1969, Minuchin, Haley, Braulio Montalvo y Berenice Rosman desarrollaron un programa de entrenamiento en terapia familiar, el cual acentuaba la experiencia, la supervisión, el uso de videocintas y la aplicación de las técnicas de la terapia estructural. Otro colaborador de Minuchin fue Fischman con quien en 1984 publicó el libro <i>Técnicas de Terapia Familiar</i> .
OBJETIVO DE LA TERAPIA	El Modelo Estructural es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian el individuo en su contexto social, la terapia bajo este marco intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican las posiciones de los miembros. Como resultado, se modifican las experiencias de cada individuo. Es una terapia de acción. Consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El objetivo de las intervenciones es el sistema familiar. El terapeuta se asocia al sistema y utilizando su persona lo transforma modificando sus propiedades.
CONCEPTOS BÁSICOS	La terapia estructural supone que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste. El individuo puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta el conjunto. La conducta del terapeuta se incluye en el contexto (sistema terapéutico)• El Modelo Estructural supone que el sistema familiar posee las siguientes propiedades: Subsistemas, Límites, Jerarquía, Alianzas, Coalición, Geografía y Territorio (Minuchin, 1974).

<p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>E</p> <p>INTERVENCIONES</p>	<p>Existen tres estrategias principales en la terapia estructural cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: Cuestionamiento del Síntoma, sus técnicas son: <i>escenificación</i> (el terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia y puedan vivenciar la danza familiar), <i>enfoque</i> (el terapeuta selecciona y organiza datos en torno a un tema para dar un sentido nuevo y generar cambios). <i>Intensidad</i> (el terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico destacando las interacciones funcionales). Cuestionamiento de la Estructura, las técnicas son: <i>Fijación de fronteras</i> (está destinada a modificar la participación de los miembros en los distintos subsistemas), <i>Desequilibramiento</i> (modifica la jerarquía de las personas dentro de un subsistema) y <i>Complementariedad</i> (Cuestiona la idea de jerarquía lineal). Cuestionamiento de la Realidad, las técnicas son: el empleo de <i>constructos cognitivos</i>, el uso de <i>paradojas</i> y la búsqueda de los <i>lados fuertes</i> de la familia, estas técnicas permiten cuestionar la manera en que la familia legitima su estructura (Minuchin y Fischman, 1984).</p>
<p>SEGUIDORES</p>	<p>Fishman, Haley retoma algunos aspectos de este modelo para desarrollar la Terapia Estratégica.</p>

<h2 style="text-align: center;">MODELO ESTRATÉGICO</h2>	
<p>ANTECEDENTES</p>	<p>El modelo estratégico, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico de Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1990).</p>
<p>REPRESENTANTES</p>	<p>La terapia estratégica es el resultado del desarrollo conceptual y terapéutico del trabajo realizado por Jay Haley quien en su libro <i>Terapia No Convencional</i> (1973) acuñó el concepto de Terapia estratégica para nombrar su trabajo basado principalmente en las técnicas hipnóticas de Milton Erickson. Hoffman (1981) señala que otras influencias importantes en el trabajo inicial de la terapia estratégica han sido la visión estructural de Minuchin y Montalvo, y las ideas de Bateson. Asimismo Haley reconoce la influencia recibida del trabajo de los fundadores de la terapia Familiar de Milán (Selvini, et al. 1978). Haley (1973) define la terapia estratégica no como una concepción o una teoría particular, sino como aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. En 1952 se inicia el proyecto de investigación sobre comunicación en pacientes esquizofrénicos, que era dirigido por Gregory Bateson, y del cual formaban parte Weakland, Fry y Haley entre otros. Este equipo trabajó de 1952 a 1962. El primer supervisor de Haley fue Don Jackson, y por más de 20 años estudió el trabajo de Milton Erickson. En 1962, Haley, Don Jackson y Nathan Ackerman fundaron la primera revista en Terapia Familiar, llamada <i>Family Process</i>, y fue precisamente Haley que fungió como editor de la misma. En 1967 se traslada a Filadelfia donde trabajó con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, principales representantes del modelo estructural. En 1976, Haley decide crear junto con su ahora ex esposa, Cloe Madanes, el Instituto de Terapia de la Familia en la ciudad de Washington. Cloé Madanes, es también considerada una de las principales representantes de este modelo.</p>

OBJETIVO DE LA TERAPIA	El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. Una terapia puede considerarse estratégica, si el clínico inicia con lo que ocurre durante este proceso terapéutico y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz (Haley, 1976).
CONCEPTOS BÁSICOS	Estrategia: plan general de acción. Tácticas: Acciones específicas que permiten tomar decisiones. Pautas: Orden bajo el cual se mueve un sistema. Jerarquía incongruente: un miembro de la familia de menor jerarquía tiene una jerarquía (superior) que no le corresponde (Haley, 1976).
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES	<i>Directivas:</i> indicaciones que se hacen a la familia sobre actividades que tienen que realizar dentro y fuera de la entrevista <i>Ordalías:</i> Se emplea cuando existe una estrecha relación terapéutica en la que, sin embargo, se manifiestan pocos cambios. Sólo se prescribe a personas que cumplen las tareas y el procedimiento consiste en que el terapeuta da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra es una tarea mucho más onerosa que aquella. <i>Redefinición:</i> Es una intervención cognitiva que consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema. En este caso la redefinición se realiza con el fin de poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto y de hacer que la nueva definición del problema lo haga resoluble. <i>Intervenciones sobre la pauta:</i> 1) <i>Metáforas:</i> La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es una relación de analogía. 2) <i>Paradojas:</i> Están basadas en el desafío y se caracterizan por pedir a la familia que no cambie para cambiar (Haley, 1973, 1976, 1984).

TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS	
ANTECEDENTES	El Instituto de Investigación Mental de Palo Alto, California, se formó originalmente al interior del Proyecto Bateson y su líder fue Don Jackson. Después de los típicos problemas de financiamiento y de relaciones interpersonales, entrada y salida de miembros, y el fallecimiento de Jackson, el MRI es conocido por el trabajo de John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch (en la edad de oro del MRI, 1963 a 1968). Este Grupo desarrolló un enfoque sistémico interaccional, y colocó a prueba y sistematizó las ingeniosas técnicas terapéuticas de Milton Erickson. Sin embargo, ellos destacaron el estudio y la sistematización de las técnicas de hipnosis no formales. En 1974, los miembros del proyecto de Terapia Breve, Paul Watzlawick, John H. Weakland y Richard Fisch, publicaron su primer trabajo, titulado <i>Cambio</i> , el cual constituye la formulación explícita de este enfoque, más tarde en 1982, Fisch, Weakland y Segal publicarían <i>La Táctica del Cambio</i> en donde se describen y ejemplifican las técnicas. Es así como surge la Terapia Breve, modelo que, a su vez, ha influido en los acercamientos de las terapias breves subsecuentes a lo largo del mundo.
REPRESENTANTES	Grupo MRI, principalmente, Richard Fisch, John Weakland, y Paul Watzlawick

<p>CONCEPTOS BASICOS</p>	<p>Este modelo se caracteriza por centrarse en el problema o dificultad de la persona. El problema es una conducta – acciones, pensamientos o sentimientos que el cliente considera claramente indeseable. Para que una conducta constituya un problema debe de realizarse de modo repetido. Los problemas se consideran de carácter interaccional porque la conducta de una persona puede ser mantenida, instigada o estructurada por otra, lo que puede generar a través del tiempo una pauta repetitiva de interacción. Las fases del proceso de intervención son:1) Determinar quien es el que presenta la queja (cliente) y quien es portador del síntoma o problema (paciente). 2) Definir el problema y objetivo. 3) Examinar las soluciones intentadas. 4) Formular y realizar un proyecto de cambio (Fisch, Weakland y Segal, 1982).</p>
<p>OBJETIVO DE LA TERAPIA</p>	<p>Utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de tal modo que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo en un tiempo de 10 sesiones. Se centra la atención en el principal problema actual, utilizando la técnicas del cambio y buscar cual es el mínimo cambio necesario para solucionar el problema. Se intenta interrumpir las conductas repetitivas que se realizan para solucionar el problema y que generan círculos viciosos que lo retroalimentan (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).</p>
<p>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES</p>	<p>Intervenciones Directas: Indicaciones claras de acciones que hay que realizar y que tienden a la resolución del problema planteado.</p> <p>Intervenciones Indirectas: Son indicaciones que enmascaran su verdadero objetivo. Es común el uso de Paradojas: Las intervenciones de cambio pueden contener elementos ilógicos con la intención de lograr un cambio a nivel lógico superior. El paciente se encuentra atrapado porque si hace o no la indicación se realiza un cambio.</p> <p>Algunas intervenciones sobre los intentos de solución son:</p> <p>1) No forzar algo que sólo ocurre espontáneamente. Se le enseña explícitamente a una persona a realizar una conducta y de forma implícita esta la renuncia a realizar conductas que hacía. 2) Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: Se prepara al paciente para el acontecimiento temido para que pueda ser dominado con antelación. 3) Llegar a un acuerdo mediante una oposición. Se intenta entonces de convencer a una de las partes que adopte una posición de aparente debilidad haciendo peticiones a la otra parte “<i>me sentiría muy agradecido si hicieras</i>”. 4) No apresurarse en dirección al cambio.- Se dicen al cliente razonamientos para que no cambie demasiado rápido, analizando los riesgos del cambio. 5) Cambio de dirección- El terapeuta cambia de estrategia o postura y le explica al cliente sus razones. Se puede colocar en una posición de cierta inferioridad. 6) Empeorar el problema- Ayudar al paciente a hacerse consciente de lo que puede ocurrir si continua con sus acciones anteriores (Fisch, Weakland y Segal, 1982).</p>
<p>SEGUIDORES</p>	<p>Giorgio Nardone ha trabajado con este modelo en Italia.</p>

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES	
ANTECEDENTES	La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) se desarrolla en Milwaukee, Wisconsin, en los años 80's y se caracteriza por su énfasis en la construcción de soluciones dentro de terapia familiar Breve (BFTC). La fuente teórico técnica de la TBCS es el modelo de terapia breve centrada en problemas desarrollado por el Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto (MRI). De este se toman las prescripciones paradójicas, el reencuadre, la evitación del cambio, la predicción entre otras.
REPRESENTANTES	Parte de la base teórica que subyace a la Terapia Breve fue desarrollada por Milton Erickson, Paul Watzlawick, John Weakland, Jay Haley y Gregory Bateson, sin embargo, es a Steve De Shazer quien se le considera padre de la TBCS. También se le considera representante de este modelo a Insoo Kim Berg.
CONCEPTOS BASICOS	Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. El cambio es constante, si se acepta la idea de que el cambio es inevitable actuaremos en dirección al cambio. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. No es necesario saber mucho acerca de la queja, ni su causa. Cuando el paciente relata su problema lo conveniente es preguntar las cosas que han hecho que les han dado buenos resultados. Un cambio pequeño genera cambios en el sistema. Los clientes definen los objetivos. El cliente expone su queja y se le solicita también exprese que es lo que quiere que cambie. El cambio puede ser rápido, se pretende que desde la primera sesión se cree una visión diferente de la queja y el paciente reporte cambios a la siguiente sesión. No hay una única forma de ver las cosas. Lo importante de las distintas formas de ver una situación es identificar que algunas son útiles para la solución y otras no lo son. Se sugiere centrarse en lo posible y que se puede cambiar no en lo imposible e intratable. Asimismo en las excepciones aquello que sucede cuando no está presente el problema. El hecho de que la conducta problemática no siempre se presente le permite generar al paciente expectativa de solución (De Shazer, 1985; O'Hanlon y Weiner, 1990).
OBJETIVO DE LA TERAPIA	Buscar excepciones al problema, las cuales se consideran como soluciones al problema, para repetirlos y ampliarlos a todos los ámbitos en los que se desarrolle el cliente. Se considera una terapia breve porque el tratamiento tiene una duración de no más de 10 sesiones.
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES	<p>Tarea de Fórmula: Se le pide al paciente que observe todo lo que pasa en su vida que le gustaría que siguiera sucediendo y lo describa en la próxima sesión.</p> <p>Tarea Sorpresa: Se le pide a una persona (A) que realice algo para sorprender a otro, realizar algo que sabe que a otro le gustara o agrada. La otra persona (B) intentará adivinar que es lo que hizo (A) y no lo comentarán entre ellos hasta la otra sesión.</p> <p>Pregunta del milagro: Se menciona a la persona que suponga que una noche mientras duerme se produce un milagro y su problema se resuelve ¿Cómo se daría cuenta que sería diferente? ¿Cómo lo sabría otra persona sin que usted le dijera ni una sola palabra acerca del asunto?</p> <p>Escala: Es una evaluación que hace el sujeto acerca de su problemática. En una escala que puede ir del 0 al 10, en el que el cero representa lo máximo del problema, el sujeto ubica su percepción ante el problema. Le permite visualizar su progreso.</p> <p>Intervenciones en la presentación de la queja: Se puede introducir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar la secuencia, descomponer el patrón en elementos más pequeños o unir la realización del problema con alguna actividad gravosa (De Shazer, 1985; O'Hanlon y Weiner, 1990).</p>
SEGUIDORES	William O' Hanlon, Matthew Selekman y M.Weiner-Davis.

TERAPIA SISTÉMICA DE MILÁN (GRUPO DE MILÁN)	
ANTECEDENTES	El Grupo de Milán se constituyó en 1967, cuando Boscolo y Cecchin se incorporaron al grupo de Mara Selvini Palazzoli, quien descontenta de los resultados de los tratamientos para esquizofrénicos, se formó bajo el enfoque sistémico y fundó el Centro de Estudios de la Familia, en Milán, Italia, en el cual debatieron el cómo aplicar los conceptos psicoanalíticos a las familias. Su mayor influencia la reciben de los trabajos del equipo MRI retomando conceptos sistémicos y cibernéticos.
REPRESENTANTES	Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata
OBJETIVO DE LA TERAPIA	Modificar el estilo del juego familiar, que permita cambiar las reglas y creencias, buscando propiciar un cambio en todo el sistema familiar.
CONCEPTOS BÁSICOS	Del equipo del MRI, retoman la visión de ver a la familia como un sistema abierto, la teoría de la comunicación humana y en especial la teoría del doble vínculo, la cual es denominada por el Grupo de Milán como " <i>comunicación paradójica</i> ". Se considera que la familia como todo grupo, esta regido por ciertas reglas, las cuales se van estableciendo a lo largo del tiempo basándose en ensayos y errores de lo que se puede y lo que no se puede hacer en cada familia; estas reglas familiares van a establecer una especie de " <i>juego familiar</i> ", el cual engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros y de la familia en conjunto.
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES	<p>Preguntas de tipo circular: Tienen el objetivo de indagar el funcionamiento del sistema completo, poniendo el énfasis en la interacción de todos los integrantes de la familia y no en el individuo aislado.</p> <p>Neutralidad: Postura neutral ante la familia.</p> <p>Intervenciones paradójicas, contraparadoja o doble vínculo terapéutico: Con este tipo de intervención se busca anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio de un modo tal que haga lo que haga siempre se logró un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo.</p> <p>Connotación positiva: Esta intervención se basa en atribuirle un significado positivo al síntoma del paciente designado y a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia.</p> <p>Rituales terapéuticos: se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia (Selvini et al. 1978).</p>
SEGUIDORES	En 1980 el Centro de Milán experimentó un cambio en su organización: Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata, se dieron la denominación de " <i>Asociados de Milán</i> " y continuaron formando terapeutas, en tanto que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Las investigaciones del Grupo de Milán fueron las bases de nuevas posturas teóricas y el desarrollo de las terapias postmodernas.

MODELOS DERIVADOS DEL POSTMODERNISMO

MODELO NARRATIVO	
ANTECEDENTES	Las bases teóricas de este enfoque fueron los trabajos de Gregory Bateson. Otra fuente fue Michel Foucault historiador y filósofo francés, él escribió acerca de la objetivación y la subyugación de las personas otras fuentes de inspiración fueron los trabajos de Humberto Maturana, y el Construccionismo social.
REPRESENTANTES	Michel White, David Epston.
OBJETIVO DE LA TERAPIA	Presta atención a la construcción que la familia hace del problema, su objetivo es construir una realidad diferente, basada en un diálogo conjunto entre paciente y terapeuta, juntos podrán descubrir potencialidades aún no aprovechadas.
CONCEPTOS BÁSICOS	<p>Historia: suministra el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar sentido a la significación y es por obra de los relatos como las personas juzgan sus vidas y la de los demás.</p> <p>Versión dominante: es un sistema de creencias de la familia que pueden contribuir al desarrollo y conservación de los problemas, es el relato inicial de la persona cuando relata un suceso, que puede ser opresiva.</p> <p>Panorama de conciencia: son las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración (deseos, preferencias, características, cualidades personales, estados intencionales).</p> <p>Panorama de acción: se refiere a las secuencias de acción a través del tiempo, presente pasado, futuro. Estos dos panoramas se unen y determinan trayectorias particulares de vida.</p>
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES	<p>Externalizar el problema: es una practica lingüística que separa a las personas de los problemas, esto amplia las posibilidades en la relación entre las personas y los problemas, se hace uso de metáforas, se externalizan problemas, conversaciones y vivencias, y una vez que se ha externalizado el problema en sus conjunto y en sus componentes específicos, los pacientes pueden (y son incitados) a advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado, esto se logra a través de preguntas sobre los efectos que les han producido en su vida los problemas que los aquejan, a nivel emocional, en sus relaciones familiares, en la esfera social, la laboral, incluyendo la manera en que se ve afectada la concepción que las personas tienen de si mismas y sus relaciones. Se señala la influencia que estas concepciones tienen en sus vidas, en sus interacciones y se continua una investigación de cómo las personas abrazaron tales concepciones, posteriormente se hacen preguntas de logros aislados de selección directa o indirecta en donde se haya vencido al problema, preguntas referentes a la relación con el si mismo y preguntas referentes a la relación con los demás. Esto último con el objetivo de engrosar una historia alternativa.</p> <p>Para concluir la terapia y mantener los cambios se sugiere utilizar recursos escritos como cartas, diplomas y otros (White, 1997, 2002; White y Epston, 1980; Epston, 1994).</p>
SEGUIDORES	Jennifer Freeman, Dean Durrant y Cheryl White.

EQUIPO REFLEXIVO	
ANTECEDENTES	Surgió en Tromso, Noruega. El equipo reflexivo apareció por primera vez en una sesión de intervención, cuando el terapeuta responsable de la familia se sintió “ <i>atorado</i> ” en el proceso de terapia, Tom Andersen y su equipo sugirieron que la familia y el terapeuta escucharan sus comentarios y después la familia comentara acerca de lo escuchado. Este trabajo retoma premisas y conceptos emanados del construccionismo social y el posmodernismo.
REPRESENTANTES	Tom Andersen.
OBJETIVO DE LA TERAPIA	Posibilitar que se escuchen en el proceso de terapia múltiples perspectivas acerca de una situación con el fin de crear nuevas descripciones de ésta.
CONCEPTOS BÁSICOS	Multiverso de opiniones: de acuerdo a la posición constructivista, un fenómeno puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. Es a través de las conversaciones como se intercambian descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes.
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES (LINEAMIENTOS PARA EL TRABAJO CON EQUIPOS REFLEXIVOS DE ANDERSEN)	Antes de terminar la sesión, el cliente junto con el terapeuta escucha las reflexiones realizadas por el equipo de terapeutas para después comentar sobre ellas. Andersen plantea los siguientes <i>lineamientos</i> : 1) Durante la entrevista los miembros del equipo reflexivo escuchan en absoluto silencio. 2) Al momento de dar sus reflexiones, no establecen contacto visual con los clientes y ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, etc.). 3) Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escucho en la entrevista. 4) El equipo reflexivo debe evitar comentar sobre cosas que pertenecen a otro contexto, dar connotaciones negativas, interpretar o juzgar (Tom Andersen, 1991, citado en Licea, Paquentin y Selicoff, 2002)

ENFOQUE COLABORATIVO	
ANTECEDENTES	La raíz de la terapia colaborativa está en el movimiento sistémico o interaccional, es decir, en la terapia familiar. Las nociones de contexto y relaciones permitieron la transición hacia otros marcos que también reflexionaban en torno a ellas, principalmente el construccionismo social y la crítica postmoderna. La terapia colaborativa no surgió de una idea a priori de que la terapia tendría que ser postmoderna. El catalizador del cambio fueron las tensiones entre la experiencia del hacer y los medios disponibles para dar cuenta de esa experiencia (Anderson, 1997).
REPRESENTANTES	La aproximación colaborativa fue propuesta por Harlene Anderson y Harold Goolishian, la cual se refiere a un conjunto de formas de pensar y hacer la terapia, las cuales surgieron en la práctica, en el proceso de responder a circunstancias y demandas específicas.
OBJETIVO DE LA TERAPIA	La terapia se abre a un espacio público, dando cabida al escrutinio. El paciente no recibe un producto terminado, si no que es testigo de un intercambio y escucha distintas opiniones. El vocabulario y la actitud del equipo cambian, ya no hablan detrás de la familia, si no frente a ella. Aparece un lenguaje cotidiano y la jerga profesional se pone al margen. El habla y el escucha aparecen como posiciones que organizan intercambio. El paciente transita de una posición de hablante a una de escucha. Se da lugar a la multiplicidad.

