

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

GRACIELA AVILÉS CRUZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. MA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO.

COMITÉ TUTORIAL: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.

MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

MTRA. SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por darme la oportunidad de un nuevo amanecer para alcanzar mis metas trazadas.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme abierto las puertas y asignarme un lugar y un espacio para mi formación profesional (licenciatura y maestría) me siento orgullosa de ser egresada de ésta honorable institución.

A mis padres

Agradezco a mi padre Jorge Luis Avilés Cruz por su apoyo infinito, por su motivación, por tus consejos, por su rectitud y honestidad, por el cariño y amor y confianza que siempre me has demostrado. Gracias.

Agradezco a mi madre Gloria Cruz Domínguez por su confianza y apoyo incondicional, por tu confianza, por tu ejemplo y temple, por tus palabras de aliento, por ser la mejor de mis amigas y por ese gran amor demostrado cotidianamente. Gracias.

A ambos por los valores inculcados de responsabilidad, superación, compromiso, respeto, de unión familiar. Gracias por acompañarme ante las adversidades y en los momentos de éxitos, por la motivación y apoyo para seguirme superando. Gracias

En especial a la Mtra. Ma. Rosario Espinosa Salcido por su apoyo, conocimiento, paciencia y por su profesionalismo para culminar con éste objetivo. Gracias.

Agradezco a mis compañeros de formación por haber compartido ésta experiencia inolvidable de aprendiza, trabajo y compromiso, asimismo por haber compartido su experiencia personal y familiar con una gran hermandad, gracias Laura, Rosi, José Luis y Martín, ya que cada uno contribuyó de forma especial para que éste espacio fuera enriquecedor. De igual forma gracias Lucina, Clara y Juanita.

DEDICATORIA

A mis padres:

Como muestra de mi gran amor les participo de éste objetivo alcanzado ya que también es suyo por el gran equipo familiar. Con su apoyo otro de mis sueños se hace posible.

A Hermanos y cuñadas:

A cada uno de ustedes por que de alguna forma directa e indirecta fueron parte de mi motivación para alcanzar otra meta. Y porque durante éste proceso me sentí acompañada por todos ustedes.

Sobrinos (as)

Este logro se lo dedico a todos mis sobrinos por que su presencia es una motivación para seguir creando, seguir buscando proyectos y desafíos, que les beneficien y les sirva de estímulo en el futuro.

Con mucho cariño, admiración y respeto para la supervisora Carolina Rodríguez que con su ejemplo en el trabajo terapéutico y temple personal trazó un sendero en mi aprendizaje.

A Amigos: Ismael Díaz, Francisco Javier Robles, Lorena Ramos, Brenda Carballo, Martín González, Ligia Rocha. Por su amistad, cariño y apoyo que son invaluable, asimismo por lo compartido con cada uno de ustedes en lo laboral, personal y familiar.

Gilberto te dedico este logro y agradezco tu gran apoyo en diferentes momentos de mi vida. Gracias por tu comprensión y amistad incondicional.

David R.E: por tu ejemplo de lucha aún en las circunstancias más adversas, valoro tus consejos y motivación. Gracias por tu amistad incondicional y por compartir conmigo la respuesta a ¿Qué es lo más importante?

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

ALUMNOS DE LA PRIMERA GENERACIÓN

GENERACIÓN 2001 - 2003

AVILES CRUZ GRACIELA

BENGOA GONZÁLEZ JUANA

GARCÍA LEDESMA ROSA ISABEL

GARCÍA SOTO GABRIELA EMMA

GONZÁLEZ ORTEGA MARTÍN

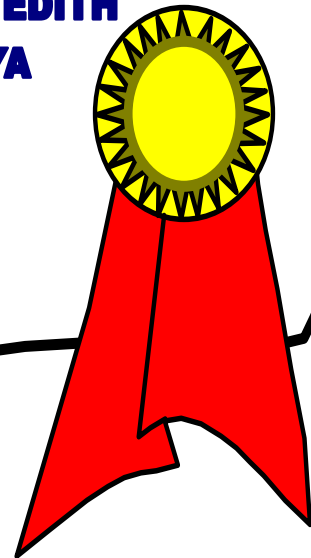
JIMÉNEZ VEGA LUCINA

MARTÍNEZ JUÁREZ CLARA EDITH

NÁJERA CASTAÑO JOSÉ LUIS

PÉREZ LABORDE LAURA EDITH

SALAS ORTIZ MIREYA



ÍNDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	1
1.1. Características del campo psicosocial.	1
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	3
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	7
2. Caracterización de la entidad académica, sedes y escenarios clínico.	9
2.1. Descripción de los escenarios.	9
2.2. Análisis sistémico de las sedes.	11
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenario del trabajo clínico.	15
	17
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
1. Análisis teórico conceptual del marco epistemológico que sustenta el trabajo clínico.	17
1.1. Análisis teóricos conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	17
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	30
a) Modelos Sistémicos	
Modelo Estructural.	30
Modelo Estratégico.	35
Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas.	39
Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones.	41
Modelo de la escuela de Milán.	44
	48
b) Enfoques Posmodernos.	
Terapia Narrativa.	49
Equipo Reflexivo.	54
Enfoque Colaborativo.	58

CAPITULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	62
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	62
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	62
1.2. Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención clínica.	83
1.3. Análisis del sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas.	89
2. Habilidades de investigación.	93
2.1. Reporte de la investigación con metodología Cuantitativa y Cualitativa.	93
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento.	99
3.1. Elaboración de productos tecnológicos (videos y manuales)	99
3.2. Programas de intervención comunitaria.	101
3.3. Presentación de ponencias en foros académicos.	104
3.4. Asistencia a foros académicos (congresos, cursos, talleres).	104
4. LA ÉTICA EN EL TRABAJO CLÍNICO.	110
4.1. Integración de las consideraciones éticas que emergieron de la practica profesional.	110
CAPITULO IV. CONSIDERACIONES FINALES.	114
REFERENCIAS.	117
ANEXOS	124

CAPITULO UNO INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

1.1. Características del campo psicosocial.

A lo largo de la historia, México al igual que otros países no se exentan de la influencia de los sucesos internacionales como las guerras, bloqueos económicos a países con gobiernos antidemocráticos o con ideas diferentes a la globalización, a los tratados económicos (TLC) que contribuyen a la desigualdad económica y social entre los países participantes, el continuo endeudamiento de países tercermundistas, la falta de inversión extranjera e incluso el avance científico y tecnológico de los países considerados como de primer mundo.

Todos estos acontecimientos contribuyen a los problemas nacionales que enfrentamos desde hace más de tres décadas; la marginación, falta de fuentes de trabajo o bajos salarios, pobreza extrema, acceso limitado a los servicios de salud, en lo referente a la educación: reducción en matriculas, recursos económicos limitados en investigación, bajo nivel académico y deserción escolar. Finalmente el panorama nos conduce a hablar de crisis, misma que se ve reflejada en diferentes ámbitos, a decir; en la política, la economía, inseguridad social, en la cultura, el medio ambiente, la familia y el individuo. (Plan General de Desarrollo del D.F. 2001 - 2006).

Ante tal panorama, el Gobierno Federal al inicio del 2000 se vio en la necesidad de formalizar programas sociales como estrategia para mitigar el deterioro de las condiciones de vida en millones de personas, para ello al inicio del sexenio se propuso el programa "Progresá" cuyo objetivo era lograr que las familias más pobres pudieran desarrollar sus potencialidades y aprovechar al máximo las oportunidades sociales, económicas y culturales. (Ulloa, 1997 citado en Programa de Residencia de Terapia Familiar Sistémica, UNAM, 2001). Pero es evidente que no puede haber personas sanas en condiciones de escasez extrema; por ello salen a la luz otros programas a mitad del sexenio como son; programa de vivienda, programa de becas para nivel de instrucción básica (primaria y secundaria), programa de seguro gratuito mayor número de población con derecho a la atención médica y programa de apoyo económico a tercera edad, madres solteras y discapacitados. Es indudable que los programas gubernamentales son limitados e insuficientes y los resultados no son del todo satisfactorios ya que se estima que el 60% de la población se encuentra en la miseria o pobreza extrema (Robles, 2000, citado en, Programa de Residencia de Terapia Familiar Sistémica, UNAM, 2001).

Existen infinidad de problemas derivados de la pobreza extrema, de la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud y educación que invariablemente tendrán un impacto en la unidad básica de la sociedad que es la familia, en su estructura, organización y relaciones, llevando a contextos como; el incremento de la criminalidad, la emigración forzada, la desintegración familiar, la violencia familiar, alcoholismo, consumo de drogas,

reprobación y deserción escolar, suicidios, depresión, secuestros, entre otros, esto conduce a reconsiderar el factor psicológico como uno de los elementos de la vida familiar y social, y por ende en el abordaje profesional desde diferentes perspectivas. (García, 2003).

Al respecto el INEGI (2000) refiere que el ámbito familiar se constituye como un objeto de estudio, a la vez que presenta una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos; ya que en la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad, comprensión, sentimientos, problemas, conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y sexos, entre otros aspectos.

En México (INEGI, 2002), las funciones que la familia desempeña se han visto modificadas considerablemente en un periodo relativamente corto, la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles frente a las crisis económicas, sociales, personales y de pareja, que han llevado a institucionalizar o legalizar aspectos que antes eran considerados del ámbito privado, y que pasaron a ser del ámbito público, por ejemplo, actos de violencia familiar, divorcios, maltrato infantil como derivación de los cambios económicos, demográficos, sociales, políticos y legales.