	Cada miembro presenta un punto de vista único, el objetivo es intercambiar opiniones, no alcanzar el consenso. La figura del experto se diluye. Ya no hay un juicio único que dicta cómo es o cómo debería actuar el paciente. Hay visiones diferentes ancladas a un contexto local de producción.
CONCEPTOS BÁSICOS	La aproximación colaborativa se interroga sobre la influencia del conocimiento en las relaciones interpersonales y viceversa. El terapeuta que adopta esta postura crea una relación que abre espacio para la construcción de conocimiento de nuevos significados. Con este afán, muestra una actitud de respeto, curiosidad y apertura, hace públicos sus supuestos, al mismo tiempo que asume su carácter contingente y relativo. Desde esta postura filosófica, el terapeuta participa en una exploración compartida. El intercambio toma forma a partir del vocabulario, las descripciones y narraciones del paciente (Anderson, 1997).
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES	Bajo este enfoque no se habla de técnicas ni procedimientos, esta aproximación propone que la escucha y el habla son una forma de acción conjunta. Las expresiones del terapeuta son una continuación de su escucha, van encaminadas a la comprensión y el reconocimiento del otro, son una invitación a que amplíe su relato. La comprensión entendida de esta forma, no es un proceso finito, es parte de la construcción conjunta de significados, como tal es generativa, da lugar a nuevas descripciones y narraciones, abre posibilidades de cambio (Anderson, 1997).

PARTE III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.

El programa de residencia en terapia familiar contempla el desarrollo de habilidades Clínicas, tales como la detección, evaluación sistémica y tratamiento, esto implicó el entrenamiento en los siguientes aspectos: Capacidad de observación del proceso terapéutico, creación del vínculo terapéutico con quienes demandan el servicio, habilidades de entrevistar y generar una relación de colaboración, utilización de técnicas de enganche y de alianza terapéutica, capacidad para definir motivos de consulta y demandas terapéuticas, habilidades para evaluar el tipo de problema y opciones de solución, así como para definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios. Capacidad para identificar necesidades y recursos de los sistemas. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas de los usuarios. Formular hipótesis que promovieran el cambio o generaran diferentes relaciones. Seleccionar y aplicar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional. Habilidad para evaluar los resultados, terminar el tratamiento, darle seguimiento y elaborar reportes del tratamiento. En los siguientes apartados veremos el resultado práctico de las habilidades ya mencionadas aplicadas al ámbito terapéutico.

3.1.1 Trabajo clínico con familias.

A continuación se presenta un cuadro de las familias que atendí en el rol de terapeuta en el transcurso de la residencia bajo supervisión y con equipo terapéutico. Cabe señalar que adicionalmente participé como integrante del equipo terapéutico cubriendo cerca de 1600 horas de supervisión.

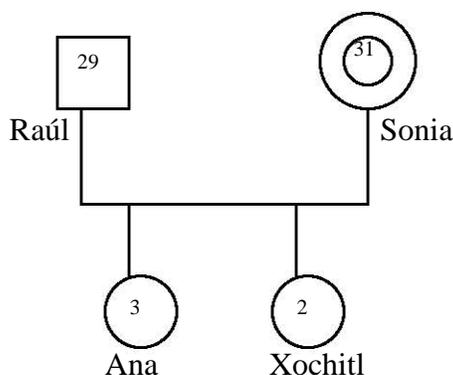
FAMILIAS ATENDIDAS				
Escenarios y Supervisores	Motivo de Consulta	N° de Sesiones	Modelo utilizado	Bajas y Altas
CCH ATZCAPOTZALCO CAROLINA RODRÍGUEZ	DEPRESION, PROBLEMA DE PAREJA, VIOLENCIA	7	Modelo de Milán	Alta
ISSSTE ROSARIO ESPINOSA SUSANA GONZALEZ	PROBLEMA DE CONDUCTA EN NIÑOS	2	Modelo Estructural	Baja
ISSSTE ROSARIO ESPINOSA SUSANA GONZALEZ	DEPRESION	1	Modelo Estructural	Baja
ISSSTE ROSARIO ESPINOSA SUSANA GONZALEZ	PROBLEMA DE CONDUCTA	3	Terapia Breve Soluciones	Alta
FESI OFELIA DESATNIK Y MARIA SUAREZ	VIOLENCIA	2	Terapia Estratégica	Baja
FESI LUZ DE LOURDES EGUILUZ Y XOCHITL GALICIA	PROBLEMA DE PAREJA	1	Terapia Narrativa	Baja
FESI OFELIA DESATNIK Y MARIA SUAREZ	DEPRESIÓN	9	Terapia Breve Soluciones	Alta
FESI LUZ DE LOURDES EGUILUZ Y XOCHITL GALICIA	DEPRESIÓN VIOLENCIA	4	Terapia Estructural	Alta
ISSSTE ROSARIO ESPINOSA SUSANA GONZALEZ	VIOLENCIA	6	Terapia Narrativa	Alta
CCH ATZCAPOTZALCO CAROLINA RODRÍGUEZ	DEPRESIÓN	3	Modelo de Milán	Baja
CCH ATZCAPOTZALCO CAROLINA RODRÍGUEZ	PROBLEMAS FAMILIARES	1	Terapia Breve Soluciones	Baja

3.1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con familias.

Este apartado tiene como objetivo presentar algunos de los casos que fueron atendidos durante la residencia con su respectivo análisis. Para efectos de este reporte sólo se presentan cuatro de los diez casos que fueron atendidos. Estos casos fueron seleccionados ya que tienen un común denominador: La violencia, en sus diferentes versiones. En los casos 1, 2 y 3 se utilizaron modelos de la terapia familiar sistémica derivados del modernismo. En el caso 4 se hizo uso de las terapias postmodernas en el tratamiento de la violencia. A continuación se presentan:

CASO 1. FAMILIA LOPEZ¹

Familiograma:



La familia López está constituida por el señor Raúl de 29 años de edad, empleado de medio tiempo, la señora Sonia de 31 años empleada de tiempo completo. Ellos tienen dos hijas Ana de 3 años y Xochitl de 2 ambas asisten a guardería.

Etapa del Ciclo Vital: De acuerdo a la constitución de esta familia podemos decir que se encontraba en la etapa de matrimonio con hijos pequeños. Durante esta etapa la familia tiene que adaptarse a una serie de circunstancias características de la misma, la llegada de los hijos implica nuevos dilemas tales como cuál será la educación adecuada y la

¹ Los nombres y datos personales de las familias fueron modificados para mantener el anonimato y confidencialidad de los pacientes

repartición de las nuevas tareas para los padres, en ocasiones el subsistema conyugal se ve afectado, la pareja deja de compartir un espacio de convivencia y se centran en las tareas de padres. En esta etapa suelen aparecer síntomas en algunos de los cónyuges. Así sucedió en la familia López. En este caso la paciente identificada era la Sra. Sonia quien sufría de depresión desde hacía varios meses.

Motivo de Consulta: La Sra. Sonia fue quien solicitó el servicio, durante la entrevista telefónica, al rastrear el motivo de consulta, la Sra. Sonia comentó que la causa de su depresión eran las dificultades con su esposo, las cuales derivaban en agresión verbal y en ocasiones física. A la primera sesión asistió únicamente la Sra. Sonia, así lo prefirió, argumentando que su esposo no podía dejar de asistir al trabajo. Durante esta primera entrevista refirió que se habían separado en varias ocasiones, en ese momento consideraba que se encontraban en una situación de rompimiento aunque expresó que no le gustaba la idea de terminar la relación. Sentía que ella debía “*curarse*” para tomar decisiones correctas. Se describió como una persona insegura, neurótica y con baja autoestima.

Antecedentes Familiares: la Sra. Sonia refirió que los problemas con su esposo se habían presentado desde el inicio de su matrimonio, dijo haberse sentido muy sola desde su infancia, era la cuarta de seis hijos y sus padres trabajaban, por lo que su abuela se hizo cargo de ella y sus hermanos, sin embargo, expresaba que tuvo poca atención por parte de los adultos en su infancia y adolescencia. Decidió casarse después de dos años de noviazgo, a pesar de que ella consideraba que su pareja no era la persona ideal, pues no tenía preparación y era dos años menor que ella. Cuando solicitó el servicio tenían 7 años de casados y durante ese tiempo, tuvieron varias recaídas, Sonia había tenido crisis de depresión y éstas se agudizaron con el nacimiento de sus hijas. Recuerda que desde el embarazo de su primera hija se dio un alejamiento con su esposo. Además de que las discusiones y peleas se agudizaron por una constante dificultad para organizarse en los quehaceres del hogar, Sonia trabajaba todos los días de la semana y no podía hacerse cargo de la casa, Raúl lo hacía pero peleaban cuando él no hacía las cosas o las hacía a su manera.

Antecedentes de Tratamiento: Hace dos años la Sra. Sonia asistió con una psicóloga en una clínica de salubridad pero no le gustó el servicio y dejó de ir ya que la duración de la consulta era de 30 minutos y sólo le recomendó que leyera unos libros. Sonia expresó que no sentía confianza ni apoyo por parte de la terapeuta.

Objetivos del Tratamiento: Durante la sesión con la Sra. Sonia se hizo notoria una contradicción en cuanto su deseo de continuar con la relación y con el de separarse. En sus comentarios refería no querer separarse pero a la vez lo veía como una solución a sus problemas. Por tanto uno de los objetivos de la terapia era el tomar una decisión con respecto a esto, según la propia demanda de la paciente.

Se estableció que los **objetivos a corto plazo** serían frenar la violencia, visualizar recursos y fortalezas. Así como la responsabilidad de cada una de las partes; como **objetivos a mediano plazo** renegociar las reglas y el estilo de crianza que se utilizaría en el manejo de sus hijas, así como las labores del hogar, definiendo los roles y jerarquía de cada miembro. Por último como objetivos a largo plazo se esperaba que se definiera la relación de pareja, analizando las ventajas y desventajas de una separación.

Proceso Terapéutico: El proceso terapéutico consistió en 7 sesiones de trabajo desarrollado en un intervalo de 6 meses, se le daba cita a la paciente cada 15 días, y faltó a consulta en dos ocasiones. A las primeras 5 sesiones asistió sólo la Sra. Sonia. El Sr. Raúl sólo asistió a la sexta sesión. El proceso terapéutico fue suspendido pues la Sra. Sonia no podía asistir a consulta en los horarios de servicio establecidos, por lo que se le canalizó al servicio de terapia familiar del CCH Atzacapotzalco. Empleando una escala de 0 a 5 para evaluar el progreso en la terapia, Sonia comentó que se ubicaba en el 3 ya que se sentía más responsable de lo que pasaba en su familia, más tranquila y paciente. Un objetivo importante que se alcanzó es que Raúl y Sonia decidieron continuar la relación de pareja, descartando la posibilidad de un divorcio. La violencia entre ellos dejó de ocurrir.

Modelo Teórico: El modelo de terapia familiar sistémica que sustentó las intervenciones terapéuticas fue el de Milán.

Hipótesis: En el transcurso de las sesiones se fueron considerando algunas posibles hipótesis, una de ellas consistía en la idea de que esta pareja se encontraba en una escalada simétrica, cada uno de ellos luchando por mantener el control y la jerarquía dentro de la familia. Sonia a través de su ventaja en cuanto a su poder económico, que era mayor al de Raúl y que le permitía exigir el cómo debían ser las cosas en casa y él reivindicando su rol masculino a través de la violencia.

Analizando las historias de origen de ambos cónyuges se observa que Sonia sufrió de un gran descuido y soledad durante su infancia, mientras que Raúl vivió en un hogar desintegrado debido a la violencia de su padre, siendo él el responsable de sí mismo desde muy pequeño. Sonia a través de la exigencia trataba de proteger a sus hijas del descuido, negándose a repetir la historia de su madre, quien era totalmente indiferente a las cuestiones del hogar, sin embargo, Sonia se sentía incompetente como madre dado que le asignaba esa tarea a su esposo, protegiendo a sus hijas de ella misma. Raúl ayudaba a Sonia quedándose en casa al cuidado de las hijas; evitando la posibilidad de que ella hiciera un mal trabajo como madre.

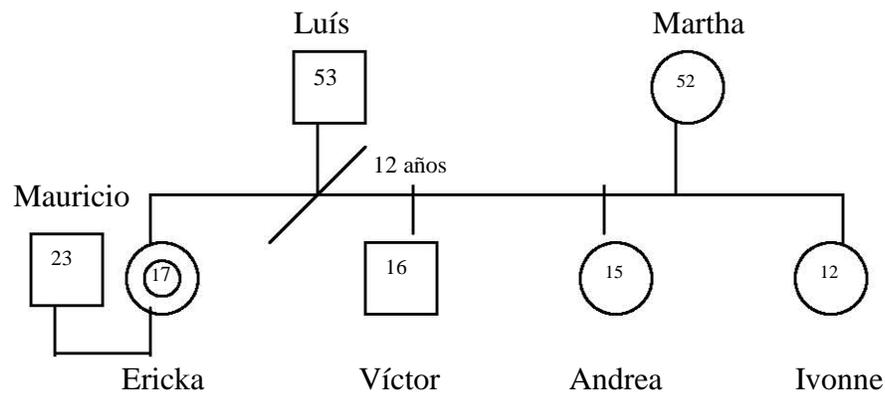
Intervenciones Terapéuticas: Se realizaron algunas intervenciones paradójicas por medio del equipo terapéutico en las que se hacía referencia a dos posibilidades una que apuntaba al cambio y otra hacia el no cambio, es decir, a la homeostasis familiar. Durante el proceso se hizo uso de cartas y de algunas técnicas de psicodrama como esculturas, las cuales permitieron representar patrones familiares y actuar sobre las resistencias que frenaban el proceso terapéutico. También se connotó positivamente el síntoma, destacando la función del síntoma en la homeostasis familiar. Se hizo uso de metáforas para abordar el conflicto conyugal y el equipo terapéutico participó en algunas ocasiones como coro griego para continuar sobre la línea paradójica de cambio y no cambio.

Como resultado de dichas intervenciones se observó un cambio en la dinámica conyugal, no se presentaron más episodios de violencia. En una llamada de seguimiento Sonia comentó que había aprendido a ceder y ver su responsabilidad en los conflictos, existía mayor comunicación entre ellos y habían llegado a acuerdos sobre la crianza de sus hijas y

los deberes del hogar, Sonia dejó uno de sus trabajos y pasaba mayor tiempo con su familia, habían decidido continuar la relación y con el proceso terapéutico. Por cuestiones de horarios y espacios fueron canalizados a la Clínica de Terapia Familiar en el CCH Atzacapotzalco donde serían atendidos por otro terapeuta.

CASO 2. FAMILIA GONZÁLEZ

Familiograma:



La familia González está constituida por la Sra. Martha de 52 años, quien desde hace doce años se divorció del Sr. Luís de 53, en su matrimonio tuvieron 4 hijos, Ericka de 17 años, quien era la paciente identificada, Víctor de 16 años, quien vivía en el extranjero, Andrea de 15 años e Ivonne de 12 años quien vivía con su abuela materna. En casa de la Sra. Martha vivían, Andrea y Ericka con su pareja.

Etapa de Ciclo Vital: En este caso se puede ubicar que la familia se encontraba en la etapa de hijos adolescentes, sin embargo los retos que implicaba esta etapa se complicaban al combinarse con las cuestiones que trae consigo el vivir en pareja y el nacimiento de un nuevo miembro. Entonces surgía el dilema de cómo debía ser tratada y que rol debía asumir Ericka, ¿como adolescente o como madre y esposa?

Motivo de Consulta: La señora Martha no fue quien solicitó el servicio, sino una orientadora de la escuela donde trabajaba, la paciente identificada era Ericka que se encontraba en el séptimo mes de embarazo y no asistía a revisiones médicas. La Sra.

Martha refirió que los problemas empezaron cuando Ericka salió de la secundaria, discutían y en ocasiones llegaban a golpearse. Ericka también llegó a golpear a su pareja varias veces y una semana antes de que asistiera a la sesión él la golpeó.

Antecedentes Familiares: Los padres de Ericka se separaron 12 años atrás por infidelidad por parte del padre. Debido a problemas económicos la Sra. Martha decidió meter a sus hijos a un internado donde Ericka estuvo tres años, al parecer en este lugar los maltrataban física y psicológicamente (los golpeaban con una tabla y en ocasiones no les daban de comer), Ericka le pidió varias veces a su madre que la sacara del internado pero nunca accedió debido a que no contaba con suficiente dinero. A pesar de que la Sra. Martha llegó a ver las heridas del maltrato nunca se quejó ni denunció este hecho. Ericka estuvo del 3° al 5° de primaria en este internado y la expulsaron cuando la descubrieron intentando escaparse. Cuando Ericka ingresó a la secundaria empezó a mostrarse rebelde y en una ocasión amenazó a su madre con un cuchillo porque no le dio dinero. Las discusiones se daban cuando Ericka llegaba tarde a casa, la Sra. Martha había llegado a golpearla y también Ericka golpeaba a su madre y en las últimas fechas también golpeaba a su pareja, quien vivía con ellas desde el inicio del embarazo, Ericka era muy celosa y le prohibía salir a trabajar. Así que la Sra. Martha los mantenía.

Antecedentes de Tratamiento: La Sra. Martha ya había solicitado cita con otra terapeuta particular, Ericka asistió a la primera sesión pero ya no quiso continuar asistiendo.

Objetivos de Tratamiento: Las expectativas que tenía la Sra. Martha sobre la terapia eran que Ericka “*cambiara*” que se detuviera su comportamiento agresivo, que atendiera su embarazo y que no golpeará a su esposo. Sólo se plantearon **objetivos a corto plazo**, que eran principalmente detener la violencia.

Proceso Terapéutico: La Sra. Martha asistió solamente a dos sesiones, no pudo seguir asistiendo por sus horarios de trabajo. Expresó estar un poco más tranquila debido a que Ericka, ya había asistido al médico y estaba haciendo los trámites para que la atendieran en un hospital. Expresó que de cualquier forma la sesión le había sido de utilidad dado que

trataba de no intervenir en las discusiones de Ericka con su pareja, las cuales eran poco frecuentes. También comentó que su interés era que Ericka recibiera la terapia y al ver que ella se rehusaba a asistir, se desanimaba para continuar con el proceso terapéutico.

Modelo Teórico: El modelo de terapia familiar que sustentó esta sesión fue el Estratégico.

Hipótesis: No se obtuvo suficiente información para plantear una hipótesis sistémica, así que se decidió actuar sobre el patrón de interacciones familiares, se observaba que las discusiones ocurrían principalmente por la madrugada, cuando la Sra. Martha intervenía, la situación se tornaba violenta y empezaban los golpes e insultos.

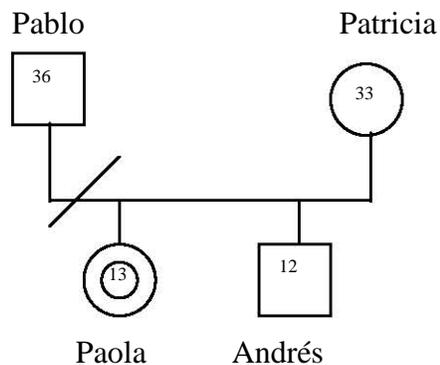
Intervenciones Terapéuticas: Se trabajó principalmente sobre los patrones de interacción, ubicando las características de los episodios de violencia. Se intentó establecer una visión sistémica de la problemática haciendo referencia a que los cambios que realizara uno de los miembros, en este caso la Sra. Martha, aún cuando su hija (paciente identificado) no asistiera, afectarían la dinámica familiar. Se hizo hincapié en el uso de instituciones y otras redes de apoyo, así como recursos de la paciente. El objetivo principal de las intervenciones fue hacer que la Sra. Martha se comportara de manera distinta, para que tuviera una experiencia subjetiva diferente. Se le prescribió una directiva como medio para provocar cambios en las secuencias de interacción familiar, y básicamente consistió en pedirle a la Sra. Martha que no interviniera en las discusiones de Ericka con su pareja.

El equipo y el terapeuta suponen que la Sra. Martha decidió dejar de asistir a la consulta dado que consideraba que la del problema era su hija, por tanto, el hecho de que Ericka no asistiera dio por terminada la terapia a pesar del intento del equipo por hacerle ver que si ella hacía cambios estos se verían reflejados en su hija. Por otra parte había pocas probabilidades de que continuara asistiendo pues no fue ella quien solicitó directamente la terapia. Bergman (1987) sugiere que el servicio se debe dar hasta que algún miembro de la familia lo solicite, ya que de lo contrario se corre el riesgo de que deserten del tratamiento puesto que esto nos indica que el sistema aún no está preparado para el cambio. Aún así el uso de técnicas directivas puede funcionar en este tipo de casos para provocar cambios en

patrones de interacción. Se observó que en el momento en que la Sra. Martha dejó de intervenir en las discusiones entre Ericka y su pareja, aparentemente disminuyó la incidencia de éstas, principalmente las que ocurrían en la madrugada.

CASO 3. FAMILIA ULLOA

Familiograma:



La familia Ulloa esta constituida por el Sr. Pablo de 36 años de edad, empleado, la Sra. Patricia de 33 años, también empleada, divorciados desde hace 7 años, tienen dos hijos, Paola de 13 años y Andrés de 12 años.

Etapa del Ciclo Vital: Esta familia se encontraba en la etapa de hijos en edad escolar, iniciando la transición a la etapa de adolescencia.

Motivo de Consulta: La Sra. Patricia fue quien solicitó el servicio, refirió tener problemas de relación con sus dos hijos. Existía maltrato físico de la madre hacia los menores, ellos se mostraban rebeldes ante la autoridad de la madre.

Antecedentes Familiares: El Sr. Pablo maltrataba física y emocionalmente a la Sra. Patricia motivo por el cual ella decidió separarse después de 6 años de relación. Los niños aún tenían contacto con su padre quien padecía una enfermedad terminal. Paola había sufrido una violación por parte de un pariente, 2 años atrás, él fue denunciado y le dieron una pena de 13 años de prisión. La Sra. Patricia comentó que este hecho aún no era superado por su hija pues días antes de la sesión encontró una serie de cartas con ideas

suicidas, motivo por el cual decidió asistir a terapia. Además también tenía problemas con su hijo, ni él ni su hija se preocupaban por la escuela ni por su arreglo personal. Durante la llamada telefónica expresó que en ocasiones se había sentido tan desesperada que había pensado en quitarse la vida (aventarse al metro). La Sra. Patricia había sido víctima de abuso sexual por parte de un pariente a los 11 años, hecho que nunca comunicó a nadie.

Antecedentes de Tratamiento: Después de la violación asistieron a una terapia de apoyo, posteriormente Paola asistía con una psicóloga pero lo suspendieron pues la terapeuta la regañaba por su apatía en la terapia.

Objetivos del Tratamiento: **A corto plazo:** Trabajar la vivencia del abuso desde un marco metafórico, conectando el abuso sufrido por la madre con el de Paola. **A mediano plazo:** Redefinir límites y reglas entre el subsistema paterno y el fraterno. **A largo plazo:** Mejorar las relaciones entre los miembros.

Proceso Terapéutico: El proceso terapéutico consistió en cuatro sesiones de trabajo, a las primeras 3 sesiones asistieron Paola, Andrés y su madre a la última sesión sólo asistió la Sra. Patricia. Los efectos de la terapia se observaron en cambios en la dinámica familiar, la madre recuperó la jerarquía, se establecieron reglas claras y se compartió el secreto familiar.

Modelo Teórico: Se trabajó con el modelo estructural.

Hipótesis: En el equipo se generó la siguiente hipótesis: la violación de Paola revivía la experiencia de abuso de la madre quien se encontraba en una fuerte depresión y por tanto a pesar de que actuó legalmente, en casa no se lograba superar el abuso y la violación prevaleciendo la culpa y el enojo, la realidad familiar y los síntomas en la conducta de los menores fomentaban la ausencia de límites y reglas claras.

Intervenciones Terapéuticas: El tratamiento consistió en darle mayor jerarquía a la madre realizando intervenciones estructurales de desequilibramiento con el objetivo de cambiar el

vínculo jerárquico entre los miembros de la familia. La terapeuta se utilizó a sí misma como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno familiar, para lograrlo se alió con la madre quien era el miembro con menor jerarquía y desconoció la centralidad de Andrés y Paola.

Para abordar el tema de la violación con la menor se hizo uso del lenguaje metafórico. Independientemente se le habló a la Sra. Patricia de la posibilidad de abrir el secreto del abuso que sufrió como una forma de conectarla emocionalmente con Paola, pues la menor manifestaba un abierto rechazo hacia ella. La Sra. Patricia consideró que aún no era el momento de hablar del tema, por lo tanto el equipo decidió enfocar el trabajo en fortalecer la jerarquía de la madre.

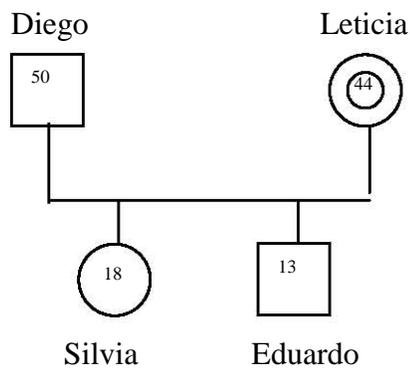
Se utilizó una intervención paradójica de cambio- no cambio dirigida a Paola y a Andrés, después de haber trabajado el fortalecimiento de la jerarquía materna. Como resultado de las intervenciones fue posible abrir el secreto familiar, la Sra. Patricia decidió hablar con su hija de la experiencia de abuso que sufrió, esto generó un cambio radical en la relación madre-hija, fortaleciéndose el vínculo afectivo, la comprensión y la confianza.

Después de abrirse el secreto familiar y fortalecer la jerarquía materna a través de la disciplina amorosa fue evidente un cambio en las relaciones, la Sra. Patricia se mostraba más paciente y tolerante, ya no respondía con golpes o gritos. Andrés había trabajado más en la escuela, respetaba la hora de llegada, lavaba su uniforme, estaba adaptándose a las nuevas reglas, al igual que Paola, quien se mostraba con una actitud más positiva.

Por cuestiones de horario la Sra. Patricia y sus hijos no pudieron seguir asistiendo a las consultas. El equipo supone que los cambios en esas últimas semanas habían sido muy intensos por lo que probablemente la familia requería de un tiempo para reacomodarse. Por otro lado las mejoras fueron evidentes. Quizás lo más significativo fue el abrir el secreto familiar. y la nueva relación que se generó entre madre e hija.

CASO 4. FAMILIA GUZMAN.

Familiograma:



La familia Guzmán estaba constituida por el Sr. Diego de 50 años, la Sra. Leticia, de 44 años, ambos empleados. Silvia de 18 años, estudiante y Eduardo de 13 años, también estudiante. El paciente identificado era la Sra. Leticia, quien fue la que solicitó el servicio.

Etapa de Ciclo Vital: Matrimonio con hijos adolescentes.

Motivo de Consulta: Crisis de depresión asociada a problemas conyugales, violencia.

Antecedentes de Tratamiento: La Sra. Leticia asistió con una psicóloga algunos meses antes de asistir a la clínica y permaneció en tratamiento durante 5 sesiones, suspendió el tratamiento pues sentía que no le estaba ayudando y ya no podía seguir pagando el tratamiento. Al parecer la terapia tenía un corte psicoanalítico. Dos años antes de asistir a terapia familiar, a la Sra. Leticia se le había diagnosticado artritis y a su hija Silvia le detectaron una afección cardíaca, quien en los últimos días había padecido de crisis angustia, las cuales se asociaban a las discusiones y peleas de sus padres

Antecedentes Familiares: La Sra. Leticia comentó que se sentía desubicada, insatisfecha, pensaba que no tenía sentido seguir adelante, tenía muchos problemas con su esposo pues discutían continuamente, se agredían verbalmente y él había llegado a lastimarla físicamente. Lo que más le preocupaba a la Sra. Leticia era que sus hijos, a raíz de los conflictos entre ella y su esposo, tuvieran problemas emocionales o de conducta, tal y como

ocurrió en la última discusión, en la que su hija se paralizó, y no podía caminar, ni respirar, por lo que a partir de este evento, la Sra. Leticia evitaba las discusiones con el Sr. Diego.

La mayoría de las discusiones se daban por trivialidades, o porque él la celaba continuamente, controlando su forma de vestir, de maquillarse, sus amigos, su tiempo. Además el Sr. Diego tenía problemas de alcoholismo, así que cada vez que bebía discutían. La Sra. Leticia temía divorciarse pues sus hijos le decían que no querían verlos separados, y le preocupaba que después de una separación ellos decidieran irse a vivir con su padre. La Sra. Leticia era humillada constantemente por su esposo pero tenía una buena relación con sus hijos.

El Sr. Diego y la Sra. Leticia tenían 13 años de casados, sin embargo, existía un problema legal debido a que el Sr. Diego aún no se divorciaba de su primer matrimonio cuando decidieron casarse en otro estado de la República. La Sra. Leticia esperaba que sus hijos aceptaran su separación, y les había sugerido como parte de una prueba, que su esposo se fuera de casa. Un año antes de la terapia, la Sra. Leticia corrió al Sr. Diego de la casa pero sus hijos le rogaron que lo perdonara, él le dijo que cambiaría pero después de dos meses las cosas volvieron a la misma condición.

Objetivos del Tratamiento: fueron los siguientes: **A Corto Plazo:** Detener la violencia. **A Mediano Plazo:** Cuestionar las ideas y creencias sobre el amor, el género y la culpa. **A largo Plazo:** Construir una historia alternativa sobre si misma y los demás, fomentando relaciones de respeto e igualdad.

Proceso Terapéutico: El tratamiento constó de 7 sesiones a las que asistía la Sra. Leticia, éstas se llevaban a cabo cada 15 días y la sesión de seguimiento se realizó 7 meses después. Utilizando una escala de 0 a 10, la Sra. Leticia se ubicó en el 8 para expresar el avance que tuvo en la terapia, se detuvo la violencia física y verbal, retomó su valor personal, su capacidad de decisión, librándose de las culpas y aquellas “*viejas ideas*” sobre género y roles familiares que alimentaban el sometimiento y la violencia. Como resultado de todo

esto, inicio el proceso de divorcio. Después del tratamiento había mejorado su salud física e iniciado una nueva relación basada en el respeto.

Modelo Teórico: los modelos que sustentaron el trabajo terapéutico fueron el de Terapia Narrativa, Colaborativa y Equipo Reflexivo.

Intervenciones Terapéuticas: Se evidenció el ciclo de la violencia dentro de la relación conyugal, se reforzaron los recursos como herramientas para lograr salir del mismo. Se realizaron preguntas de proyección al futuro. Preguntas de agencia personal. Las conversaciones versaron sobre las decisiones que logró tomar durante el proceso, alentando a la Sra. Leticia a especular sobre las percepciones de otras personas sobre los cambios que había hecho en su forma de pensar y las percepciones que tenía de sí misma, con el fin de redefinir la relación de ella misma con el problema. También se exploraron redes de apoyo, para identificar a aquellas personas que podían apoyarla en el proceso de divorcio y se identificaron formas de protección ante la violencia.

Se trabajaron las creencias acerca del amor y de las relaciones de pareja, para ello se exploró el origen, desarrollo y utilidad de estas ideas, a las que llamamos “*viejas ideas*” (“debo aguantar el maltrato”, “debo que ser sumisa”, “el amor hace cambiar a las personas”, “por cariño hay que aguantar el maltrato”, “hay que soportar la violencia por los hijos”) se deconstruyeron y se generaron “*nuevas ideas*” (“no seguiré con una actitud de sumisión”, “no soy lo que él dice, ni hago lo que el dice”, “la gente nos trata en la medida que nosotros lo permitimos”, “yo puedo detener la violencia”, “el amor es respeto y confianza”, “Ahora pienso en mi, tengo el propósito de hacer cosas que me beneficien”). Se realizó equipo reflexivo en varias sesiones retomando los aspectos trabajados en las sesiones.

Se dio intensidad a los logros y aspectos positivos y se buscó engrosar la historia alternativa a través de preguntas, trabajando el sistema de creencias acerca del amor y de las relaciones de pareja así como aquellas ideas de género y violencia.

Se realizaron preguntas relativas a la redescrición única, estimulando a la paciente a dar significación a los logros (estar decidida, ser firme, despedirse de viejas ideas) mediante la redescrición de sí misma, de los demás y de sus relaciones. Éstas fueron preguntas concernientes al panorama de conciencia. También se realizaron preguntas de panorama de acción para abordar la influencia que ejercían sus logros en la interacción con los demás miembros de la familia. Se realizó un ritual y se utilizaron documentos (cartas). Se usó una escala para evaluar los logros.

La sesión de seguimiento se realizó tres meses después, la Sra. Leticia refirió que el trámite de divorcio iba evolucionando, ya había hablado con su esposo sobre el divorcio y había reaccionado pacíficamente, incluso había empezado a cooperar en casa y notaba un cambio positivo en su actitud. La Sra. Leticia comentó que durante este tiempo había valorado su responsabilidad en sus conflictos conyugales por lo que después del divorcio valoraría si reiniciaría la relación. La terapeuta trabajó sobre esta idea, la cual ya había sido contemplada por el equipo, planteando la posibilidad de una reconciliación, se trabajó sobre bajo qué términos se daría y qué cosas diferentes observaría en este reencuentro. A través de preguntas de proyección al futuro se giró entorno a qué cosas tendrían que suceder para que esta opción fuera viable, en caso de que le diera otra oportunidad a la relación con su esposo, qué cosas diferentes haría, sentiría y pensaría, qué no aceptaría nuevamente, qué clase de esposa le gustaría ser, qué cualidades le gustaría encontrarse en su nueva relación, etc. Desde el inicio del tratamiento el equipo planteó que probablemente habría una ambivalencia, entre separación o continuación de la relación, ante esto no se intentó persuadir a la paciente sobre los aspectos negativos de una reconciliación, sino prever el uso de la violencia y de la reinstalación de las viejas ideas.

Seis meses después la terapeuta se comunicó con la paciente para realizar una llamada de seguimiento, la Sra. Leticia ya había logrado la anulación de su matrimonio. Había iniciado una nueva relación de pareja, con la que se sentía amada y respetada, los síntomas de la artritis habían disminuido considerablemente. Sus hijos habían aceptado la separación de sus padres, su hija no había presentado hasta el momento crisis de angustia. Aunque el Sr. Diego intentó intimidarla con amenazas, aún después de disuelto el matrimonio, la Sra.

Leticia no permitió más violencia y acudió a distintas instituciones para lograr que su ex marido saliera de la casa. La Sra. Leticia comentó:

“He recuperado mi autoestima, ahora sé quien soy, aunque él intentó retenerme diciéndome que no valía nada, que era poca cosa, sé bien que nada de lo que me dice es verdad, yo sé lo que valgo y nadie más podrá lastimarme ni con sus palabras, ni con sus golpes. Ahora ya no tengo miedo, él ha visto mi cambio, e incluso me ha preguntado que de dónde saqué toda esta fuerza. ¿Quién te ha aconsejado? me pregunta insistentemente, sabe que desde que empecé a venir a la terapia ya no soy la misma. Antes me sentía desahuciada, pensaba que mi vida terminaba junto con mi matrimonio, ahora veo que sólo tengo 45 años y que mi vida está comenzando”.

3.1.3 Abordaje de la violencia en la terapia familiar.²

La violencia es el común denominador de los casos que se han expuesto en las páginas anteriores, al abordar este tema, debemos considerar que se trata de un fenómeno multicausal y multidimensional siendo necesario para su estudio, comprensión, diagnóstico e intervención, el análisis de las diversas variables que interactúan en el mismo. La violencia familiar es un problema social que se extiende a nivel mundial, teniendo en nuestro país una alta incidencia (los datos estadísticos fueron expuestos en el apartado 1.1.2). La producción de los hechos de violencia al interno del ámbito familiar, provoca que sea una realidad invisible. La invisibilidad del fenómeno se genera a partir de la existencia de sistemas de ideas que son reproducidos por los sistemas sociales, que legitiman las relaciones abusivas dentro y fuera del hogar. Los casos de violencia familiar en el ámbito de la psicoterapia son muy comunes y frecuentes, por lo cual el papel que juega el psicólogo en esta problemática es de suma importancia, en muchas ocasiones es él la única red de apoyo para las personas que se encuentran involucradas. Por lo tanto, se requiere que los profesionales que actúen en el campo de la violencia familiar estén sensibilizados en el

² Este será el tema a presentar en el examen de competencias profesionales para obtener el grado de Maestría en Psicología.

tema y que cuenten con la preparación en conocimientos y habilidades para la atención y prevención de este problema social.

Cabe señalar que la violencia familiar es en sí, un tema muy amplio y complejo que difícilmente podría ser abordado en su totalidad por un solo escrito, lo que se pueda exponer al respecto no agota las posibles explicaciones de este fenómeno, sin embargo en un intento por colaborar a su entendimiento, en las siguientes páginas se expondrán algunas de las conclusiones derivadas de la práctica clínica con los casos de violencia que se atendieron durante la residencia bajo los enfoques sistémicos y postmodernos, la importancia de analizar este tema se basa en la alta incidencia y sus repercusiones en sus víctimas así como en los sistemas familiares que llegan a padecerlo.

El término violencia remite a los conceptos de fuerza y sometimiento, el uso de estos dos elementos nos conduce al concepto de poder que genera un daño, el cual implica la acción u omisión que atenta contra la integridad de la persona. La violencia siempre es una forma de ejercicio abusivo del poder, y remite a la existencia de una relación vertical de dominación. Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un desequilibrio de poder que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido en forma interpersonal a través del control de la relación. Denominamos agresor a quien aparece ejerciendo alguna de las formas de maltrato y víctima a quien aparece como dañado por esa forma de vínculo violento (Escobal y Molas, 2000).

El objetivo último de la conducta violenta es el sometimiento y control del otro, utilizando para estos fines el abuso físico, psicológico, económico o sexual, entre otros. El empleo de la violencia es un método frecuentemente utilizado para la resolución de conflictos interpersonales a través del sometimiento de la voluntad del otro. Tal y como lo ilustran los casos expuestos en el apartado anterior, el desequilibrio de poder en las relaciones posibilitó la presencia de la violencia como un mecanismo de resolución aparente para los conflictos, generando vulnerabilidad en los vínculos emocionales y en las relaciones.

Cuando hablamos de violencia familiar nos referimos a aquellas situaciones en las que, en forma sistemática y prolongada en el tiempo, uno de los integrantes de la familia, utiliza su lugar de poder para someter a otro u otros, provocando daño físico, psicológico, sexual o económico (Escobal y Molas, 2000).

La cronicidad y periodicidad con que ocurren los episodios violentos nos indican también la intensidad de la violencia y es importante mencionar que cuando las víctimas deciden asistir a una terapia familiar es porque la situación ha superado la capacidad emocional de la persona o bien, la violencia ya no resuelve los conflictos familiares sino que los intensifica. La violencia en extremo provoca crisis en alguno o algunos de los miembros de la familia, lo que anima a la víctima, o bien a otros participantes o testigos, a buscar apoyo profesional, motivados por la presencia de un síntoma.

Cuando se realiza la entrevista inicial, comúnmente se describe una larga historia de maltrato emocional, físico y/o sexual, por lo que es conveniente y útil conocer qué motivó a la persona a solicitar la terapia. En la mayoría de los casos, como lo vemos en los descritos en el apartado anterior, descubrimos que es la presencia de un síntoma lo que anima a las personas a buscar ayuda, esto podemos verlo ejemplificado en el caso 4 en el que la Sra. Leticia después de vivir 13 años de violencia solicita la terapia cuando su hija empieza a presentar crisis de angustia. Esto también se ilustra en el caso 3 en el que la Sra. Patricia busca ayuda cuando encuentra una serie de cartas suicidas escritas por su hija.

Cuando la víctima llega a terapia es posible que haya iniciado una serie de cambios tendientes a detener los actos violentos, estos cambios generan a su vez más violencia, ya que mientras la víctima se somete, la relación de abuso se fortalece, y se genera la complementariedad, la combinación perfecta, agresor-víctima, dominio-sumisión. Sin embargo, cuando la víctima decide rebelarse, la violencia se agudiza y funciona como catalizador que genera una fuerte crisis tendiente al cambio. Es en estas condiciones en las que comúnmente atendemos a nuestros pacientes, la crisis generadora de cambio deberá ser aprovechada en el mismo proceso terapéutico. Por lo que una pregunta básica al inicio del tratamiento es ¿Qué está haciendo el paciente para detener la violencia? ¿Qué actos y

medidas empezó a tomar antes de llegar a terapia? Esto dará pie a una serie de intervenciones que tienen como fin recuperar los recursos, las habilidades y fortalezas de la víctima ante la vulnerabilidad implicada en la violencia.