La familia ha tenido que adaptarse a modalidades de conformación y organización, adoptando estrategias tanto en su interior como al exterior para mitigar el impacto del desempleo y salarios bajos, es decir, la participación económica de los miembros del hogar, hijos que trabajan a temprana edad, la participación laboral de la mujer que en algunos casos contribuye de manera importante a la obtención de los ingresos para el sostenimiento del hogar. Y al exterior, el refuerzo de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de apoyo entre familias. (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, UNAM FESI, 2001, p.4-5).

Los cambios de la familia se pueden observar (INEGI, 2004) en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, así como en las relaciones de parentesco y finalmente en los diferentes tipos de hogares familiares, en donde probablemente se pueda apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales. Pero también se puede apreciar la vulnerabilidad y las fuentes de tensión dentro del sistema familiar, por ejemplo, la dificultad para la reasignación de roles y funciones entre los sexos, o la sobre carga de responsabilidades hacia las mujeres cuando se presenta la desintegración familiar, entre otros.

Todos los problemas identificados dentro y fuera de la familia han sido estudiados por diferentes profesionales (antropólogos, sociólogos, médicos) desde la psicología, se han abordado desde diferentes corrientes filosóficas (psicoanalítica, conductual, humanista) Por su parte las instituciones de salud públicas o privadas han derivado estrategias de prevención, intervención y rehabilitación. Pero con una visión lineal, es decir, desde el marco de referencia del positivismo (causalidad lineal) visión parcial y fragmentada del individuo, en donde se trabaja con un abordaje de premisas rígidas y de corto alcance.

Es clara la necesidad de generar programas de formación para profesionales altamente capacitados en los problemas familiares con el propósito de desarrollar habilidades y competencias clínicas desde perspectivas que tomen en cuenta a la persona en interacción en su contexto familiar y social, así como que generen la comprensión de significados que estén asociados a las relaciones familiares, a su problemática pero sobre todo enfocándose en sus recursos, desde una visión circular y con la posibilidad de proporcionar tratamiento a un mayor número de personas.

En ese sentido, la UNAM ha incorporado el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, la Residencia en Terapia Familiar Sistémica que se imparte en dos entidades académicas: Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI)

1.2. Principales problemas que presentan las familias.

Los seres humanos estamos influidos por el contexto psicosocial al que pertenecemos de forma integral en el desarrollo físico, psicológico, social, cultura y económico, por lo mismo, lo psicosocial puede ser un elemento facilitador u obstaculizador de las potencialidades de desarrollo de las personas en diversas áreas.

Concretamente se puede ver que en nuestro país el papel del contexto psicosocial funciona como limitante, ya que se exhibe que el 60% de la población se encuentra en condiciones de extrema pobreza. Situación que conlleva a problemas más específicos en el ámbito social y familiar como son: el desempleo o bajos salarios, situación que contribuyen a un alto grado de estrés y conflictos en los hogares al no poderse cubrir las necesidades básicas de los integrantes de la familia; violencia intrafamiliar, depresión, divorcios, incremento en el uso de sustancias adictivas, alcoholismo, suicidios, inseguridad por secuestro y robo, bajo rendimiento escolar y laboral, deserción escolar, reprobación, trastornos psicosomáticos y de alimentación, entre otros.

Cuando las personas llegan a tener un deterioro en sus condiciones de vida, “hacen” o “dejan de hacer” conductas, que desde la perspectiva de los otros integrantes de la familia “deberían hacer”, y cada uno espera del otro conductas, pensamientos y emociones que son dictados por los mandatos sociales. Cuando uno o varios integrantes de la familia no cubren con las expectativas, se crea una preocupación o un problema, y las personas buscan ayuda cuando la situación esta al límite o es insostenible. Entonces se hace necesaria la intervención de diversas disciplinas que incidan desde su campo de competencia, tal es el caso de la psicología y en particular de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

Entre los principales problemas que se identificaron en las familias atendidas en los tres escenarios clínicos en donde se brindó el servicio de terapia familiar encontramos:

Cuadro 1. Problemáticas atendidas en los escenarios clínicos.

❖ Violencia intrafamiliar.	❖ Anorexia.
❖ Maltrato infantil	❖ Trastornos psicosomáticos
❖ Depresión	❖ Problemas de alcoholismo.
❖ Intentos e ideación suicida	❖ Conflictos de pareja (infidelidad)
❖ Reprobación y deserción escolar.	❖ Insomnio, entre otros

La violencia ha sido una de las características de la vida familiar desde tiempos remotos, solo recientemente comienza a concientizarse como fenómeno grave que daña la salud y el tejido social. La familia dejó de ser un lugar privado infranqueable, sujeto a las decisiones internas y a la autoridad de quien la “gobierna” (frecuentemente el hombre), para pasar a ser del interés público (social y legal). Al respecto Espinoza (2004) refiere que el 50% de los hogares del país viven violencia familiar (emocional, física, sexual y económica e institucional) y como principales víctimas, las mujeres y niños. La violencia que se ejerce contra la mujer no distingue grupos socioeconómicos, edad, regiones geográficas o niveles educativos; se observa en las calles, en el ámbito laboral, escuela, instituciones de justicia y más aun en el seno familiar.