En ocasiones la víctima ya tiene experiencias en procesos terapéuticos poco exitosos, con instituciones u otros profesionales, por lo que es recomendable conocer en qué consistió la intervención que recibió nuestro paciente, esto nos permite saber qué expectativas tiene sobre el tratamiento y cómo participará en él. El caso 4 nos ejemplifica este aspecto. La Sra. Leticia había asistido a una terapia de corte psicoanalítico, antes de solicitar la terapia familiar. Durante la primera entrevista, la terapeuta investiga sobre los antecedentes terapéuticos para detectar la postura de la paciente ante el problema y utilizarla en próximas intervenciones. La paciente expresó su necesidad de actuar ante el conflicto de manera rápida por lo cual se sentía insatisfecha con la terapia psicoanalítica que consistía en hablar del problema. Veamos el siguiente fragmento.

Terapeuta: ¿Ha estado en terapia anteriormente?

Sra. Leticia: Sí, con una psicóloga fui a cinco sesiones, nada más me escuchaba y yo esperaba que me pusiera una tarea o algo, que me ayudara para solucionar mis problemas y sentirme mejor. Nada más me escuchaba e incluso le dije: si yo voy a algún lugar y no veo resultados pues lo dejo. Ella me dijo que sería un proceso largo, yo iba una vez por semana y después me dijo que debería ir dos veces. Yo pensé si esto va a ser tan prolongado no me conviene, mejor me busco una amiga, si sólo me va a escuchar. Y le dije no veo resultados y no voy a regresar.

T: Veo que es usted una mujer de acción, y que tiene la intención de hacer algo.

Sra. Leticia: Para mí, pues sí.

Este pequeño fragmento nos da a conocer qué espera la paciente de la terapia y qué no desea que suceda, además nos advierte que dejara la terapia si no ve los resultados esperados. La terapeuta aprovecha para darle a la paciente una nueva visión de sí misma, como una mujer de acción, devolviéndole la responsabilidad de cambio, pues es ella quien tiene la intención de hacer algo.

En el caso 3 la Sra. Patricia y su hija Paola llegaron a la clínica de terapia familiar después de una experiencia descrita por ellas como “agresiva” en la que la terapeuta regañó varias veces a Paola por no querer participar en las sesiones. Los antecedentes de tratamiento permitieron conocer la postura del paciente en la terapia y prever para no caer en los mismos errores. De antemano la terapeuta familiar sabía que se encontraría con una adolescente enojada y con poca disposición para dialogar y participar en la terapia, por lo que hubiera sido un error hacer lo mismo que su anterior terapeuta (regañarla y presionar para que hablara) por lo que fue conveniente buscar otros caminos para generar confianza y alianza terapéutica.

Principalmente en aquellos casos donde ha existido violencia sexual y/o física, un cuestionamiento a considerar es qué tanto debemos conversar sobre lo ocurrido, es decir sobre los actos violentos. En algunas terapias tradicionales, grupos de autoayuda, talleres y otros se promueve la catarsis, el ejercicio de hablar una o varias veces de la experiencia violenta o bien el terapeuta en su entrevista clínica busca los detalles de los hechos con el fin de conocer las características del maltrato. Sin embargo, este paso técnico puede causar fuertes reacciones emocionales sobretodo en niños y adolescentes, pues el pedirles que relaten lo sucedido puede ser experimentado de forma violenta, intrusiva y angustiada, por lo que es recomendable reflexionar sobre que tan provechoso y útil puede ser para nuestro paciente o para el proceso terapéutico, el detenerse en los detalles.

El uso de metáforas puede ser de gran utilidad en este tipo de caso para abordar el tema de la violencia. En cierto momento de la sesión la Sra. Patricia empezó a presionar a Paola para que hablara, esquivando la situación Paola empieza a buscar desesperadamente en su mochila una moneda de 10 pesos, la terapeuta aprovechó este evento para retomar metafóricamente el tema de la violación, veamos el siguiente fragmento:

Esto sucede mientras la terapeuta sale con el equipo, esta interacción se observó a través del espejo unidireccional:

Sra. Patricia a Paola: ¿Qué no te interesa hablar?

Paola: me da igual.

Sra. Patricia: Te acuerdas de la carta que me escribiste, tú y yo solamente sabemos lo que dice. (Paola empieza a buscar en su mochila). ¿No vas a pensar Paola?, te acuerdas porque se enojó la otra psicóloga, porque no le hacías caso, no te interesa.

Paola: ¿Me pasas una pinza?... ¡Es un ratero!

Sra. Patricia: ¿Ya pensaste?

Paola: ¡ay, mamá! Ahora estoy pensando en mis 10 pesos que son más importantes.

Sra. Patricia: ¿Qué los sentimientos no importan?

Regresa la terapeuta al consultorio:

Terapeuta: ¿Paola te gustaría platicar sobre algo?

P: no

T: Yo y los terapeutas nos preguntábamos que es lo que te enoja

P: me enoja que me quiten mis 10 pesos y que la maestra no haga nada, ¡ay, mamá, es que es la verdad son unos rateros!

T: ¿Te enoja que te quiten tus cosas?

P: si mucho.

T: ¿Cuándo ha pasado que te quitan algo, que te roban algo que es importante para ti, qué han hecho los demás, tu mamá, tu hermano?

P: Nada porque ya no les digo. A mi mamá ya no le digo porque lo comenta con otras personas y mi hermano es un chismoso con mi papá.

T: Entonces, no te gusta que platiquen tus cosas con otras personas.

P: No porque a veces la gente se burla y me siento mal.

T: ¿Y tu mamá sabe que te molesta que hable de tus cosas?

P: si

T: ¿Y lo respeta?

P: No, por eso me enojo y le grito

T: ¿Y usted Sra. Qué opina sobre lo que dice Paola? ¿Sabía que le molestaba que hablaran de sus cosas?

Sra. Patricia: Antes ella platicaba todo conmigo, creo que se ha perdido la confianza.

P: es que les dice todo a los maestros y por qué ellos se tienen que meter.

Sra. Patricia: Tengo que estar al pendiente de tus cosas, porque sino todo va mal.

P: Sí, pero les dices cosas que pasan en la casa y lo primero que nos dices es: No quiero que digan nada de la casa. Y tú eres la primera en hablar. Por eso me enojo.

Este fragmento nos revela mucha información concerniente a la misma situación violenta que sufrió Paola aún cuando en ningún momento se habló de ella. Durante las sesiones Paola expresó abiertamente su descontento al hablar sobre el tema de la violación, la terapeuta respetó su decisión de evitar la conversación al respecto, otra parte del equipo y la madre de Paola consideraban que era necesario hacerlo, por lo que se entrevistó de manera individual a la Sra. Patricia. La violación que sufrió Paola se asociaba a la propia experiencia de abuso que vivió la madre cuando era pequeña, gran parte de los problemas de relación entre ellas se generaban cuando la madre insistía en hablar de la violación con todas aquellas personas con las que se relacionaban (maestras, parientes, médicos, etc.), lo cual no le permitía a Paola crear una imagen positiva de sí misma, sin el estigma de la violación. En conclusión, podemos puntualizar que analizar los detalles del abuso no desaparecerá sus efectos, aunque probablemente, ocasione trabas en el tratamiento, así como reacciones negativas en las víctimas. Los pacientes deben ser quienes determinen si es útil hablar explícitamente del abuso así como el momento adecuado para hacerlo.

Los objetivos del trabajo que se realizó con las familias que vivían violencia apuntaron a:

- Iniciar todas aquellas medidas o estrategias para detener la violencia.
- Acompañar y ayudar a nuestro paciente a encarar el problema, lo cual incluye el reconocimiento de la naturaleza y dimensiones del maltrato y el cuestionamiento de su sistema de creencias, es decir, de todas aquellas ideas que fomentaban y justificaban el uso de la violencia.
- Afrontar el proceso legal, en caso de que lo hubiera, y superar la perturbación, la vergüenza, la culpa y los temores vinculados con el proceso terapéutico.
- Fomentar redes de apoyo que permitan la intervención de un tercero en caso de que surja una situación de crisis (puede ser una institución, o bien toda persona que con su intervención evite la violencia y que provea de un soporte emocional para la víctima).

- Reequilibrar la jerarquía así como los roles adquiridos dentro del contexto familiar que favorecen la relación de abuso.
- Alentar el desarrollo de relaciones de mayor estima y respeto así como un autoconcepto positivo y tendiente al cambio.

En primera instancia es de suma importancia salvaguardar la integridad física y emocional de la(s) víctima(s) o testigos de la violencia, para ello puede ser útil conocer las características de las conductas violentas (cómo, cuándo, dónde ocurren, etc.) para idear junto con la víctima las estrategias necesarias para mantenerse protegida mientras se desarrolla la terapia, para estos efectos es importante saber qué está haciendo la víctima en ese momento para detener la violencia y en algunos casos que conozca el ciclo de la violencia y en qué fase del mismo se encuentra. A continuación se describen las fases según Whaley (2001):

Fase de Acumulación de Tensión: En general, la acumulación de la tensión que confiere al agresor cíclico no es percibida por los demás. Sus amigos no suelen advertir las señales. A lo sumo se interpreta como tenso, a estos sutiles indicios se les denomina filtraciones. Se trata de un estado de molesta excitación. El individuo está agitado, tenso, no puede relajarse y se sostiene dominado por una fuerza interior. En esta fase es común el maltrato verbal, las humillaciones y comentarios hirientes.

Fase de Explosión con Violencia: La intensidad de la ira no guarda relación con lo que la provocó, el victimario actúa como si su vida estuviera amenazada. El agresor cae en un estado alterado, disociativo, en el que su mente parece estar separada de su cuerpo. El abusador habitual se convierte en adicto a esa liberación de la tensión a través del uso de la violencia física.

Fase de Arrepentimiento y Ternura: Esta fase empieza después que ha estallado la violencia, incluye una variedad de conductas, desde la negación de lo ocurrido hasta las tentativas de pedir perdón y las promesas de cambiar. El agresor trata de suscitar el sentimiento de culpa de su pareja y en ocasiones amenaza con el suicidio.

En el caso 4 fue de gran utilidad explicar las fases de este ciclo, esto le ayudó a la Sra. Leticia tener más clara la situación que vivía así como la posibilidad de salir del mismo. Podía detectar algunas señales de amenaza y alejarse cuando consideraba que vendría un episodio violento.

Se debe tener presente que los testigos de la violencia son también víctimas de la misma, ya que se encuentran en una situación de minusvalía, viven y sufren los estragos de la violencia pero en la mayoría de los casos no tienen el poder o el control para detenerla, los hijos y parientes cercanos suelen ser los más afectados, y a veces es a través de un síntoma como logran participar en el equilibrio familiar, por tanto no debe olvidarse en el tratamiento integrar y considerar a los miembros que forman parte de la dinámica de la violencia. En el caso 2, se ilustra como los testigos participan en las relaciones violentas. La Sra. Martha inicia la terapia con el objetivo de que su hija controlara su conducta violenta hacia su pareja, a quien golpeaba, humillaba y no le permitía salir a trabajar. La Sra. Martha como testigo de la violencia empieza a presentar síntomas físicos, sin embargo, el motivo de consulta no es su estado de salud física y emocional sino la conducta de su hija, por tanto la terapeuta inicia una serie de intervenciones con el fin de engancharla al tratamiento aún cuando su hija no deseaba participar en la terapia. El no sentir control sobre la situación la desanima a continuar, aún así se le sugiere que intente modificar el patrón de interacciones existente en la dinámica familiar. Participando de forma distinta lograría un cambio en el ciclo de violencia.

Alcanzar los objetivos de la terapia implica comprender las creencias y las perspectivas que subyacen a la relación de abuso. El entender estas creencias permite a las personas afrontar la situación y desarrollar otras formas de relacionarse. Nuestras creencias, sentimientos, conductas se ven influenciadas por los valores sociales y de todo aquello que es significativo para nuestras familias y demás personas con las que nos relacionamos.

Corsi (1994) y Ferreira (1995) consideran la violencia familiar como un fenómeno social y atribuyen gran importancia a la socialización de género en la formación del hombre violento y la mujer maltratada. De acuerdo con esto la posición de mayor riesgo está dada

cuando confluyen en una persona la máxima socialización y la exposición más alta a la violencia en su propia historia personal. Según estos autores, estamos frente al resultado de conductas aprendidas en el proceso de socialización de una sociedad patriarcal y sexista, y en el seno de una familia con problemas de violencia.

Gracias al efecto histórico-cultural las identidades masculina-femenina han incorporado significados atribuidos a cada una de ellas, moldeando las expresiones que se manifiestan concretamente en la vida cotidiana de hombres y mujeres; pero sobretodo otorgándole a la diferencia componentes simbólicos de desigualdad y son estas construcciones sociales las que atribuyen cargas de poder diferentes entre hombres y mujeres que, entre otras muchas consecuencias, se manifiestan en la violencia familiar. Estas relaciones de poder en la familia aparecen mitificadas, ocultas y naturalizadas lo que contribuye a su reproducción y mantenimiento. Los hombres violentos mantienen creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, además de ideas de violencia como modo de resolver conflictos. La inhibición de sentimientos y la percepción distorsionada de la realidad son campo fértil para la manifestación violenta (Corsi, 1994).

Por otro lado, las personas que sufren de violencia generalmente desestiman o asignan poca importancia a las manifestaciones violentas, se someten, se avergüenzan, no facilitan y hasta dificultan la acción en su defensa, reaccionan tardíamente y creen que se lo merecen. Así, estas personas viven una situación paradójica, ya que el agresor también da mensajes y conductas de afecto, que simultáneamente son negados por conductas violentas de diversa índole e intensidad, de esta forma, a la angustia, el temor y estrés producto del maltrato se agrega la confusión que dificulta la manifestación de la emoción e inhibe la capacidad para implementar acciones que protejan al sujeto que es víctima. Así también el aislamiento social que por lo regular presentan las personas maltratadas y la dependencia emocional hacia la pareja genera un círculo vicioso en el que se presenta una especie de vergüenza social de la persona que la lleva a la ocultación de lo ocurrido y por lo tanto a una mayor dependencia hacia el agresor.

Perrone y Nannini (1996) parten de otras premisas epistemológicas para explicar la violencia. Toman en cuenta planteamientos de la cibernética y de la teoría de la comunicación de Gregory Bateson. Consideran que la violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional. Desde esta perspectiva, un individuo no es violento en sí, sino que su acto violento aparece en una secuencia interaccional, que es en realidad una secuencia comunicacional. El análisis de estas secuencias y sus recurrencias, exige dejar de lado la lógica de causalidad lineal y descubrir en ellas su carácter circular. El acto violento no es la expresión de un desorden del sistema sino que obedece más bien a un orden prioritario, una especie de acuerdo o contrato implícito, construido en ese juego interrelacional. La violencia responde entonces no tanto a una voluntad de pelearse sino a la necesidad de mantener el equilibrio momentáneamente perturbado en todo el sistema. Esta postura ha sido sumamente criticada por el hecho de que la visión circular puede llegar a asumir que la violencia tiene una función en el sistema y de esta forma puede entenderse que justifica el uso del poder o el dominio sobre otro a través del maltrato responsabilizando a la víctima de su comportamiento como parte del juego interaccional. Según estos autores ninguna víctima saldrá de su condición si no logra entrever de qué manera participa en ella y, por consiguiente, en su modificación, y ningún verdugo podrá salirse de su papel si no llega a visualizar que tiene la libertad de hacerlo.

El ciclo de la violencia, para Perrone y Nannini (1996) adquiere otra significación, lo explican desde su propio marco teórico partiendo de dos tipos de relación: la simétrica y complementaria, y de la corrección de la perturbación que afecta momentáneamente el equilibrio del sistema.

Todas estas premisas se sitúan dentro de una perspectiva sistémica, donde se estudia la participación de cada persona en el funcionamiento del sistema y se considera que cada uno tiene que hacerse y pensarse responsable de sus propios comportamientos. Perrone y Nannini (1996) hablan de dos formas de violencia, la violencia- agresión, que implica una relación simétrica, y la violencia-castigo, que implica una relación complementaria. A continuación se describen:

■ **La violencia agresión:** Está dada entre dos personas vinculadas por un tipo de relación simétrico, es decir, de rivalidad y escalada. Esta escalada desencadena la agresión, es el tipo de relación en que las dos personas están luchando por la supremacía, por ejemplo, el esposo pega, pero la mujer insulta y ofende y además dice no tenerle miedo. Uno puede dominar en lo físico pero el otro puede dominar en lo psicológico y emocional. Existe un paréntesis en la agresión al que se le llama pausa complementaria, ésta se refiere a que alguno se coloca en la posición inferior, pide perdón y el otro cede al enfrentamiento y lo acepta; en esta pausa las personas pueden pedir ayuda al exterior, en el mejor de los casos, o pretender que la situación no fue tan grave, es decir, minimizan, trivializan o niegan el evento.

■ **La violencia castigo:** Tiene lugar entre personas con una relación de tipo complementario, es decir una de las personas se sitúa en una posición inferior y la otra en la posición superior, lo que se convierte en una relación de desigualdad donde el sujeto que se encuentra en la posición superior se auto-otorga el derecho de dañar al otro, mediante golpes, humillaciones, ofensas, etc. Este otro se asume inferior y acepta el castigo, tolerando la violencia.

La violencia agresión puede ser ejemplificada con el caso 1, en él vemos como la agresión física y emocional se conjugan en el conflicto conyugal, en el que la Sra. Sonia descalificaba continuamente los actos y decisiones de su esposo, mientras que él la maltrataba físicamente después de un período de tensión. Las discusiones giraban entorno al tema de la crianza de los hijos y a la insatisfacción de las expectativas sobre el matrimonio. Sin embargo, bajo estos conflictos subyacía la lucha de poder; se observó que la pareja utilizaba salidas de evitación para la violencia que no solucionaban la problemática. Por ejemplo, uno de ellos se colocaba en una posición inferior, podían pasar de agresores a víctimas repentinamente generando una complementariedad. Otra forma de salida era la utilización de un síntoma. La Sra. Sonia presentaba síntomas crónicos como dolores de cabeza y enfermedades respiratorias o digestivas, mientras ella enfermaba las peleas y discusiones eran poco frecuentes.

En otros casos donde se presenta la violencia agresión podemos ver la utilización de un ritual como modo de evitación de la violencia, por ejemplo, la persona hace algo diferente, un ritual que evita la violencia, como salir del lugar, romper algo, etc. También puede utilizarse un tercero pidiendo ayuda a amigos, vecinos y/o familiares. La separación o ruptura temporal o definitiva puede también funcionar en situaciones extremas.

En el caso 1 se buscó mediante algunas intervenciones del equipo terapéutico evidenciar el juego de roles y esta lucha constante por el control. Dado que este tipo de relaciones se basan en la ambivalencia, el uso de la paradoja puede ser de gran utilidad.

También puede describirse la violencia agresión en el caso 3 en el que existía una relación simétrica entre madre e hijos. Dentro de la familia los dos ejes de desequilibrio de poder están dados por el género y la edad. La función de padres o sustitutos, conlleva de por sí una asimetría en las relaciones de poder donde el niño o adolescente depende de éstos. La dependencia afectiva y la económica aparecen como factores condicionantes en la producción del sentimiento de vulnerabilidad. El menor teme perder el cariño de sus padres o sustitutos. Esta necesidad de cariño y aprobación genera un alto nivel de vulnerabilidad frente a las figuras parentales.

El uso inadecuado del poder parental puede causar diversas reacciones emocionales en los menores, el estilo rígido o permisivo en sus extremos generan distintas formas de relación. En el caso 3 vemos como la violencia se desencadena en las relaciones madre- hijos ya que no existía un acuerdo claro sobre las reglas. Los padres pasaban de un estilo rígido a permisivo fácilmente y los sentimientos de culpa fueron el núcleo de la inconsistencia en el establecimiento de límites.

En el caso 3, la Sra. Patricia después de su divorcio intenta establecer en casa una serie de reglas las cuales funcionaban hasta que la contradicción constante entre el padre y ella contribuyó a que los hijos comenzaran a retar todo tipo de autoridad. Esto se complica cuando Paola sufre la violación y como forma de protección los padres se vuelven inconsistentes en las reglas. Al perder el control de la situación la Sra. Patricia empieza a

utilizar la violencia para reafirmar su autoridad. Después de los golpes ella padecía un profundo sentimiento de culpa y se deprimía al ver que había lastimado a sus hijos. En ese momento, la madre se volvía permisiva y pasiva hasta que volvía a repetirse el ciclo. El maltrato físico había acrecentado el resentimiento de los hijos presentándose una confrontación abierta en la que los menores transgredían las reglas, violentando de forma verbal y física a su propia madre. El círculo parecía no tener fin, por lo que un aspecto importante que se trabajó en la terapia fue el que la madre recuperara su jerarquía sin el uso de la violencia.