La violencia seguirá siendo un tema de preocupación nacional, a pesar de los esfuerzos que se han hecho en el ámbito legislativo. En 1995, organismos no gubernamentales, grupos de mujeres, funcionarios públicos y legisladores elaboraron un paquete legislativo para impulsar reformas al Código Penal y al Código Civil, para crear una ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar para el Distrito Federal. Fue aprobada el 26 de abril de 1996 en el Pleno de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, y reformada el 25 de junio de 1998, versión que hasta el momento sigue vigente. (Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar para el distrito federal, 1988).

La violencia intrafamiliar es un fenómeno de gran preocupación, y en 1993 tomó espacio en las agendas internacionales. La Organización de las Naciones Unidas emitió la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer y un año más tarde se suscribió la Convención de Belem do Para – Convención interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. En la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, la violencia, ocupó uno de los lugares centrales de la discusión. La Conferencia Mundial sobre la Mujer en Viena, junto con otras reuniones auspiciadas por la ONU, han sido importantes para la ratificación de Tratados y Convenciones en México que han promovido avances en la legislación Nacional y en programas derivados. (Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, Maraco Jurídico Internacional, 1996).

Por otro lado el maltrato infantil es otra de las manifestaciones de la violencia familiar, de acuerdo a los datos del sistema nacional del Desarrollo Integral de la Familia, DIF, (2003) se reportaron 28,498 niños maltratados con diferentes grados de severidad. Cada año miles de niños son atendidos en los hospitales víctimas de maltrato por parte de sus padres, cuidadores o algún otro familiar. Muchas veces, la violencia hacia los niños y niñas no se considera como tal, por que se cree que los golpes, gritos, y amenazas son una forma “necesaria” de “corregir” o “educar”. Asimismo frente a situaciones de inestabilidad en el grupo familiar, muchas veces la primera víctima suele ser el niño; al respecto INEGI (2003) expone el porcentaje de caso comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil que es del 56.5%, y que de las mismas, el 96% fueron del sexo femenino. Los factores de riesgo para que se produzca una situación de maltrato dentro de una familia están referidos tanto a la estructura como al funcionamiento y a la dinámica de la misma.

Otro fenómeno considerado de salud pública que va en incremento es la depresión, misma que es considerada un trastorno psíquico y una enfermedad mental, recurrente, que se manifiesta con una alteración del estado de ánimo, con ideas de muerte e incluso intentos de suicidio. Se le considera uno de los problemas psicológicos más comunes. Las personas con depresión experimentan algún grado de alteración en sus actividades laborales, sociales y familiares; presentan problemas colaterales como enfermedades psicosomáticas, alcoholismo o abuso de sustancias tóxicas; incurren en bajo rendimiento laboral o escolar; cometen accidentes que se tornan como riesgo suicida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000, alrededor de 400 millones de personas en el mundo sufren de algún trastorno mental o algún problema psicosocial. Se estima que en el mundo hay 340 millones de personas con depresión y las proyecciones para el año 2020, muestran que los trastornos psicológicos, psiquiátricos y neurológicos podrían incrementarse en todo el mundo de 10.5% de carga total de discapacidad a cerca del 15%, siendo un incremento de mayor proporción al esperado en las enfermedades cardiovasculares. La depresión será la primera causa de baja laboral por su altísima prevalencia; Una de cada 20 personas sufrirá al año una depresión y más del 15% de toda la población mundial padecerá un episodio depresivo a lo largo de su vida, de los cuales un 12.7% de los hombres y un 21.3% de las mujeres (INEGI, 2002).

Una de las expresiones máximas de la depresión es el suicidio, y es considerado como otro problema de salud pública. La ideación o intento suicida siempre va acompañado previamente de un episodio de depresión. Al respecto el INEGI (2004) reporta que los intentos de suicidio se han incrementado en un 60%, es una conducta que se ve más frecuente en población joven, entre 15 y 25 años de edad.

Al respecto García (2004) expone que los índices se incrementan día a día y las estimaciones que hace, alertan a profesionales y comunidad en general a actuar de manera inmediata y conjunta; a menudo las personas con desajustes afectivos consideran al suicidio como una salida a la problemática que está viviendo. Entre los factores implicados están: el estrés, sentimientos de impotencia, problemas familiares, económicos, laborales, pérdidas, pensamientos autoderrotistas y padecimientos crónicos degenerativos.