La violencia- castigo se puede ilustrar con el caso 4 en el que la Sra. Leticia se encontraba bajo el dominio de su esposo a través de la violencia física y verbal, colocándola en una posición inferior. En los casos que presentan complementariedad una salida de evitación se da al introducir simetría en la relación. Es posible que con la ayuda de redes de apoyo o alianzas, la víctima pueda alcanzar una posición más igualitaria con respecto al otro y así evitar la violencia.

La Sra. Leticia contaba con pocas redes de apoyo, dentro de la familia, sus hijos, se aliaban con el padre o intentaban mantenerse al margen de los conflictos conyugales, el Sr. Diego los involucraba en los problemas haciendo comentarios negativos de su madre, y cuando había una fuerte confrontación los hacía testigos de la violencia (en ocasiones los levantaba en la madrugada para que presenciaran el conflicto). La Sra. Leticia se preocupaba por esta alianza aparente entre padre e hijos, la cual también era una forma de control, existía la constante amenaza de perder a sus hijos si decidía separarse. El fortalecimiento de redes de apoyo fue crucial en este caso, y el equipo terapéutico funcionó como una de ellas. Veamos el siguiente fragmento:

Terapeuta: ¿En este momento quién te apoya, quién está contigo?

Sra. Leticia: Pues ustedes, después de la última sesión recordé todo lo que he pasado, los años que he soportado la violencia y no quiero seguir viviendo así, y siento el apoyo de ustedes, porque no sólo tengo una persona, tengo varias (refiriéndose al equipo). Mis hijos se van a ir y yo me veo en el futuro con mi esposo y no quiero eso para mí. Además ustedes

me dijeron que hay muchas mujeres que han podido superarlo y yo también puedo (una sesión anterior se le había explicado el ciclo de la violencia y la terapeuta aseveró que muchas mujeres habían logrado salir de él).

Este caso fue abordado bajo un marco de terapia postmoderna y fue evidente la utilidad de la participación del equipo terapéutico, en ocasiones se realizaron equipos reflexivos, los cuales permitieron a la paciente reconstruir y construir nuevas historias de sí misma y de sus creencias sobre el género, el amor, la violencia, y otros. Como lo vemos en el fragmento anterior el equipo no es sólo un instrumento de intervención, proporciona soporte emocional y colabora con el paciente en el tejido de nuevas historias dándole identidad al cambio. El equipo acompañando hacia el cambio, no dirigiéndolo.

Desde un marco sistémico el tratamiento de la violencia y el abuso ha requerido de otro tipo de implicaciones éticas y epistemológicas. La discusión del tema de violencia y abuso ha generado distintas posiciones teóricas y vertientes desde el mismo enfoque sistémico, una de las orientaciones más discutidas han sido la feminista vs la sistémica.

El modelo sistémico considera al individuo no sólo en su subjetividad, sino también en función de sus interacciones y sus relaciones con los demás. Es decir, entiende que el comportamiento de un individuo no se da aisladamente, sino que tiene sentido dentro de un contexto en el que siempre hay "otros" implicados. Por ello, se puede afirmar que su comportamiento está "conectado" de manera dinámica a los comportamientos de las personas con las que se relaciona -en su casa, en su trabajo, en su comunidad, en su sociedad, etc.- La familia es entendida como un sistema en el que un grupo de personas interaccionan entre sí, y donde las relaciones están influenciadas y organizadas por una serie de reglas. Mediante estas reglas de relación, el sistema familiar se configura como una totalidad. Es decir, las reglas dotan al sistema familiar de una identidad propia, fundamental para garantizar su estabilidad y equilibrio interno sin el cual la familia correría el riesgo de disgregarse.

Los terapeutas familiares se concentran en los patrones de interacción dentro de la familia, con un énfasis sobre la comunicación y los roles psicológicos adoptados por sus miembros y una concepción circular, comprometiendo a todos sus integrantes. Desde este modelo se ha entendido, el abuso sexual y la violencia como una respuesta individual y por ello secundaria, a problemas compartidos. En un momento se pensaba que la principal tarea del terapeuta era buscar la modificación de las pautas disfuncionales de relación que en el pasado permitieron el abuso mediante una reequilibración de poderes en la familia, una definición clara de roles, modificación de cohesiones o alianzas patológicas entre sus miembros; todo ello enmarcado dentro de un programa que incluyera medidas tendientes a favorecer el enraizamiento social de la víctima y la familia. Al respecto Kamsler (citado en Durrant y White, 1990) hace una crítica a los modelos sistémicos y plantea lo siguiente:

Todas estas ideas acerca de la disfunción familiar oscurecen la significación de las relaciones de poder implícitas en el abuso y sirven para proteger al perpetrador y para atenuar su responsabilidad. Por consiguiente si bien estos enfoques terapéuticos reconocen la importancia que tiene el contexto familiar en la evolución de los problemas de las víctimas de abuso, lo hacen de una manera que echa sombras sobre la relación de poder que mantiene el perpetrador en sus interacciones con la víctima. Estos esquemas terapéuticos producen una ceguera a la responsabilidad que le corresponde al perpetrador en la formación de las respuestas y el futuro de la víctima. Esto ocurre en los enfoques que se centran en las ideas de patología y de diagnóstico, en la descripción de estos enfoques terapéuticos se ignora la significación del contexto social más amplio o bien se le toca superficialmente (p.21).

Las terapias sistémicas nos plantean una serie de cuestionamientos éticos en el momento en que se aborda el tema de violencia y ha sido ampliamente criticada. Algunos clínicos intentan hoy contrarrestar esta tendencia a que la violencia se transforme en un elemento secundario mediante la combinación de una perspectiva de sistemas familiares con un modelo individual del abuso o la violencia. También hay quienes intentan combinar el pensamiento de los sistemas familiares con el feminismo, reconociendo las diferentes

experiencias de los individuos dentro de las familias, la significación del género y el poder en las relaciones familiares, la pluralidad y la interconexión del conflicto y la inequidad dentro de la familia con desigualdades estructurales en la sociedad en su conjunto (Masson y O'Byrne, 1990, citado en Hooper, 1992).

Cecchin, Lane y Ray (1992) utilizan la irreverencia para enfrentarse a estos conflictos teóricos, sugieren que sean respetados los postulados y los valores que proponen las distintas orientaciones sin adherirse a ninguna. Si tuviéramos mucha fe en cualquier relato, en cualquier postura, tenderíamos a crear una realidad terapéutica empobrecida e inflexible. La violencia ha estado presente desde el inicio de la historia, no es un invento moderno. Aunque los terapeutas tratemos de eliminarlos, la violencia, el incesto y el abuso estarán siempre presentes. Por tanto, estos son fenómenos naturales ante los cuales el terapeuta se encontrará en muchas ocasiones y que al reaccionar de forma emocional y tomar parte del conflicto sólo conseguirá dejar de ser útil a sus clientes.

La orientación sistémica contrasta con la feminista y otras, ya que en lugar de centrarse en el individuo, se interesa por la naturaleza circular de la causalidad, la retroalimentación, los patrones y las relaciones entre las personas. Cualquiera de estas teorías puede tener utilidad en una situación concreta. Nuestra función como terapeutas es ayudar, para lo cual deberíamos emplear la orientación más apropiada al contexto del cliente. Todo terapeuta elige una postura, es imposible no elegir. Si se es feminista, se está bajo la influencia del prejuicio feminista. Si se elige la cibernética, se sigue un prejuicio sistémico, sea el del MRI, el de Milán, el de la terapia centrada en soluciones, etc. Por tanto Cecchin y sus colaboradores proponen que el terapeuta sea irreverente ante esto, que si se encuentra en un aprieto, no dude en despojarse de su prejuicio y escoger otro más adecuado a la situación. Cecchin, Lane y Ray (1992) citan "lo más importante es que el terapeuta luche por comprender las consecuencias de sus elecciones. Esta es la postura terapéutica más responsable" (p.3).

Hay problemas que generan en el propio terapeuta dolor e indignación. Entre estos problemas se encuentra la violencia, los temas de género y el abuso sexual. Los terapeutas

pueden llegar a dicotomizar las situaciones, a verlas blancas o negras, a designar víctimas y agresores. “Las posturas individuales se endurecen tanto que la teoría sistémica, apropiada con la gente más buena, no parece aplicable. Prevalcen las respuestas primitivas. El incesto, el abuso o el abandono infantil y la violencia doméstica evocan poderosas reacciones emocionales” (Cecchin, Lane y Ray, 1992, p. 31).

Maldonado (2002) explica que las familias en las que se dan los casos de violencia tienen elementos en común con las dictaduras: ideas rígidas, falta de tolerancia, falta de respeto por las diferencias, fomento del aislamiento entre los sujetos y grupos, posiciones inequitativas, etc. Las cuestiones éticas y terapéuticas comprenden los principios de transparencia, imparcialidad y el reconocimiento del doble papel que jugamos como terapeutas y como agentes del control social. Manifestamos el rechazo a la violencia en todas sus manifestaciones (física y emocional) como forma relacional, insistiendo en la responsabilización de los involucrados: quien ejerce la violencia debe responsabilizarse por su agresión y quien la recibe, si es adulto, debe responsabilizarse de su cuidado personal; los adultos deben asumir la responsabilidad de los miembros más vulnerables de la familia. De estas posturas éticas y teóricas emana el respeto a la diversidad y una visión tendiente a resaltar los recursos de las personas y las familias. La institución familiar es depositaria de la violencia en sus múltiples formas, la vive, la reproduce, la genera, la sufre, pero también, la familia como sistema es capaz de encontrar nuevos y distintos cauces a sus dificultades, que permitan desarrollarse a cada uno de sus miembros de manera más sana. Una intervención sistémica atiende a las secuencias transaccionales, que aparecen como "*causas*" inmediatas de las escaladas de violencia, así como el proceso relacional entre la pareja, la familia extensa y otros servicios sociales que constituyen el sistema que mantiene al problema. Sin embargo, aunque la terapia familiar sistémica haya enfatizado tradicionalmente la causalidad circular, no debe perderse de vista la existencia de jerarquías, así como las diferencias sociales basadas en el poder; esto significa que no todos los elementos de un sistema tienen la misma responsabilidad en las interacciones violentas.

Actualmente contamos con muchas herramientas terapéuticas dentro del ámbito de la terapia familiar sistémica y postmoderna, muchos de sus representantes se han dado a la

tarea de ampliar sus teorías y supuestos ante los casos de violencia familiar. Todavía queda mucho por trabajar en este sentido, no existe una orientación o modelo que nos resuelva todas las incógnitas y retos que implican su atención. Cada caso requiere de un tratamiento único y específico así como la disposición del terapeuta de abandonar sus prejuicios y teorías cuando sea necesario.

En cuanto al debate teórico que se genera dentro de la misma orientación sistémica podemos concluir que aún queda mucho por andar, quizás las ideas postmodernas puedan ayudar a desatorar estos dilemas teóricos en los que se ha sostenido la terapia familiar sistémica. Tal vez lo único que queda confirmado bajo esta visión, es el hecho de que existe una regla de oro que no debemos olvidar la cual consiste en evitar que nuestras ideas se endurezcan o se inmovilicen, ya que en el momento en que no cuestionemos nuestros prejuicios estaremos atados de manos y pies. El uso de equipos terapéuticos como parte de la formación de terapeutas bajo el marco de la cibernética de segundo orden permite el manejo de los prejuicios y dilemas éticos que surgen continuamente en el quehacer terapéutico. La multiplicidad de ideas invita a la reflexión de nuevas líneas de intervención incrementando la posibilidad de éxito en los tratamientos.

Como conclusión, podemos dar algunas sugerencias útiles en el tratamiento de la violencia. No debemos olvidar que en la práctica clínica es necesario desarrollar en su continuo, estrategias y habilidades, así que para finalizar este apartado invito al lector a reflexionar sobre su propio quehacer en este ámbito. A continuación se enumeran algunos aspectos que es conveniente tener presentes cuando se decida enfrentar esta tarea (Bonino, 2003):

- Intentar develar nuestros puntos ciegos en relación con nuestra propia posición de género, los aspectos asimétricos de la relación con el otro género.
- Revisar los propios prejuicios sexistas, sobre todo en relación con los patrones de justicia/injusticia, cuidado/no cuidado del otro/a.
- Aclararse las propias creencias sobre la validez de los hechos abusivos y la propia reacción frente a ellos (sobre todo pensando en los ejes temor/enfrentamiento y neutralidad/parcialidad).

- Conocer los modos de construcción de la condición masculina y femenina, sus privilegios y sus costos, a fin de ayudar a la familia a deconstruir los aspectos dominantes de los roles masculinos y femeninos tradicionales.
- Tener una actitud clínica de alerta para detectar las maniobras de control de los agresores.
- El terapeuta debe estar capacitado para realizar intervenciones que hagan impacto sobre el balance de poder interpersonal. Algunas de estas intervenciones son: reorganización de responsabilidades, negociación de acuerdos, develamiento de maniobras de control, redefinición de las "*provocaciones*", poner límites a los abusos, apoyo al aumento del poder personal de la víctima, etcétera.)
- Saber que es probable que el agresor intente ejercer maniobras de control sobre el o la terapeuta. El terapeuta debe prestar especial atención a los intentos del agresor por lograr su alianza para desautorizar a la víctima.

3.1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas.

La idea de participar en un equipo de terapeutas como observador puede parecer algo entrometida, sobretodo para los que desconocen los fundamentos de la terapia familiar sistémica y los avances epistemológicos de ésta. La idea de ser observados genera sentimientos y pensamientos diversos, pero también implica la construcción de una realidad alimentada por muchas versiones distintas de ésta. El impacto de ingresar a un equipo como observador es único e enriquecedor, implica una experiencia de suma importancia en el proceso de formación de los terapeutas interesados en el campo de la psicología clínica. El estar bajo la dirección de un supervisor y el apoyo de otros terapeutas con sus propias historias y trayectorias tiene muchas ventajas, como la posibilidad de enriquecer las intervenciones aminorando los errores y las dificultades en el proceso del sistema terapéutico. Otra gran ventaja es la exploración y revisión constante de la persona del terapeuta, a lo largo de la supervisión el terapeuta vive la doble tarea de observar y ser observado.

Dentro del programa de maestría en psicología en la residencia de terapia familiar sistémica de la UNAM en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala el primer acercamiento a la terapia familiar se da a través del espejo unidireccional, este es un primer paso a la introducción del psicólogo al sistema terapéutico. La experiencia como observador crea la expectativa de colaborar en el sistema, de forma dirigida, es decir bajo el apoyo del supervisor, en la sesión de terapia. La integración de todas las partes del sistema terapéutico total (supervisor, equipo, terapeuta, familia) plantea la capacidad de multiplicar ideas, visiones, realidades poniendo en práctica los conocimientos teórico-metodológicos adquiridos en las aulas.

El psicólogo debe desarrollar una visión sistémica que le permita reconocer y atender, con las herramientas adecuadas, las necesidades de la familia y las vicisitudes de ésta, aunado a lo anterior deberá identificar sus propias características y cualidades personales, incluyendo sus temores, inquietudes, inclinaciones, capacidades, por lo que no hay mejor forma de entrenar esta visión de sistema que siendo parte de uno. El observador se convierte en parte del sistema a través del espejo, pero también se convierte en observador de sí mismo, de sus creencias, valores, expectativas así como de su propia influencia dentro del equipo. Es decir la experiencia como observador invita a la reflexión, a la retroalimentación y a la experiencia compartida.

Los pacientes también viven de forma singular esta modalidad de terapia, algunos la perciben como una experiencia novedosa, temida o amenazadora, sin embargo en la mayoría de los casos, los propios pacientes logran incorporar la visión sistémica. En poco tiempo los miembros de la familia dejan de sentirse observados y perciben al equipo como un grupo de profesionales al servicio del proceso terapéutico. La presencia de equipo de video debe ser considerada también como un factor adicional dentro de la terapia familiar sistémica, su uso puede causar desconfianza, inseguridad o falta de espontaneidad, por lo que el terapeuta debe argumentar la presencia de estos instrumentos explicando la utilidad del video tape. En la mayoría de los casos los pacientes autorizan la filmación de las sesiones, lo cual es muy enriquecedor para el terapeuta y permite rescatar información que podrá ser analizada posteriormente.

La cibernética de segundo orden es una forma de construir realidades a partir de la observación del observador. Por ello el observador tiende a modificarse con el contacto con el medio ambiente, esto sucede a todo momento y ninguno de los componentes que constituyen el Sistema Terapéutico Total está exento. Esta nueva epistemología ha forzado al terapeuta a ser también centro de atención dentro de la terapia, ahora no sólo importa lo que pasa con la familia sino también qué vive el terapeuta, qué piensa, qué siente, qué hace, es decir cómo se construye a sí mismo y a su realidad para después formar parte del engranaje en el que la familia, el equipo de observadores y supervisores son piezas que crearán una nueva realidad compartida, en la que el síntoma por el cual los miembros de la familia asisten a terapia, sea sustituido por modalidades funcionales de interacción.

El trabajo en los escenarios clínicos de la residencia de terapia familiar, fue muy interesante en el sentido de que pudieron atenderse problemáticas diversas tales como problemas de pareja, psicosomáticos (ansiedad, insomnio), de conducta (desobediencia, rebeldía), intento de suicidio, depresión, entre otros. La forma de trabajo permitió observar algunas cuestiones inherentes a la persona del terapeuta y su propio estilo desarrollado. Una de las cualidades del trabajo de supervisión fue la versatilidad ante los distintos modelos teóricos lo cual permitió a cada uno de los terapeutas desempeñarse en el modelo que más conocía o con el que contaba con mayor experiencia. Durante las discusiones con el equipo terapéutico y de supervisión se pudo discernir sobre que tan pertinente era determinado modelo para cada caso dando importancia a la toma de decisiones en cuanto a las técnicas de intervención y a la congruencia con los modelos teóricos.

Como observador uno es parte del proceso, teniendo una responsabilidad compartida con cada uno de los miembros del equipo. De la experiencia en la residencia se puede aprender de la actuación y trabajo de cada uno de los integrantes del grupo en formación, el terapeuta puede verse reflejado en algunas de las fallas y aciertos, en ocasiones sucede que coincide que el terapeuta a cargo pregunta lo que el observador tenía en mente o por el contrario descubre nuevos caminos, desarrollando hipótesis que no se habían contemplado, esto permite entender que la multiplicidad y el uso de las distintas voces amplía el panorama del proceso terapéutico.

Desde el rol de terapeuta hay un proceso de acoplamiento a esta nueva modalidad de trabajo y a la utilización de los modelos teóricos, que implica un cambio no sólo en las condiciones de trabajo sino también en la epistemología, en la cual es necesaria una visión sistémica, circular. En un principio, el terapeuta se deja guiar por los supervisores, se deja acompañar, escucha y aprende de las sugerencias y observaciones de los compañeros en formación.

El autoconocimiento del terapeuta es la base indispensable para la protección y el cuidado de sí mismo y para que éste realice un buen proceso terapéutico. La supervisión de un caso clínico se convierte en la modalidad para entrar en el pensamiento terapéutico del terapeuta y evidenciar las dificultades, que impiden o retardan el proceso, poniendo al terapeuta en una situación de desorientación y bloqueo con las familias que se muestran inmóviles ante las distintas intervenciones. La supervisión invita al terapeuta a revisar el ciclo vital de su familia y su propia historia de vida, a fin de analizar dichas dificultades y darles cauce. El terapeuta trae consigo, entre otras cosas los modelos y patrones aprendidos en su familia de origen y que consolidados en la vida, se reflejan en la familia con la cuál el terapeuta trabaja en terapia. Por ello la importancia de que los terapeutas también iniciemos procesos de análisis en un propio espacio terapéutico. En la experiencia de supervisión pudo evidenciarse como las distintas historias de terapeutas y familias se engarzaban de tal forma que se promovía una especial forma de relación, que favorecía o bien bloqueaba el proceso. También se pudo observar cómo el equipo terapéutico y de supervisión ayudaban a la concientización y liberación de estos bloqueos a través del análisis de las sesiones y de los videos.

3.2 Habilidades de investigación.

A través de los cuatro semestres de formación dentro de la residencia en terapia familiar se desarrollaron habilidades de investigación, las cuales se concretaron en el diseño y aplicación de proyectos sobre problemas o necesidades de los usuarios, para posteriormente difundir sus resultados en foros académicos. Por medio de la aplicación de estos proyectos se obtuvieron datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad,

etc.) de problemas psicosociales en individuos y sus familias. Formulándose hipótesis sobre los factores involucrados.

Se diseñaron dos estudios siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa. La problemática abordada fue la ideación suicida, las investigaciones tuvieron como objetivo realizar un análisis contextual de esta problemática para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos. Cabe señalar que estas investigaciones formaron parte de un proyecto más amplio denominado "*Ideación Suicida en Jóvenes de las Carreras de la Salud*" dirigido por la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, por lo cual, a lo largo de los dos años de formación, se llevaron a cabo una serie de seminarios que tuvieron como objetivo colaborar a este proyecto a través de actividades de investigación.

3.2.1 Reporte de Investigación con metodología cuantitativa y cualitativa.

A continuación presentamos el resumen de las dos investigaciones realizadas a lo largo de la residencia. La primera denominada "*Relación entre ideación Suicida y clima familiar*" en la cual se usó metodología cuantitativa y la segunda denominada "*Relación del Contexto Familiar en el Significado de la Ideación Suicida*" en la cual se utilizó una metodología cualitativa.

Relación entre ideación suicida y clima familiar: El propósito de esta investigación fue evaluar la ideación suicida y el clima familiar en el que se desenvolvían jóvenes universitarios con el fin de identificar aquellos factores que estuvieran correlacionados. Se utilizó una muestra de 100 estudiantes de la carrera de psicología. La ideación suicida se evaluó por medio de una escala diseñada por Roberts (1980) y el clima familiar se evaluó con la escala de Moos, Moos y Trickett (1995). Se encontró que el 49 % de los estudiantes no presentó ningún síntoma de ideación suicida. De las mujeres evaluadas el 52.5% no presentó ningún síntoma de ideación, un porcentaje mayor al obtenido en la muestra de los hombres que fue de 36.4 %. Los resultados indicaron que la cohesión, la expresividad y la actuación se correlacionaban negativamente con la ideación suicida. Resultó relevante la importancia de las actividades del sujeto dentro y fuera de su hogar así como sus intereses

intelectuales, culturales, políticos y sociales. La religión, así como los valores éticos parecen ser factores facilitadores de la cohesión y la expresividad en la familia lo cual hace menos probable la presencia de pensamientos sobre el suicidio.

Relación del contexto familiar en el significado de la ideación suicida: Se seleccionó un sujeto, quien presentó altos puntajes en la escala de ideación suicida (Roberts, 1980) y una puntuación baja en la escala de clima familiar (Moos, Moos y Trickett, 1995). El objetivo del análisis de caso, fue conocer las características de la organización y percepción de la realidad familiar, así como el significado que se le atribuía al suicidio. De acuerdo a la codificación se eligieron cuatro categorías: relación afectiva con los miembros de la familia, experiencias desagradables a lo largo de la vida, antecedentes del suicidio y significado del suicidio. Se identificó el sentido de la acción al conocer el evento de intento de suicidio como forma de aliviar el dolor ante la pérdida de relaciones significativas, aún cuando en la familia del sujeto no existían antecedentes de suicidio o ideación suicida. En conclusión, la percepción del sistema familiar, la cercanía o alejamiento emocional entre sus miembros son factores relacionados con la ideación suicida.

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

Para ser capaces de ofrecer respuestas viables a las interrogantes que nos plantea la vida familiar contemporánea en nuestro país requerimos de información derivada de investigaciones realizadas en nuestras circunstancias y con metodologías adecuadas. También es necesario fortalecer los aspectos relativos a la formación de investigadores en temas familiares y en los mecanismos de divulgación de los resultados. Encuentros como congresos, conferencias, publicaciones, desarrollo de materiales audiovisuales, internet y otros medios de difusión facilitan este proceso.

Además de las habilidades de investigación el programa de residencia en terapia familiar tiene como objetivo la enseñanza y difusión de los conocimientos aprendidos y

desarrollados a lo largo de la trayectoria de formación, por lo cual los terapeutas tienen como tarea fundamental la búsqueda de espacios en foros de difusión tales como congresos y coloquios, entre otros, con el fin de colaborar a la difusión de los conocimientos en la comunidad de terapeutas familiares así como en otras áreas y fines.

Otras de las habilidades que se desarrollaron fueron aquellas encaminadas hacia la prevención, dentro de éstas, se encuentran la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria, identificación de procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales, el diseño de programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario y la aplicación de estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

3.3.1 Productos tecnológicos.

La realización de productos tecnológicos en el campo de la terapia familiar ha permitido desde hace varios años que el trabajo de los terapeutas se difunda a través de las nuevas tecnologías logrando llegar a diferentes lugares y contextos con sólo oprimir un botón. Dentro del programa de Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES I), UNAM, uno de los objetivos es aportar a la comunidad de terapeutas material didáctico que informe e ilustre sobre los distintos temas y modelos que existen en este campo.

Es así como se llevaron a cabo tres manuales de técnicas de intervención, cada uno de ellos abordó un modelo de terapia familiar sistémica, el modelo estructural, el modelo de terapia breve centrada en problemas y terapia breve centrada en soluciones. Los manuales constan de varios capítulos en los que se describen y ejemplifican las principales intervenciones de los modelos, compuestos por una serie de técnicas que tratan de resumir el trabajo de los representantes de estos enfoques.

Asimismo se realizaron dos video tapes, para exponer los fundamentos teóricos y metodológicos del modelo estructural y del modelo estratégico, los cuales son de los primeros modelos que tuvieron la intención de proveer de una serie de técnicas de intervención que permitieran facilitar el entrenamiento de terapeutas familiares.

Cada video tiene una duración aproximada de 30 minutos y fueron elaborados en equipo, junto con terapeutas familiares en formación de la FES Iztacala, quienes participaron en la presentación de las técnicas y en la selección de los fragmentos, así como en la realización y edición del mismo.

Uno de los principales objetivos de estos videos fue plasmar el uso de las técnicas estructurales y estratégicas en el trabajo terapéutico que actualmente se desarrolla en la residencia, el video sobre terapia estructural, expone pequeños fragmentos de las sesiones de algunas de las familias atendidas en la clínica. En el caso del video sobre terapia estratégica se actuaron algunos casos que ilustraban también el uso de las técnicas. En ambos videos se seleccionaron algunas de las imágenes de los representantes de estos modelos y sus colaboradores y se presentó una pequeña reseña histórica de cada uno.

Tanto los videos como los manuales están dirigidos principalmente a terapeutas familiares así como a todo psicólogo o profesional interesado en esta área, con el fin de propiciar el desarrollo de habilidades terapéuticas, ya que a través de estos materiales se ejemplifica de la aplicación de estos modelos en casos de familias mexicanas y se dan a conocer cada una de las técnicas que nos ofrecen.

Cabe señalar que los nombres de las familias que participaron en la realización de los manuales y de los videos fueron sustituidos por otros para proteger el anonimato de cada una de ellas. Asimismo el uso de los manuales y de los videos debe ser complementado con otros materiales así como con las fuentes originales.

3.3.2 Programas de intervención comunitaria.

A lo largo de la residencia se planearon y desarrollaron una serie de actividades de intervención para la comunidad, principalmente conferencias informativas, a continuación se describen:

Conferencia para padres: “Desarrollo de Habilidades para Comprender los Sentimientos de los Niños”: El 15 de octubre del 2002, asistimos dos terapeutas al Colegio Inverness, donde nos reunimos con 38 padres de familia, siendo en su mayoría madres de niños de primaria. La exposición tuvo una duración aproximada de una hora y media y a petición de la directora iniciamos la ponencia abordando el tema de violencia familiar, por lo que destinamos los primeros minutos para hablar sobre su incidencia, tipos y características.

Posteriormente se expuso el desarrollo de habilidades paternas para la comprensión de los sentimientos de los niños, como una forma de prevención del maltrato y el abuso dentro y fuera de la casa. Se abarcaron tres temas centrales: a) Habilidades para enfrentar los sentimientos de los niños b) Habilidades para obtener la cooperación de su hijo y c) Habilidades para sustituir el castigo. Estos temas se trabajaron por medio de acetatos con ejemplos explicativos de cada uno de los pasos. Durante la explicación se invitó a los padres a participar comentando sus experiencias, así como sus dudas.

Observamos que las madres participaban activamente describiendo situaciones difíciles con sus hijos, principalmente relacionadas con la realización de tareas en casa o el establecimiento de límites. Como expositoras invitamos a los participantes a pensar sobre una forma distinta de actuar ante estas situaciones considerando la información que se les había proporcionado. Después de algunos ejemplos, los padres pudieron plantear opciones distintas a las acostumbradas.

Escuela para Padres “Jardín de Niños Pablo Neruda”: Se participó en la ponencia de cinco conferencias para la implementación del programa de Escuela para Padres del jardín

de niños “*Pablo Neruda*”, que tuvo como fin orientar a los padres de familia en la acción educativa de sus hijos. Los temas que se abordaron en dichas conferencias fueron los siguientes:

- **Detección y Prevención de Problemas de Aprendizaje.** Esta conferencia tuvo como objetivo exponer a los padres algunos de los indicadores de problemas de desarrollo que pueden alertarlos a la atención inmediata para la prevención de futuros trastornos en el aprendizaje.
- **Violencia Familiar:** A través de dinámicas se desarrolló el concepto de violencia familiar, así como sus características, medidas de prevención y solución.
- **Prevención del Abuso Sexual Infantil:** en esta conferencia se expusieron la gravedad y modalidades de este tipo de abuso, las características del agresor, así como los signos o síntomas que puede manifestar la víctima. También se abordaron algunos de los mitos existentes alrededor de este tema, así como medidas de prevención para los pequeños. Se informó sobre cómo actuar y a dónde asistir en caso de maltrato o abuso sexual.
- **Manejo del Niño en Edad Preescolar:** Se abordaron algunas de las dificultades comunes en esta etapa del ciclo vital de la familia, la cual implica la crianza de los hijos y su manejo.
- **Reflexión y Evaluación:** en esta última conferencia se habló del proceso de escuela para padres. Se pidió a los asistentes que compartieran sus reflexiones, dudas y comentarios.

Dado que la convocatoria fue abierta a todos los padres de familia, la asistencia a las conferencias varió entre lo 15 y 25 asistentes. Las conferencias se realizaron una vez al mes de septiembre (del 2003 a febrero del 2004).

Escuela para Padres “*Jardín de niños Hermanas Abasolo*”: Se participó en la ponencia de dos conferencias para la implementación del programa de Escuela para Padres que tuvieron como fin orientar a los padres de familia en la acción educativa de sus hijos. Los temas que se abordaron en dichas conferencias fueron:

- **Prevención del Abuso Sexual Infantil:** En esta conferencia se expusieron la gravedad y modalidades de este tipo de abuso, las características del agresor, así como los signos o síntomas que puede manifestar la víctima. También se abordaron algunos de los mitos existentes alrededor de este tema, así como medidas de prevención para los pequeños. También se informó sobre cómo actuar y a dónde asistir en caso de que ocurra un abuso sexual.
- **Educación Sexual en Edad Preescolar:** En esta conferencia se abordaron las inquietudes que los padres tenían sobre el tema, se habló de las etapas por las que atraviesa el niño a esta edad y el desarrollo de su sexualidad.

La convocatoria fue abierta a todos los padres de familia, y se contó con la asistencia de 40 padres. Las conferencias se realizaron el 12 de marzo y el 28 de mayo del 2004.

3.3.3 Difusión en foros académicos.

Se participó en algunos eventos académicos con el fin de difundir el trabajo clínico y de investigación realizado en la residencia, a continuación se describe:

XXI Coloquio de Investigación: Participé como ponente del trabajo: *Ideación suicida y Clima Familiar en Estudiantes de Psicología de la FES Iztacala*, en la modalidad de cartel (esta investigación se describe en el apartado 3.2.1). El evento fue realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala a través del Comité organizador del XXII Coloquio de Investigación que se realizó los días 18 y 19 de noviembre del 2003. La ponencia consistió en la exposición de la investigación sobre ideación suicida en jóvenes que cursan la carrera de psicología, la cual es parte de un proyecto más amplio que busca conocer este fenómeno en estudiantes de las carreras de la

salud. Una de las hipótesis que trata de comprobar este proyecto es la que supone que aquellas personas que cursan carreras la salud y que están en constante trato con el dolor humano tienen mayores probabilidades en pensar en el suicidio.

Cine Debate: La Mirada del Terapeuta en el Cine: Participé como ponente y organizador del cine debate “*La mirada del Terapeuta en el cine*”, este evento fue realizado como parte de las actividades de difusión de la Maestría en Terapia Familiar y estuvo a cargo de la segunda generación 2002-2004. Este evento se llevó a cabo los días 2 y 9 de junio del 2004 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El objetivo de este cine debate fue conversar acerca de historias cinematográficas desde diferentes perspectivas teóricas relacionadas con la terapia familiar. Las películas que se proyectaron fueron: “*Once Around*” (Una vuelta más) e “*Inhala*”. El análisis de estas películas llevó a la reflexión de diversos temas como: el contexto familiar y su estructura, ciclo vital de la familia, roles y jerarquía, pérdida, drogadicción, sistemas carcelarios, aspectos sociales y culturales, la terapia y la persona del terapeuta, entre otros.

El panel de debate estuvo compuesto por: Gisela Alcántara, Samantha Chávez, Gregorio Esquivel, Anahí Flores, Argelia Gómez, Claudia Juárez, Sergio Mandujano, Edith Nyffeler, Francisco Robles y Rocío Villanueva (generación 2002-2004). La convocatoria para asistir a este evento fue abierta a todo público y no tuvo ningún costo. Se contó con invitados especiales como la Dra. Patricia Dávila Aranda, la Dra. Ma. Suárez Castillo, el Dr. Ignacio Peñalosa Mendoza y el Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz, entre otros.

XXIII Coloquio de Investigación: Se expuso el tema “*La terapia en red: Una alternativa para la intervención en problemas derivados en la etapa de hijos adolescentes*” en la modalidad de cartel. Este evento se llevo a cabo los días 25, 26 y 27 de agosto del 2004 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.

En la exposición se abordaron los aspectos generales de la etapa de ciclo vital en la que se presenta el periodo de adolescencia así como las problemáticas que se presentan más

comúnmente. También se mostró la “*Terapia de Red*” como una alternativa para el tratamiento de las dificultades del adolescente, conectándolo con las personas significativas de su vida creándose una red que permite romper con estereotipos negativos sobre los adolescentes y éstos últimos puedan comprender la razón del comportamiento de sus padres hacia ellos.

En general se expuso el procedimiento de la terapia en red así como sus lineamientos teóricos y los resultados obtenidos de la aplicación de estos procedimientos en un grupo de familias con adolescentes. En conclusión se obtuvo que esta modalidad de terapia constituye una alternativa para involucrar a los padres de familia en el desarrollo psicoemocional de sus hijos adolescentes, y promueve la idea de que los problemas no son individuales sino relacionales, lo que permite que se generen un compromiso para encontrar alternativas de solución.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.

Uno de los objetivos primordiales del programa de residencia en terapia familiar fue crear en los terapeutas en formación el sentido de compromiso y ética profesional en toda actividad que se desempeñó, lo cual permitió desarrollar valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social. En todo momento se promovió una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios, mostrando tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales. Lo cual nos permitió ser sensibles a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional, analizando con honestidad nuestro trabajo terapéutico, apegándonos a las normas de la ética profesional, actualizando nuestras capacidades profesionales de manera constante.

3.4.1 Consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.

Hipócrates estableció los principios fundamentales de la medicina occidental y propuso las normas éticas como indispensables. Estos principios concebían al médico como filántropo, es decir, como quien profesa amor hacia el ser humano, también como un ser diligente

hacia su bienestar y discreto para guardar el secreto de lo visto y lo oído durante el quehacer médico.

Desde Hipócrates hasta la actualidad la ética ha resultado un aspecto importantísimo en todas las esferas de la vida, ya que se inserta en todo quehacer humano, por lo que el debate ético es constante en toda disciplina, pues nos es necesario precisar qué está bien y qué está mal, es decir, el contenido de la vida moral. Esta tarea de discernimiento que debemos realizar constantemente como personas, se lleva también a cabo en el quehacer científico y en el ejercicio de nuestras profesiones. De ahí que la ética se desarrolle como una ciencia, al teorizar sobre lo moral.

El debate ético debe abarcar cuestiones relevantes a las profesiones de todos los sectores y muy en especial a las de la salud. Como resultado de ellos se espera obtener aportes concretos, sugerencias específicas de líneas para la actuación y también para la formación de dichos profesionales. En la condición de psicoterapeutas, se ha hecho necesaria en múltiples ocasiones, la reflexión sobre numerosos aspectos éticos en el campo de la psicoterapia y específicamente en el de la terapia familiar. Sobre algunas de estas reflexiones me referiré en este apartado.

Cuando los temas que la ética plantea se profundizan, se observa como la actuación del terapeuta debe ser evaluada a través de estos elementos. La formación ética debe ser continua porque cada día surgen nuevas situaciones que deben resolverse éticamente, ya que mientras exista mayor conciencia sobre el conocimiento y el comportamiento ético más eficiente será el servicio proporcionado.

Es fundamental conocer la propia concepción del mundo, del hombre y de todo tema concerniente a lo humano y que involucra el carácter moral de toda sociedad. Cuando en el consultorio surgen temas como suicidio, aborto, divorcio, infidelidad, muerte, felicidad, amor, religión, pareja, violencia, maltrato, y otros, se activa la conciencia moral del terapeuta y de todos los miembros del equipo terapéutico. Cada uno de ellos descubre desde su propia experiencia el significado de cada una de estas palabras, cada una de ellas se

conectan de formas diversas con la persona del terapeuta provocando percepciones y conclusiones que se declaran en la infinidad de intervenciones terapéuticas. El principio sistémico de equifinalidad, se refiere a que diferentes caminos pueden llevarnos a un mismo fin, en este caso el fin primordial del ejercicio profesional es favorecer el bienestar del cliente, pero ¿Cómo puede el psicólogo garantizar que sus acciones terapéuticas se dirigen a este fin?

Biro (1979, citado en Harrsch, 1991) advierte que trabajar con personas sin contar con una clara jerarquía de valores sólo conduce al caos y a la contradicción interna en virtud de que un método puede ser aplicado en diversos contextos para distintos fines con muy diferentes actitudes. Esto conlleva a distintas dificultades, una de ellas es ¿qué sucede cuando los valores del terapeuta se contraponen a los del paciente?, lo cual es inevitable. ¿Qué sucede cuando los actos del paciente o de los miembros de la familia son incongruentes con los valores del terapeuta?

En últimas fechas estos cuestionamientos han tratado de ser abordados a través de la formulación de un código ético para el psicólogo. En ocasión del 40 aniversario de la declaración de los derechos humanos en las Naciones Unidas, fue publicada la “*Declaración de los Derechos del Paciente en Psicoterapia*”, elaborada por terapeutas, pacientes y otros trabajadores de la salud mental (Peyru y Brusca, 1992). A continuación se enumera:

- 1.- Toda persona tiene derecho a recibir asistencia psicoterapéutica y a que esta se le brinde dentro de las mejores condiciones posibles para la recuperación de su salud o la prevención de la enfermedad.
- 2.- Todo paciente tiene derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas, sin que éstas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.
- 3.- Todo paciente tiene derecho a ser informado que existen técnicas y metodologías de trabajo, distintas a la que se propone el equipo tratante.
- 4.- Todo paciente tiene derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento y a que sus aportes sean estimados con paridad con los del terapeuta.

- 5.- Todo paciente tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales, acerca de su problema, se realicen con el debido respeto a su dignidad.
- 6.- Todo paciente tiene derecho a discrepar con las intervenciones de su terapeuta, sin que ello sea considerado ineludiblemente una forma de resistencia, interferencia o ataque a su dignidad.
- 7.- Todo paciente tiene derecho a que se resguarde su intimidad, mediante el secreto profesional.
- 8.- Todo paciente tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo aquellas que se refieren a sus terapeutas.
- 9.- Los pacientes tienen derecho a que todas las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que su autoestima no resulte dañada.
- 10.- Todos los pacientes tienen derecho a expresarse libremente pero también a guardar silencio en aquellos momentos que comunicarse pudiera resultar humillante denigrante o peligroso.
- 11.- Todo paciente tiene derecho a la empatía, comprensión y paciencia de su terapeuta.
- 12.- Los pacientes tienen derecho a una mirada de su terapeuta que tenga en cuenta sus posibilidades de cambio y también sus limitaciones, que respete y considere su tiempo personal, pero que también insista en que cambie hoy lo que puede ser cambiado.
- 13.- Los pacientes tienen derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento sin ser por ello etiquetados ni limitados arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.
- 14.- Todo paciente tiene derecho a recibir información de diagnóstico y pronóstico, administrada de forma tal que permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo.
- 15.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas aporten todos los recursos y métodos que sea necesario aplicar para la resolución o alivio de sus problemas.
- 16.- Los pacientes y los terapeutas tienen derecho a equivocarse y a tener razón.
- 17.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas revisen los modelos y teorías que sustenten sus prácticas, a fin de descubrir si estas los llevan ineludiblemente a vulnerar los derechos enunciados.

Esta declaración no es propiamente un código internacional de ética profesional de los terapeutas, pero sirve como referente, aunque no podemos valorar su uso en el mundo profesional como regulador de la actividad de los terapeutas.