Con respecto al consumo de drogas, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), realizaron un estudio con niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades del país en 1998. se encontró que la proporción de niños que consumen drogas va en aumento con la edad: entre los 6 y 9 años de edad sólo 2% las ha probado, de los 14 y 15 años de edad un 7% y cuando tienen 16 y 17 años la proporción llega al 15%. Los inhalables son las drogas que se consumen antes de los 15 años, los mayores de esa edad siguen usándolos pero preferentemente la marihuana, en tercer lugar esta la cocaína que comienza a consumirse a partir de los 13 años. La drogadicción y la adicción al alcohol son amenazas serias para la familia y la juventud, que de acuerdo con las instituciones contra las Adicciones, más de 20,000 mil jóvenes entre los 12 y 22 años consumen bebidas alcohólicas, y el 38% de ellos lo hacen hasta embriagarse. Aunado a lo anterior destaca el hecho de que la primera causa de muerte entre los jóvenes de 14 y 17 años son los accidentes automovilísticos, y el 50% de éstos están asociados con el alcohol.

Otro problema que se identifica con alta frecuencia es la reprobación y/o deserción escolar, las causas más comunes son entre otras, falta de interés por parte de los padres para enviar a sus hijos a la escuela o para apoyarlos en lo que requieren, problemas familiares, problemas de salud, temas y contenidos no acordes a el interés del alumno y practicas pedagógicas deficientes. La reprobación escolar es considerada como un síntoma que tiene una función en el ámbito social, familiar e individual, misma que tiene que ser analizada dentro del contexto familiar, social y escolar. Es importante que los padres se interesen por este problema, pero sin mostrar reacciones exageradas (rígidas), ya que esto último puede hacer que el problema empeore.(Informe de trabajo anual de la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco UNAM 2002 – 2003).

Los trastornos de la alimentación (Anorexia y Bulimia) fueron otros de los problemas abordados. Anorexia nervosa quiere decir literalmente, falta de alimentación. Aunque frecuentemente se menciona la pérdida del apetito.

La anorexia se presenta principalmente en mujeres jóvenes entre los 11 y los 25 años de edad, aunque no es exclusiva de este rango de edad. Una de las características más frecuentes de este problema es la preocupación excesiva por la figura corporal y un temor muy importante a subir de peso. No es raro que las personas con anorexia se pesen y se midan constantemente y tengan ideas recurrentes sobre su talla, las calorías que contiene la comida, etc. Cabe mencionar que inicialmente no es necesario estar "delgado" para padecer anorexia. (Lara, 1999).

Entre los síntomas más frecuentes Aldreen (2001) describe: ideas obsesivas por tener un peso por debajo del considerado como "peso ideal", percepción del cuerpo en forma distorsionada sintiéndose "gorda" cuando objetivamente no se está, suspensión de la menstruación (amenorrea), disminución progresiva en la ingesta de alimentos, especialmente de alimentos considerados como "peligrosos", se posee baja autoestima y autodevaluación, tristeza y depresión recurrentes, sensación de vacío y de pocos logros, desmotivación e incapacidad de disfrutar de cosas o situaciones placenteras, necesidad por complacer a los demás y ser aceptados, aislamiento y deterioro en las relaciones familiares e interpersonales, disminución en el deseo y la actividad sexual, mala salud física: infecciones respiratorias, mala digestión, dolor de cabeza y espalda, sensación de frío constante, resequedad de la piel, caída del cabello, aparición de vello fino en el cuerpo, pérdida de peso importante, debilidad, dificultad para concentrarse, ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, historia de abuso psicológico, físico o sexual. Es importante mencionar que las personas que padecen de anorexia son personas que sufren en forma importante. Tratan de controlar sus emociones y sus propias reacciones a estas emociones. Una forma no muy eficiente de intentar adaptarse a su entorno es, precisamente, dejando de comer, mostrando "control". Desgraciadamente, un porcentaje alto de personas con Anorexia nervosa (hasta un 20%) que no reciben tratamiento o que reciben un tratamiento inadecuado, pueden terminar perdiendo la vida.

Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida. Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. (Guillén, 2000).

De acuerdo a los problemas mencionados los profesionales de la salud en general y los psicólogos en particular requieren de una capacitación o especialización para el abordaje de la familia que le permita danzar en su dinámica, atender la construcción de significados, es decir, entender que los problemas psicológicos se desarrollan y/o se mantienen dentro del contexto social de la familia, haciendo hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento.

Dentro del ámbito de lo psicológico la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna son una alternativa en la atención a los problemas mencionados, misma que ofrece el beneficio de atender simultáneamente a un mayor número de personas, para contribuir a alcanzar los retos familiares y sociales.