En un intento por crear un código ético para los psicólogos, la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP), propuso un código donde se contemplaran aspectos sociales, políticos, económicos y culturales propios del contexto de nuestro país. Se decidió abordar estos cuestionamientos éticos tras una serie de investigaciones en las que buscaron reconocer cuales eran los principales problemas éticos a los que se enfrentaban los psicólogos mexicanos (SMP, 2002). A través de los resultados de una encuesta aplicada a psicólogos, lograron agrupar estos problemas en siete categorías: Problemas de competencia profesional, problemas académicos y científicos, de relaciones sexuales, de relaciones duales, valoraciones psicológicas, pagos y problemas culturales. Esta investigación se utilizó para revisar y completar el código ético creado por esta misma Sociedad en 1984.

Cabe señalar que en el planteamiento ético de la práctica psicoterapéutica, el desarrollo de los códigos es aún "*camino por andar*", lo cual es perfectamente comprensible si se compara la práctica milenaria de algunas especialidades médicas, con la historia de poco más de un siglo de existencia de la psicoterapia. Sin embargo, el código ético propuesto por la SMP es un intento por perfeccionar el actuar del psicoterapeuta, para lograr elevar el estado de salud de la población.

Por otro lado, es importante distinguir que la modalidad de terapia familiar sistémica implica consideraciones específicas, al igual que otras áreas de la psicología, ya que la reflexión ética en este campo debe sugerir una visión más global, pues la terapia familiar ha implementado nuevas formas de trabajo e intervención, un ejemplo de esto, es la utilización de equipos de supervisión para el entrenamiento y equipos terapéuticos como parte de estrategias terapéuticas.

La visión de la ética en la terapia familiar, debe tener en cuenta que ésta no se basa en una relación diádica terapeuta-paciente, como ocurre en la mayoría de las corrientes

psicológicas, que al igual que las especialidades médicas, tratan la tradicional relación Médico-Paciente, sino que, siempre es una interrelación grupal en un nuevo sistema, el terapéutico.

Durante la experiencia profesional dentro del programa de la residencia en terapia familiar pudimos vivenciar y reflexionar sobre algunos dilemas éticos. Los cuales se trataron bajo un marco de acción coherente a lo establecido éticamente y bajo la consigna de actuar en beneficio del sistema familiar.

En un principio una de las interrogantes fundamentales que nos llevaba a un problema ético, era el tratar de definir cómo debíamos entender a la familia y su funcionamiento para asegurar el bienestar de cada uno de sus miembros. Llegando a la conclusión de que cualquier definición intentada se encontraba impregnada de valores implícitos o explícitos. Bajo este marco, se asumió que el terapeuta debe tomar especiales cuidados en el uso de etiquetas diagnósticas o en catalogar a sus pacientes en una tipología familiar. Por otro lado, la revisión de los propios prejuicios e ideas del terapeuta sobre lo que debe ser una familia, tendrían que ser bien conocidos por él, para estar atento a que éstas no influyeran negativamente con la idiosincrasia y especificidad de cada familia, evitando así imponer sus valores o creencias a los pacientes.

En la práctica se podía detectar cuando el terapeuta se enfrentaba a sus propios valores, algunos de los síntomas eran: desviación de la atención ante temas que perturban la estructura de valores del terapeuta, enojo, fatiga, desánimo con respecto al pronóstico de la familia o de algún miembro, falta de curiosidad, observamos que el terapeuta empieza a obviar la información, a suponer que el paciente no cooperará con el tratamiento, que se resiste o que no está preparado para el cambio. En ocasiones la visión circular se convierte en lineal agotando las hipótesis y convirtiéndolas en ideas de causalidad “*si él cambia, los demás lo harían*”. En otras ocasiones el terapeuta se convierte en el consejero o poseedor de la verdad e intenta convencer a la familia sobre lo equivocado de sus ideas trasplantando las suyas. En otras desafía al paciente cuestionando sus valores. Y es que en realidad, los propios modelos teóricos apuntan al marco de referencia del paciente e incluso se han

diseñado intervenciones terapéuticas destinadas a modificarlo. Entonces aparece un dilema, el terapeuta puede y “*debe*” cambiar la realidad no funcional del paciente, incluso existen herramientas para ello, pero por otro lado, está implícita la estructura de valores del terapeuta, la cual también es imperfecta y relativa. Cuándo y cómo usar estas herramientas se convierte en otro cuestionamiento ético.

Ante estos dilemas lo ideal sería el tener lineamientos claros sobre el uso de las técnicas, sobre el uso de la persona del terapeuta, sobre la detección y utilización de los valores de los pacientes y del terapeuta. Sin embargo, aún no existen lineamientos al respecto por lo que el profesional de la salud mental se ve obligado a responder bajo sus propias conclusiones y prejuicios personales. Sin embargo, la práctica profesional nos permitió reconocer la importancia del equipo terapéutico y del sistema de supervisión en el ejercicio de la terapia familiar bajo un marco ético.

Desprenderse de los prejuicios resulta ser una de las tareas más complejas que debe realizar un terapeuta. El concepto de *Neutralidad* es quizás uno de los que han ayudado a la comprensión y solución de muchos problemas éticos. El Grupo de Milán, fue el primero en introducir esta idea y ha sido desarrollada ampliamente por sus integrantes, Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata (1990), quienes definían neutralidad como:

Efecto pragmático específico que el comportamiento total del terapeuta en la sesión produce sobre la familia (y no su disposición intrapsíquica). Entre más asimile el terapeuta la epistemología sistémica más interesado estará en provocar la retroalimentación y recolectar información y menos apto para hacer juicios morales de cualquier tipo. El resultado final de las alianzas sucesivas es que el terapeuta está aliado a todos y a ninguno a la vez (p.14).

El término neutralidad fue utilizado originalmente para expresar la idea de evitar la aceptación de cualquier posición. Sin embargo este concepto generó una actitud de no-

involucramiento, no tener opiniones, ni responsabilidad, actuando de una forma fría e indiferente con los pacientes. Por tanto Cecchin (1987, p.16) sugiere que el término neutralidad sea entendido como “Creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta. La curiosidad lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos, los movimientos y puntos de vista engendran curiosidad”.

Cecchin, Lane y Ray (1992) hablan de este término y lo conjuga con otro elemento, la irreverencia:

Es el entusiasmo del terapeuta por un modelo o una hipótesis lo que le permite aproximarse a una familia manteniéndose al mismo tiempo una dosis de respeto y curiosidad. Pero cuando reflexiona sobre las implicaciones de su propia actitud y sus supuestos, adopta una postura tanto ética como terapéutica. Nos parece que para conservar esta capacidad de auto cuestionarse hace falta una cierta irreverencia y algo de sentido del humor (p. 27).

El terapeuta irreverente es aquel que juega con los significados libremente, viendo los aspectos absurdos de la situación, sin aceptar nunca un solo nivel lógico, ni darse por satisfecho con ninguna descripción. Es aquel que no se somete a una sola teoría. Cecchin, Lane y Ray (1992) citan lo siguiente:

La lealtad excesiva a una idea específica hace que las personas no sean responsables de las consecuencias morales inherentes a ella. Si sobreviene un desastre, el responsable no será el individuo, sino la idea que ha comandado la acción. A nuestro juicio esta postura es irresponsable porque el terapeuta que la asume carece de capacidad de examinar las consecuencias pragmáticas de su acción. No es consciente de que su propia forma de pensar y actuar es parte del problema. La

irreverencia de la que hablamos es un intento de postular un planteamiento que nos resulte más ético (p. 26).

Desde el concepto de neutralidad un terapeuta nunca podrá saber de antemano cómo debería ser una familia. Debe actuar como un estímulo o perturbación que active la capacidad de esa familia de generar sus propias soluciones. Cuando los terapeutas se mantienen neutrales quedan exentos de los rótulos de “*buenos*” o “*malos*”. Todos los terapeutas enfrentan estos rótulos cuando trabajan con una familia. Si los puede convertir en proceso, decimos que ese terapeuta es neutral. Para lograr esto el grupo Milán excluyó el uso del verbo ser, este ejercicio alteró la forma de pensar y obligó a pensar en forma relacional (Boscolo, et al. 1987).

Durante la práctica clínica nos encontramos con varias dificultades concernientes a la neutralidad, cuando el terapeuta se plantea modificar la estructura familiar, sus creencias, patrones, jerarquía, y/o demás cualidades, está actuando de acuerdo a una idea preconcebida de lo que debe ser, sobre cómo debe ser esa familia, esta postura puede llevar al terapeuta a un problema ético, ya que lo que para el terapeuta resulta adecuado puede significar el caos para la familia. Para ejemplificar esto, expongo el caso del Sr. Gómez de 61 años, quien solicitó el servicio para tratar una depresión. El terapeuta insistía que su problema radicaba en las dificultades con su pareja, llegando incluso a plantear la separación como una posible solución. El equipo terapéutico observó como las ideas del terapeuta acerca de lo que el Sr. Gómez debía hacer estaban debilitando la relación terapeuta-paciente, convirtiendo el proceso terapéutico en un espacio de convencimiento. El terapeuta logró identificar a través de la participación del equipo que sus necesidades y prejuicios no correspondían a los del paciente, lo cual lo llevó a revisar continuamente sus ideas sobre el caso.

Este aspecto es contemplado en el código ético del psicólogo cuando se refiere a la relación de autoridad que puede ejercerse en la relación terapeuta-paciente (SMP,2002):

Art. 70. Dado que los juicios y acciones profesionales y científicos pueden afectar la vida de sus pacientes o clientes, estudiantes, ayudantes de investigación, participantes en investigación, empleados u otros con quienes trabaje, se mantiene alerta y en guardia contra factores personales, financieros, sociales, organizacionales, o políticos que puedan conducir al uso indebido de su influencia (p.71).

En el caso del Sr. Gómez y en otros casos se ejemplifica una de las ventajas de contar con equipo terapéutico. Sin embargo, también el uso del equipo puede implicar una serie de cuestiones éticas. Por ejemplo, se considera en el código la importancia de informar a los pacientes en caso de que el tratamiento se desarrolle bajo supervisión (SMP, 2002):

Art. 99. En la relación terapéutica, el psicólogo discute con sus clientes o pacientes, tan oportunamente como sea posible, asuntos apropiados, tales como la naturaleza y curso anticipado de sus intervenciones, sus emolumentos y confidencialidad. Cuando el trabajo del psicólogo con pacientes o clientes se haga bajo supervisión, la discusión anterior incluirá ese hecho, y el nombre del supervisor, cuando éste tenga la responsabilidad del caso. Cuando el terapeuta sea estudiante, también se informa de ese hecho al cliente o paciente. (p.78).

Cuando los terapeutas que formaban parte de la residencia contactaban por primera vez a los pacientes por vía telefónica informaban de la modalidad de trabajo, del uso de equipo terapéutico y de supervisores, así como el hecho de que las sesiones eran video grabadas, este último aspecto también es tratado por el código ético en el artículo 121 que indica que “el psicólogo obtiene permiso de los pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas” (SMP, 2002, p.79).

En los diferentes escenarios donde se desarrolló el programa de residencia se manejó un formato que los pacientes debían leer y firmar en caso de que estuvieran de acuerdo en que se videograban las sesiones. Este formato debía ser presentado antes de empezar a grabar y antes de que se realizara cualquier tipo de intervención. Sin embargo, ¿qué sucede cuando las personas quieren el servicio pero no desean ser grabadas? Dado que en el programa de maestría los terapeutas necesitan contar con un cierto número de sesiones grabadas, se les explicaba a los pacientes la forma de trabajo y en el caso de que no estuvieran de acuerdo se les canalizaba.

Por otro lado, la confidencialidad es un aspecto que no podemos pasar por alto. El código ético sugiere lo siguiente (SMP, 2002):

Art. 132. El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecer por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto (p. 86).

Durante las prácticas profesionales solamente en una ocasión se nos presentó un problema de este tipo, una de las terapeutas conocía a una de las personas que solicitó el servicio, a pesar de que el paciente desconocía la presencia de la terapeuta, ya que se encontraba detrás del espejo, el equipo decidió pedirle a la terapeuta que no asistiera a las sesiones pues ponía en riesgo la confianza y credibilidad sobre la confidencialidad del servicio, dándose la posibilidad de que se creara un problema si el paciente se percataba de la presencia de la terapeuta.

El hecho de no poder observar quién está detrás del espejo, puede plantear también un problema ético, el paciente tiene el derecho de conocer a las personas con quienes comparte su problema, por tanto en la Clínica de Terapia Familiar, donde se contaba con espejo

unidireccional, se les invitaba a los pacientes a conocer al equipo si así lo deseaban, en la mayoría de los casos no lo hacían, aunque quedaba abierta la posibilidad.

El hablar de ética en el campo de la terapia familiar nos lleva a innumerables situaciones, uno de los cuestionamientos que se suman a la lista es el uso del poder del terapeuta como experto en la materia, así como el uso de técnicas estratégicas. En la práctica profesional se pueden palpar algunos de estos aspectos, como resultado de esta experiencia a continuación, se presentan algunas reflexiones.

Existen varios modelos en terapia familiar que asumen que el terapeuta debe trabajar siendo conciente de su influencia en el sistema familiar y que además de ello debe utilizar este poder para provocar el cambio en beneficio de la familia.

La terapia estratégica es un ejemplo de esta forma de pensamiento, cuando Haley (1973, p.7) define este tipo de terapia dice “la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente”.

La terapia estructural también se basa en un modelo en el que el papel del terapeuta consiste en ser un agente modificador en las estructuras familiares, Minuchin (1974) dice lo siguiente:

El marco de referencia del terapeuta es la terapia estructural de familia, un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en un contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo (p. 20).

En esta definición el autor habla del papel activo y transformador del terapeuta, para ello, el modelo estructural nos dota de una serie de técnicas para intervenir en el síntoma, en la estructura y en la realidad familiar. Asimismo, Haley (1973) nos provee de técnicas para actuar estratégicamente sobre los problemas.

La terapia estratégica y la estructural no son las únicas en promover el uso del poder en la terapia, aquí debemos incluir otras, como la terapia breve centrada en problemas, la cual nos proporciona una serie de tácticas para el cambio, que se enfocan en modificar el intento de solución que ha sido utilizado sin resultados por el paciente, para lograr esto el terapeuta debe actuar estratégicamente sobre la resistencia del paciente y hacer todo lo necesario para no perder su capacidad de maniobra, por lo que tendrá que controlar y manipular a través de prescripciones y el uso del lenguaje. Fish, Weakland y Segal (1982) representantes de este modelo dicen lo siguiente:

Puede parecer frío y calculador hablar de controlar el proceso de tratamiento, pero creemos que por poco que se reflexione sobre la cuestión resulta evidente que el cliente no se haya en posición de saber cuál es la mejor forma de enfocar su problema. Como consecuencia casi todas las terapias apelan a tácticas que conceden al terapeuta el adecuado control del curso del tratamiento. No se trata de defender el arbitrario propósito de controlar por controlar por el contrario es algo éticamente coherente con nuestra opinión que la dirección del tratamiento constituye una responsabilidad intrínseca del terapeuta y que si éste abdica de tal responsabilidad provoca un perjuicio al paciente (p.40).

Estos autores no sólo nos hablan de la importancia de que el terapeuta tome el control del tratamiento sino también del riesgo que puede significar el no tomarlo. Suponen que el terapeuta que no es conciente de esto estará más propenso a cometer errores en el transcurso del tratamiento.

La escuela de Milán representada por Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, también hacen hincapié en el uso del poder del terapeuta en beneficio de la familia. Dado que ellos observaron que el comportamiento del terapeuta provocaba reacciones entre los miembros de la familia, hicieron uso del equipo terapéutico y del terapeuta para romper el juego familiar, por lo que el terapeuta conversaba minutos antes con el equipo para desarrollar una intervención estratégica. Desde luego que los comentarios y estrategias planeadas y utilizadas no eran del conocimiento de los pacientes. La tarea del equipo y del terapeuta era romper las reglas del juego familiar por lo que la terapia se convertía en una especie de guerra contra la homeostasis familiar, con una artillería de paradojas y prescripciones. Selvini et al. (1978) en su obra *Paradoja y contraparadoja* muestran claramente su concepción al respecto:

Ante todo, los terapeutas deben haber aprendido a jugar lo más fríamente posible, como si lo hicieran en un campeonato de ajedrez, donde de los adversarios, como individuos, se sabe sustancialmente poco o nada. Sólo importa comprender cómo juegan, para regirse en consecuencia (p.45).

Desde luego que ninguna de las escuelas que se han mencionado se creó con alguna mala intención, está claro que todas ellas han mostrado un buen resultado para el tratamiento de diversas problemáticas. Pero bajo un enfoque ético estos modelos se enfrentan a una serie de cuestionamientos.

El código ético (SMP, 2002) dice lo siguiente:

Art. 118. El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación, u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias, sin embargo, generalmente supone que la persona: 1) posee la capacidad para consentir, 2) se le ha proporcionado la información significativa

concerniente al procedimiento, 3) ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y 4) el consentimiento se ha documentado en forma apropiada (p. 82).

En este artículo se propone que el psicólogo informe a sus pacientes de los procedimientos así como en que consistirá la terapia. Muchos de los modelos de terapia familiar requieren del manejo estratégico de la información que proporciona el paciente y del uso de la paradoja. Sin embargo esto puede significar un gran riesgo, sobretodo en el caso de los terapeutas inexpertos o que carecen de la formación en terapia familiar.

Franca-Tarrago (1996) en su libro *Ética para psicólogos* aborda esta problemática y nos dice lo siguiente:

Varias escuelas usan la paradoja y el engaño para movilizar el sistema en el sentido de modificar sus conductas. La mayoría de los terapeutas –en orden a obtener la movilización del sistema- sobrevaloran intencionalmente determinados datos y ocultan otros, interpretan los gestos de manera equívoca o distorsionada, “dan vuelta” las afirmaciones hechas por la familia, etc. ¿No es esto un engaño? Por otro lado, ciertas escuelas usan la prescripción –sin explicación previa- de conductas paradójicas, basadas muchas veces, simplemente en la “intuición” de que pueden ayudar a la movilización del sistema. La obediencia de órdenes sin explicación, la asignación de tareas sin sentido, absurdas o contraproducentes, hace surgir la pregunta de si este ejercicio de poder no está –en algunos casos- basado en la improvisación o en un deseo de “ver qué pasa” sin tener suficiente base empírica como para prever que los resultados serán beneficiosos (p. 225).

Los terapeutas que conocen los modelos y que han podido palpar la eficacia de sus procedimientos podrán argumentar de diversas maneras este planteamiento, pero lo cierto es que el uso del poder y de las técnicas deberá ser siempre visualizado a través de la ética profesional.

La revisión continua a través de los lentes de la ética permitirá la evolución de la terapia familiar hacia modelos que permitan cuidar todo aspecto que comprometa el bienestar de nuestros pacientes. Quizás las terapias postmodernas están ya, marcando nuevos parámetros éticos, cuestionando el uso del poder del terapeuta y el uso de sus técnicas. Sin embargo, aún queda mucho camino por andar.

PARTE IV

CONSIDERACIONES FINALES

Como parte de las reflexiones y consideraciones finales a continuación se resumen las habilidades y competencias adquiridas durante la residencia, así como la incidencia del terapeuta familiar en el campo psicosocial. También se presenta un análisis del sistema terapéutico total, reflexiones y análisis de la experiencia y las implicaciones de ésta en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Las habilidades y competencias profesionales adquiridas en la residencia pueden ser resumidas de la siguiente manera:

- 1) **Habilidades Clínicas Terapéuticas:** Una vez adquiridos los conocimientos y conceptos teóricos y metodológicos de los diferentes modelos de terapia familiar, se desarrollaron en el campo clínico de forma práctica las habilidades terapéuticas tales como: entrevista sistémica, detección de problema y queja, establecimiento de objetivos terapéuticos, desarrollo de hipótesis sistémicas y de líneas de intervención, selección y aplicación de modelos y sus propias técnicas terapéuticas. Evaluación del proceso y seguimiento. Elaboración de expedientes y análisis de casos.
- 2) **Habilidades de Investigación:** Se llevaron a cabo dos investigaciones en las que se desarrollaron las siguientes habilidades: Recolección, análisis e integración de información bibliográfica, manejo de las metodologías cuantitativa y cualitativa, selección de muestras y aplicación de instrumentos de evaluación, análisis de datos y elaboración de reportes de investigación.
- 3) **Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento:** Uno de los objetivos a cumplir dentro de la residencia fue el difundir el trabajo realizado en foros académicos, así como participar en programas y proyectos de salud comunitaria a través de la prevención. Por lo cual se desarrollaron habilidades como planeación y

desarrollo de cursos y conferencias a diferentes grupos, principalmente padres de familia. Exposición de las investigaciones y trabajo realizado en coloquios y congresos. También se elaboraron productos tecnológicos como manuales y videos como un aporte de material didáctico a la comunidad de terapeutas.