1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

Se considera que el grupo primario y de mayor influencia en el individuo es la familia, ya que desempeña una función importante en el desarrollo psíquico de la persona. A decir, se le puede considerar como un laboratorio en el cual se experimentan las emociones más intensas, agradables y confortantes, pero también se experimentan las vivencias más dolorosas, es un contexto enriquecedor de experiencias significativas para el ser humano.

Dentro del trabajo terapéutico, la familia ha sido abordada desde diferentes posturas psicológicas. Pero a partir de la segunda guerra mundial, se introduce la perspectiva de los sistemas y se empieza a conceptualizar como un sistema abierto, en proceso de transformación, en donde la influencia circular de todos sus miembros es fundamental y significativa, además se le empieza a dar importancia a los subsistemas que la conforman: conyugal, fraterno, parental y a los suprasistemas de los que forma parte: familia extensa, comunidad, instituciones, sistema de creencias.

Al respecto Espinosa y González (1998) refieren que la visión sistémica es una poderosa herramienta ya que estudia al individuo y/o familias en su contexto interaccional, en el aquí y ahora de las personas, se interesa en modificar lo actual considerando que el pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia. Plantean que cualquiera que sea el problema que presente una persona debe ser entendido en su contexto relacionado con otros sistemas más amplios. La familia es el primer sistema amplio que rodea al individuo y por lo tanto ahí se encuentran las posibilidades para el cambio.

Para Sánchez (2000) la Terapia Familiar Sistémica representa una alternativa psicoterapéutica, por que mira al sistema familiar completo, y no al individuo como portador de un problema único, ve a la familia como una totalidad, con estructura, reglas, funciones y subsistemas, mientras que en otros enfoque cargaría con toda la responsabilidad del problema existente. El individuo y la familia en su conjunto están determinados por las reglas de comunicación e interacción aplicables en el sistema, así como por la estructura y por el tipo de relaciones recíprocas que existen entre los miembros de la misma. (Watzlawick, 1984)

Dentro de la terapia familiar se cuenta con otras modalidades terapéuticas que miran al sistema y su papel en la problemática del individuo y al individuo en la problemática del sistema a través de los significados. Estas son las terapias posmodernas que también cuentan con una base filosófica y epistemológica cibernética; su contribución consiste en la comprensión de que hay muchas formas de ver la realidad y de interpretarla, basadas en la diversidad de significados que construimos socialmente, es decir, hay muchas formas de vivir la realidad. Además sus técnicas permiten caminar juntos (terapeuta-familia) abriendo posibilidades desde múltiples visiones.

Actualmente en el terreno clínico es indiscutible la influencia de las Terapias Sistémicas y Posmodernas, incluso necesarias, ya que se presentan como el esquema integrativo y explicativo idóneo que permite concebir a la familia como unidad de análisis y de intervención.

Cabe mencionar que en nuestro medio social y debido a los cambios que en él se gestan, se han acentuado la aparición de nuevas constelaciones familiares con sus respectivos síntomas y/o problemas. Al respecto Turán (1993) refiere que en la actualidad no puede hablarse de un modelo típico de familia, habría que referirse a las familias, ya que no se puede integrar ni entender a éstas bajo una sola dimensión. Lo que es claro es que las diversas transformaciones de índole socioeconómica, cultural y demográfica han contribuido a multiplicar los arreglos familiares y a consolidar las formas nuevas y viejas de organización. Los cambios de las familias se pueden observar en la estructura, ciclo de vida, composición de las familias, relaciones de parentesco, en su flexibilidad y capacidad para regular los procesos intra y extrafamiliares.

Las posturas sistémicas y posmodernas se consideran una alternativa terapéutica para el trabajo con las múltiples familias ya que reconocen la contextualización de la conducta humana y comprenden al individuo en relación con otros. Además cuentan con elementos teórico epistemológico y prácticos para modificar al grupo familiar a través de elementos como: La redefinición, cambiar la percepción que la familia tienen de los problemas, demarcación de límites intra y extrafamiliares, modificación de la jerarquía, fortalecimiento de subsistemas, así como cuestionar la realidad familiar y buscar los lados fuertes de las familias, entre otras estrategias.

Asimismo estas modalidades terapéuticas se caracterizan por ser breves (máximo 10 sesiones), atender a un mayor número de personas con problemas psicológicos diversos, y así contribuir a alcanzar los retos sociales de acuerdo a las múltiples realidades o modelos familiares a los cuales se tienen que adaptar los individuos con el propósito de mitigar las condiciones de vida actuales como la violencia familiar, los problemas ante el divorcio, depresión ante las múltiples pérdidas, bajo rendimiento académico, trastornos en la alimentación por mencionar algunos motivos de consulta durante la formación terapéutica.

En el capítulo dos se explicará con detalle cada uno de los modelos sistémicos y posmodernos, sus representantes, postulados, objetivos y técnicas utilizadas por cada modelo.

2.- Caracterización de la entidad académica, sedes y escenarios clínicos.

En el año 2001 se inicia la formación de terapeutas en Terapia Familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México con el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, considerado dentro del padrón de excelencia de CONACYT. Mismo que se imparte en dos entidades académicas: Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). El objetivo del programa es la profesionalización, por lo que la formación combina asignaturas teóricas, metodológicas y practica clínica supervisada (1600 horas) a lo largo de dos años.

La presencia de los terapeutas familiares dentro del ámbito clínico, escolar y comunitario ha llegado a tener cada vez mayor relevancia, al ir ganando espacios en los cuales poder incidir. Por ello describiré el trabajo terapéutico realizado en los diferentes escenarios clínicos que tiene a su cargo la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, durante dos años de formación.

2.1.Descripción de los escenarios.

Particularmente la Residencia en Terapia Familiar Sistémica en la FES Iztacala cuenta con tres escenarios clínicos, uno de ellos en la entidad académica y dos en sedes externas:

- ❖ **Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, perteneciente a la División de Investigación y Posgrado. Ubicada en el edificio de Endoperiodontología.**
- ❖ **Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE).**
- ❖ **Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCH A).**

En las sedes alternas se llevaron a cabo convenios entre las autoridades de las instituciones y el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, a través de la coordinadora responsable y algunas supervisoras.

Clínica de Terapia Familiar en Iztacala

Ubicada dentro del Campus, en Av. De los Barrios No. 1. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado de México. C. P. 54090. teléfono: 56-23-12-39. La clínica de Terapia Familiar se ubica en la planta alta del edificio de Endoperiodontología. El espacio de la clínica es responsabilidad directa del Posgrado en Psicología y cuenta con la infraestructura apropiada que permite el entrenamiento de los terapeutas en formación en el trabajo clínico.

Como en todo inicio, en agosto del 2001 no se contaba con la infraestructura necesaria para la implementación del Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, sin embargo en febrero del 2002, se insertó dicho programa por un semestre en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Salud Integral de Iztacala (CUSI), haciendo uso provisional de dos cubículos con cámara de Gessell, se contó con cámara de video, micrófono y un altavoz proporcionado por el centro de audiovisual, mismos que se colocaban y se retiraban después de las sesiones terapéuticas.

A partir de agosto del 2002 se asigna y se acondiciona un espacio exclusivo para la Residencia. Dicho logro se debe al trabajo oportuno y profesional de la coordinadora responsable y profesoras participantes en el programa, así como al desempeño mostrado por los estudiantes en formación.

El cubículo cuenta con un espejo de doble visión, con cámara de video, videgrabadora, interfón, teléfonos y televisión, además, tiene sala de espera, sillas movibles para los pacientes y terapeutas. Cabe mencionar que el costo de la terapia por sesión era de \$50 pesos, mismo que se pagaban en la caja de la clínica Universitaria (CUSI) y el recibo se entregaba al terapeuta tratante.

Para la canalización de las familias a terapia, se realizó promoción a través de carteles elaborados por los estudiantes en formación, dirigidos a personal administrativo, docente, alumnos, personal sindicalizado y público en general.

Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco.

Ubicado en Av. Aquiles Serdán, No. 2060 Col. Ex Hacienda El Rosario.
Delegación Azcapotzalco. C.P. 2040. Teléfono: 53-18-55-34.

La Facultad de Estudios Superiores de Iztacala realizó convenio a través de la supervisora Carolina Rodríguez y la coordinadora responsable Ofelia Desatnik con las autoridades del Colegio de Ciencias y Humanidades para insertar el Programa de Maestría en el plantel Azcapotzalco a través de la secretaria estudiantil a partir de agosto de 2002, una vez por semana. El servicio se brindó de forma gratuita para estudiantes, personal académico y administrativo.

Este plantel cuenta con un director del cual dependen las Secretarías, Departamentos y Jefaturas de área. El organigrama se encuentra distribuido de la siguiente manera: Director, Secretaría General, Secretaria Académica, Secretaría de Administración Escolar, Secretaría de Asuntos Estudiantiles y el Departamento de Psicopedagogía. En este último se ofrecen los servicios de orientación Educativa y se proporciona apoyo a los alumnos para el mejoramiento en el aprovechamiento académico. El sistema de esta institución permite establecer vínculos entre los diversos departamentos y servicios que lo conforman como: biblioteca, coordinación de laboratorios, departamento audiovisual, departamento de control escolar, departamento de difusión cultural, departamento de educación física, laboratorio de computo, servicio médico y recientemente la clínica de terapia familiar.