- 4) **Habilidades de Compromiso Ético y Profesional:** En todo momento se posibilitó la reflexión y análisis de las cuestiones éticas que surgieron en el ámbito clínico y profesional, generando un compromiso con los pacientes y equipos terapéuticos.

4.2 Incidencia en el campo psicosocial.

La inserción del terapeuta familiar dentro de instituciones así como en el ámbito de la clínica privada es hoy en día una necesidad para satisfacer las demandas de la sociedad mexicana. Actualmente que no es suficiente aventurarse a la práctica clínica únicamente con los elementos que proveen los programas de licenciatura, se requiere de la especialización y/o de una continua actualización para poder contar con las competencias necesarias que permitan generar mayores posibilidades de cambio en nuestros pacientes. El terapeuta familiar puede incidir en una gran variedad de contextos tales como instituciones de salud pública y privada, en instituciones educativas, tanto para la atención de casos en el ámbito escolar, como en la impartición de cursos y en la formación de profesionales de la salud. También es posible integrar al terapeuta familiar a otros ámbitos tales como grupos de apoyo, asociaciones dedicadas a la atención de sectores vulnerables de la sociedad, así como agencias gubernamentales relacionadas con la impartición de justicia.

La posibilidad de incidencia en el campo psicosocial es muy amplia ya que el terapeuta familiar sistémico puede insertarse en cualquier grupo u organización, puede intervenir en cualquier sistema o subsistema que lo requiera, tales como: hospitales, escuelas, organizaciones sociales, asociaciones civiles, organismos públicos, agencias de ministerio público, reclusorios, empresas e industrias, entre muchos otros.

Por último, no podemos olvidar la importancia del terapeuta familiar como investigador de las problemáticas psicosociales existentes, a través de la investigación y su difusión se podrá ampliar el campo de acción, así como el conocimiento.

4.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total.

Las prácticas profesionales en la residencia en terapia familiar y la rotación en cada uno de los escenarios representaron una constante adaptación por parte del equipo terapéutico a nuevas condiciones de trabajo. En las instalaciones en las que se contaba con espejo unidireccional, así como con intercomunicadores, el equipo podía intervenir en la sesión haciendo una llamada al terapeuta, quien después de escuchar las sugerencias del supervisor introducía las ideas del equipo a la sesión. Estos cambios de contexto fueron importantes ya que en las instalaciones en donde carecíamos de estos elementos el supervisor planteaba sus ideas en un pizarrón colocado a espaldas de la familia y que el terapeuta podía leer a distancia. El hecho de que no hubiera espejo unidireccional limitaba las opiniones dado que el equipo tenía que mantenerse en silencio. Sin embargo, favoreció al uso de otros enfoques teóricos como lo es el equipo reflexivo y la terapia colaborativa.

Por otro lado, en el tercer semestre contamos con un equipo de observadores conformado por cinco terapeutas de primer semestre, quienes aún no atendían pacientes, pero iniciaban su incursión en la dinámica de la supervisión a través de la observación del desempeño del equipo terapéutico.

De tal manera que estamos hablando de cinco sistemas interactuando. El equipo de supervisión – el equipo terapéutico – el equipo de observadores – el terapeuta – la familia. El proceso fue vivido por cada uno de los miembros de estos sistemas como una experiencia de aprendizaje que brindó la posibilidad de una nueva visión y vivencia sobre la terapia. Para comprender mejor como fue esta experiencia en cada uno de estos sistemas, a continuación expongo algunas de las reflexiones de los terapeutas de la residencia sobre aspectos tales como la presencia del equipo, el trabajo de supervisión y las condiciones de trabajo. Estas reflexiones se generaron al final del curso:

LOS TERAPEUTAS

G: *“El uso del intercomunicador fue algo productivo y una ayuda para guiar el trabajo. Esto te crea la habilidad de escuchar varias voces, hacer síntesis. Hay mensajes que recuerdas más, aquellos que tienen que ver contigo, con tu forma de pensar. Cuando no crees en el mensaje entonces no llega igual a la familia. Fue importante el compromiso del equipo y los observadores, así como la supervisión. Aprendí nuevos estilos, también son productivos los comentarios sobre mi trabajo como terapeuta, esto me permite ir mejorando. El apropiarte del proceso de supervisión genera más seguridad, me siento respaldada más que observada. Del equipo siento un gran apoyo y no críticas, es muy enriquecedor conversar sobre los casos”.*

F: *“La supervisión fue una gran experiencia. Con respecto a los observadores yo no me sentí nervioso, me emocionaba, me gustó la convivencia, fue muy rico el tener un equipo de 10 personas. En cuanto a la supervisión, me gustó el acoplamiento que hubo entre las supervisoras y el hecho de que respetaran los tiempos de cada terapeuta. He aprendido a escuchar a las personas que vienen a consulta, me he permitido dejarme guiar por ellos, mirando sus recursos. El observar el trabajo de los demás terapeutas me ayudó a conocer otros estilos, lo cual ha sido muy provechoso, me gusta ver a los demás ya que esto enriquece”.*

A: *“Con respecto a los observadores, cuando yo estuve trabajando como terapeuta me sentí muy cómoda, hubo compatibilidad, fue un gran equipo puesto que cada uno contaba con sus propias experiencias, las cuales se complementaban para crear nuevas ideas. Aprendí que los pacientes requieren cosas distintas de acuerdo a sus necesidades, y nosotros tenemos que adaptarnos a eso. Respecto al uso del intercomunicador, creo que fue de mucha utilidad, el trabajo era más ágil y eficiente. En cuanto a las supervisoras me parece que logran un buen complemento de ideas, ya que tienen una gran capacidad para ver el sistema en su totalidad. Con el equipo me he sentido apoyada y acompañada”.*

G: *“Aprendí a ser paciente, a ser curioso, aprendí a danzar con las familias y ahora me siento más comprometido con ellas. Pude disfrutar el cuidado hacia el terapeuta por parte del equipo de supervisión. Con mi equipo me sentí con la confianza de pedir apoyo. Con los observadores logré sentirme cómodo aunque en un principio fue difícil adaptarme. Para mí el intercomunicador fue como una luz, es una voz que nos indica por donde ir”.*

Boscolo et al. (1987) se refieren al proceso de entrenamiento de la siguiente forma:

En conjunto, la formación ya no se centra en el sistema familiar sino en sistemas más amplios, y sitúa al individuo y la familia dentro de contextos más complejos. A medida que incrementan su experiencia y pericia en el análisis de las pautas de comunicación de las redes por las que deben navegar, los principiantes son capaces de evitar algunos problemas que, al principio, les causaban frustración y desilusión. Adquieren la habilidad de detectar el efecto que provocan sus acciones en otras personas y de calibrar la realimentación proveniente de los sistemas a los que están conectados (p.44).

Tal como lo explican estos autores, el equipo terapéutico aprende a observarse a sí mismo, así como a los sistemas que pertenecen, esto es lo que implica la *Cibernética de Segundo Orden* que permite entender la terapia como la observación de la observación, lo cual representa la observación del propio observador. A continuación se presentan algunas de las reflexiones de los observadores.

LOS OBSERVADORES

P: *“De todos aprendí mucho, cada uno tiene su propio estilo. Aprendí que con calma puedes hacer cambios. Noté que cada uno de los terapeutas se iba liberando. El uso de las metáforas, del humor, el cuestionar las ideas, el equipo reflexivo, el coro griego, me gustó*

la libertad de elegir, de decidir. Cuando llegué aquí pensé que no tenía sentido, pero al ver el trabajo de los terapeutas descubrí la oportunidad que tenía de observar y aprender”.

L: “Me sentí con libertad de hablar, de compartir conocimientos y experiencias, siempre hubo la posibilidad de intercambiar, de dialogar. Ver el trabajo de los terapeutas me dio claves para ver como funciona un equipo terapéutico. Me agradó la libertad que tenían los terapeutas para elegir y seguir sus propias ideas y líneas de trabajo. Esta no fue una forma lineal de conocer”.

L: “Al llegar al grupo me sentí acogida, aceptada, considerando nuestras diferencias, la posibilidad de hablar de nuestras propias historias ayudó a que hubiera más compatibilidad. Cada terapeuta parte de lo que se conecta con él del trabajo terapéutico, la supervisión nos ayuda, porque a veces nos dejamos llevar por nuestros prejuicios o emociones, pero tienes la responsabilidad de danzar con la familia, con sus emociones, no sólo con las tuyas. Lo que observé fue una gran apertura y disposición. Cada terapeuta tiene su propio estilo. De la supervisión aprendí que las visiones pueden ser muy amplias y que uno puede encajonarse en ciertos parámetros y te ayuda a ver que hay muchas cosas que relacionar. Aprendí a llevar esto a mi vida personal. Todo está relacionado”.

V: “Esta experiencia trae muchos cambios a tu forma de ver el trabajo terapéutico. Me gusta la parte de acompañamiento del equipo, que te apoya, que te echa la mano, que no es una amenaza sino un apoyo. Este aprendizaje es muy rico al ver tantos estilos. El equipo de supervisión orienta, apoya y a nosotros como observadores nos incorpora al proceso”.

Al leer las reflexiones de cada uno de los observadores son comunes las siguientes palabras: libertad, acompañamiento, apoyo, diferentes estilos, en su mayoría se refirieron a la supervisión como un espacio de aprendizaje, cabe citar a Harlene Anderson (1997) cuando habla sobre los equipos terapéuticos como sistemas de lenguaje:

Un sistema terapéutico es un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas generan significación. Al igual que los otros sistemas humanos, un sistema

terapéutico no es el producto de una organización social. Los sistemas terapéuticos se forman, y se distinguen como tales, en función de su pertinencia comunicacional. Son producto del dominio lingüístico, y existen sólo en nuestras descripciones, en nuestro lenguaje. Son narrativas que evolucionan en la conversación. Un sistema terapéutico, por lo tanto, desarrolla su propio lenguaje y sentido en función de su organización específica y de su forma específica de disolver, el problema (p.112).

LAS SUPERVISORAS:

El proceso de supervisión es un trabajo que supone varios retos, como lo exponen Desatnik, Franklin y Rubli (2002):

En la formación de terapeutas familiares se requiere reconocer a la supervisión como un proceso complejo en que es necesario reconocer una multiplicidad de visiones acerca de los diferentes niveles implicados: la familia, los terapeutas, los equipos de supervisión y el contexto en el que se incluye la institución en la que están inmersos (p.47).

A continuación las reflexiones de la supervisora María Suárez:

M: “Nosotras como supervisoras nos autoevaluamos a todo momento, el escuchar lo que los terapeutas y observadores opinan nos ayuda a saber como va el proceso. El bienestar lo generamos todos, veo mi parte y cuando escucho la de ustedes me siento muy satisfecha del trabajo. De este lado hay toda una responsabilidad, incluso hay aspectos que quedan velados, tales como atender la lista de espera de los pacientes, organizar los horarios, que todos nos sintamos bien, que todo esté disponible. Entre supervisoras hay un gran apoyo. Hay muchos ojos viendo lo que pasa en la residencia y vamos más allá de este pequeño espacio”.

En su reflexión la Dra. María Suárez destaca la importancia de considerar el sistema más amplio del cual forma parte un sistema terapéutico, en este caso la institución a la que pertenece. Las instituciones crean expectativas sobre los proyectos y programas, el supervisor mira los alcances y repercusiones de la relación continua entre estos dos sistemas. Cuida y responde a las necesidades de cada una de las partes, en la siguiente reflexión, la Mtra. Ofelia Desatnik, nos habla de la importancia de atender todos estos elementos:

O: “La persona del terapeuta no es algo causal, es una preocupación, tiene un sentido teórico y humano, porque si lo cuidamos vemos un mayor potencial en la terapia. Nosotras tenemos un espacio para reflexionar sobre cómo funciona el sistema, es decir, hacemos una supervisión de la supervisión, queremos tomarlo en un sentido realista. Hemos visto disposición, tenacidad, capacidades en cada uno de los terapeutas y los observadores, notamos el manejo de la teoría y la capacidad de observar los sistemas. Durante el trabajo pudimos contar con comentarios que complementaban la supervisión, no superficiales. Hay una preocupación teórica, ahora vemos que los terapeutas son capaces de hacer integraciones. En cuanto al equipo de observadores, hubo una participación pertinente, respetuosa y con iniciativa. Este espacio ha trascendido el programa y las expectativas que se tenían”.

Por último, cabe mencionar las opiniones provenientes de los pacientes, quienes adoptaron la modalidad de equipo terapéutico sin mayor dificultad, algunos incluso en su conversación se refirieron al equipo y al terapeuta como una misma entidad en la que depositaban toda su confianza.

Paciente: Quiero agradecerle a usted (se refiere al terapeuta) y al equipo porque realmente han sido un gran apoyo para mí, gracias porque cuando vine la primera vez estaba desesperada, no encontraba una salida a mi problema, ustedes fueron como una luz que me mostró el camino. Que bueno que existen personas como ustedes ayudando a la gente. Muchas cabezas para entender lo que nos pasa y ayudar a encontrar la solución.

Von Foerster (1981, citado en Boscolo et al. 1987) explica que el observador entra en la descripción de lo observado de manera que la objetividad es absolutamente imposible. De tal forma que si el observador entra en lo observado, no se puede hablar de un sistema observado por separado. Como cualquier observador percibe el mundo a través de la lente de la cultura, familia y lengua, el producto resultante no es algo privado y autónomo, sino una “*comunidad observadora*”. La cibernética de segundo orden conceptualiza la terapia como una unidad la cual contiene al observador y al observado, en el caso de las prácticas profesionales que se desarrollaron en el programa de maestría en terapia familiar, podemos hablar que de este sistema total, supervisor- equipo terapéutico- observadores- terapeuta y familia, se formaba una misma unidad. Boscolo, et al. (1987) proponen concebir la terapia como una unidad, más que un sistema, invirtiendo la idea de que el sistema crea al problema por la de que el problema crea al sistema, es decir los problemas no existen independientemente de los observadores quienes son los que lo definen. Toda interpretación, idea, razonamiento que evoque una entrevista con la familia será resultado de la visión del observador y de su propia actuación en esta unidad. Por este motivo, es prudente que el observador este pendiente de su propio impacto en la familia y en la unidad en su conjunto.

4.4 Reflexión y análisis de la experiencia.

A lo largo de estos dos años de entrenamiento para el desarrollo de habilidades como terapeutas familiares, se evidencia la evolución en cada una de las partes del Sistema Terapéutico Total. La vivencia de la terapia se transformó en un espacio más responsable y reflexivo. Mientras que dentro del equipo se palpó un mayor respeto hacia la multiplicidad de ideas. Parte importante de esta experiencia fue que durante el desarrollo del programa se impartieron diversas materias sobre teorías y modelos, buscando la coherencia con la práctica.

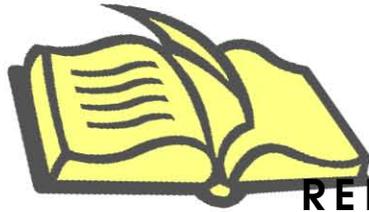
Observar la transformación en cada uno de los terapeutas en formación así como la propia, invita a la reflexión sobre los procesos dentro de los equipos terapéuticos y de supervisión, así como en el desempeño de cada una de nuestras facetas como personas, terapeutas,

compañeros, alumnos, observadores y observados. En este proceso pudimos pasar por estos y otros roles lo cual, nos lleva a una comprensión más amplia de lo que es la terapia, de lo que es un sistema y de lo que implica la cibernética de segundo orden. La experiencia de formación en terapia familiar te lleva al autoanálisis y autoconciencia del quehacer terapéutico en toda su amplitud.

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

La forma en que fue diseñado el programa de la residencia en terapia familiar sistémica obliga a la reflexión del quehacer y ser del terapeuta, en todo momento su persona está en constante transformación, en el proceso se recrea y reconstruye su criterio y todo concepto que tenga sobre la realidad. Ésta es una de las enseñanzas más importantes de este curso, el entender que siempre hay algo más, el conocimiento no está acabado, este se crea y transforma a cada instante. El terapeuta no sólo es aquel que se encuentra a una hora determinada con su paciente, es también un individuo que pertenece a una familia, a un grupo social, a una sociedad. Es un ser humano, tratando de entender la complejidad de sí mismo y de otros. Es padre, hijo, alumno, maestro, compañero, esposo, amigo, profesionista, empleado, hermano y en ocasiones también es paciente. El terapeuta también siente y vive cada una de las etapas del ciclo de la vida, y por más que lo intente, nunca podrá ser experto en la mente o en el comportamiento humano, tendrá que conformarse con escuchar, entender y construir nuevas historias.

Haber tenido la posibilidad de vivir la experiencia de ser parte de un equipo terapéutico significó ampliar no sólo el conocimiento teórico sino también el conocimiento sobre nuestra persona, nuestras limitaciones y virtudes, lo cual brinda mayores recursos y herramientas para hacer un mejor papel en el campo clínico teniendo en mente que el proceso de desarrollo personal y profesional es interminable y requiere de su cuidado y tiempo.



REFERENCIAS

- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar: Un enfoque Interaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenzon, S; Medina-Mora, M; & Villatorio, J. (1999). *Encuestas en estudiantes*. México: Secretaría de Salud, 61-64.
- Bergman, J. (1987). *Pescando barracudas*. Barcelona: Paidós.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Bonino, L. (2003). *Varones y abuso domestico*. Madrid: AEN.
- Boscolo, L; Cecchin, G; Hoffman, L; & Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Caraveo-Anduaga, J; Colmenares, E; & Saldívar, G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 22, 62-67.
- Cecchin, G. (1987). Nueva vista a la hipotetización, la circularidad y a la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*, 26 (4), 9-17.
- Cecchin, G; Lane, G; & Ray, W. (1992). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.

- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Desatnik, O; Franklin, A; & Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15 (1), 47-56.
- De Shazer, S. (1985). *Claves en Psicoterapia Breve. Una Teoría de la Solución*. España: Gedisa.
- Durrant, M; & White, C. (1990). *Terapia del Abuso*. España: Gedisa.
- Eguiluz, L. (2001). *La Teoría Sistémica*. México: UNAM Iztacala.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. España: Gedisa.
- Escobal, D; & Molas. M. (2000). *Manual de conceptos básico sobre violencia familiar*. Uruguay: Creagraf.
- Ferreira, G. (1995). *Hombres violentos y Mujeres Maltratadas*. Buenos Aires: Sudamerica.
- Fisch, R; Weakland, J; & Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Franca-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos*. Barcelona: Herder.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Harrsch, C. (1991). *El psicólogo ¿Qué hace?* México: Alhambra Mexicana.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordealia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981). *Los Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). Una Posición Constructivista para la Terapia Familiar. *Psicoterapia y Familia*, 2 (2), 41-53.
- Hooper, C. (1992). *Madres Sobrevivientes al Abuso sexual de sus niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Información. (2003).
- Licea, J; Paquentin, F; & Selicoff, H. (2002). *Voces y más voces*. México: Alinde
- Maldonado, I. (2002). Violencia Familiar en México: Experiencias en su prevención y tratamiento, *Perspectivas Sistémica*, 78 (2), 9-14
- Medina-Mora, M; Borges, G; Lara, M; Benjet, C; Blanco J; Fleiz, C; Villatoro, J; Rojas, E; Zambrano, J; Casanova, L; & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa
- Minuchin, S. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Gedisa
- Moos, R; Moos, B; & Trickett, E. (1995). *Escalas de clima social*. España: TEA.
- Nichols, M; & Schwartz, R. (1998). *Family Therapy: Concepts y methods* E.U.A: Allyn & Bacon.

- Nardone, G; & Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. España: Herder.
- O'Hanlon, W; & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- Papp, P. (1983). *El proceso del Cambio*. Buenos aires: Paidós.
- Peyru, G. & Brusca J. (1992). Los derechos de los pacientes en psicoterapia. *Revista Psicologías en Buenos Aires*, 1 (4), 3-7.
- Perrone, R; & Nannini, M. (1996). *Violencia y abusos Sexuales en la Familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2, 125-284.
- Salgado de Snyder, N; & Díaz-Pérez, M. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, 22, 68-74.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones, (2004).
- Selvini, M; Boscoso, L; Cecchin, G; & Prata, G. (1978). *Paradoja y contraparadoja*. México: Paidós.
- Selvini, M; Boscolo, L; Cecchin, G; & Prata, G. (1990). Hipotetizar-circularidad-neutralidad. *Family Process*, 19 (1), 3-12.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas
- Sluzki, E. (1985). A minimal map of cybernetics. *The Family Therapy Networker*, 9 (1) 26.

Watzlawick, P; Weakland, J; & Fisch, R. (1974). *Cambio*. España: Herder.

Whaley, J. (2001). *Violencia Intrafamiliar. Causas biológicas, psicológicas, comunicaciones e interaccionales*. México: Plaza y Valdés.

White, M., & Epston, D. (1980). *Medios Narrativos para fines Terapéuticos*. España: Paidós.

White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. España: Gedisa.