En este escenario clínico se nos proporcionó un salón en el área de audiovisual, mismo que no contaba con las condiciones adecuadas para llevar a cabo el trabajo clínico; era amplio, con sillas, mesas, pizaron, iluminación artificial y poca ventilación, este salón conectaba con el aula de usos múltiples y con una oficina por lo que se tenía poca privacidad. Se contaba con televisión a color, cámara de video, tripie y video casetera.

Debido a los buenos resultados del Programa de la Residencia y a la demanda de atención, actualmente la clínica de terapia Familiar, cuenta con un lugar privado, exclusivo y acondicionado, con cámara de Gessell, televisión, cámara de video y tripie.

Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” ISSSTE.

Ubicada en Calle Xalapa No. 68. Col. Valle Ceylán, Tlalnepantla Estado de México.
Teléfonos: 53-69-97-10 y 53-69-97-11.

En esta clínica se ha ofrecido el servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través de los Diplomados de Terapia Familiar y de Pareja. (División de Educación Continua UNAM Iztacala).

Los directivos del ISSSTE aceptaron con agrado que se implementara el programa de Maestría y Doctorado con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, a través del departamento de psicología, mismo, que se proporcionó a partir de febrero del 2002 los martes y jueves de 9 a 13 hrs, el servicio se brindó gratuitamente a los derechohabientes.

La clínica está organizada de acuerdo a la Subdelegación Médica en el Estado de México en dos estructuras; la primera es la Estructura Orgánica que comprende: la dirección de la Clínica de Medicina Familiar, y dos Subdirecciones: una es la Subdirección Médica y la otra es la Subdirección Administrativa. La segunda es la Estructura Técnico Operativa, en donde se encuentra ubicada la Consulta Externa. En el departamento de Psicología y en combinación con la Coordinación de Enseñanza e Investigación, se presta el servicio de Terapia Familiar por parte del Posgrado. (El espacio que se utilizó para el trabajo clínico fue el designado al Departamento de Psicología).

El trabajo realizado en este escenario clínico se llevó a cabo en el consultorio designado para el servicio de psicología, y durante algún tiempo (inicios del servicio) se estuvo utilizando el consultorio contiguo, mismo en el que el terapeuta principal atendía a la familia con todo el equipo de video-grabación, en el consultorio de psicología nos encontrábamos todos los estudiantes en formación, dos supervisoras Mtra. Rosario Espinosa Salcido y Susana González Montoya y la psicóloga de base del ISSSTE, observando en la televisión a través de circuito cerrado. Después ya no fue posible seguir utilizando el consultorio contiguo y todos trabajábamos en el consultorio asignado para psicología.

El consultorio contaba con un escritorio, dos sillones, bancas en hileras, archivero y una mesa en donde se colocaba la cámara de video, dos puertas, una delantera que conducía a la sala de espera (entrada y salida de los pacientes) otra trasera que conectaba con los demás consultorios y servicios de la clínica (entrada y salida del personal), había buena iluminación artificial y suficiente número de contactos para las conexiones de todos los aparatos utilizados.

2.2. Análisis sistémico de las sedes.

La Terapia Familiar Sistémica surge en los escenarios clínicos como una alternativa de intervención que nos permitió identificar, prevenir y dar tratamiento a las diversas problemáticas presentadas por los pacientes a nivel individual, familiar, escolar y laboral; Para el desarrollo terapéutico se contó con la participación de siete supervisoras y 10 terapeutas en formación académica teórica y práctica.

Clínica de Terapia Familiar Iztacala.

La Clínica Universitaria de Salud Integral (área médica y psicológica) sirvió como enlace con la Clínica de Terapia Familiar, a la cual se canalizaron familias que requerían un servicio especializado. De igual forma el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI, canalizó familias referidas de instituciones escolares; primarias, secundarias y del tecnológico de Tlalnepantla, del Instituto Politécnico Nacional, alumnos FESI y de otros servicios como el juzgado de la familiar de Tlalnepantla.

El servicio se proporcionó a la comunidad estudiantil, trabajadores de la FESI, personal académico y público en general, por lo que hubo una gran variedad de motivos de consulta, por ejemplo; problemas académicos, infidelidad, violencia intrafamiliar, depresión, problemas de pareja, duelo por separación de hija adoptiva.

Todos los pacientes fueron canalizados a posgrado, se elaboró una lista de espera coordinada por la Dra. Suárez, quien asignaba las familias a los terapeutas en formación. En este escenario se trabajó dos veces por semana (lunes y jueves de 8 a 13 hrs.) Con 4 supervisoras, dos por día: Dra. María Suárez, Mtra Ofelia Desatnik y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, Dra. Xochilt Galicia, respectivamente.

En este escenario clínico, el proceso terapéutico se desarrolló con responsabilidad por parte de los pacientes o familias atendidas, probablemente por que en su mayoría ellos demandaron la terapia, es decir, pocos fueron canalizados por otras instituciones. Además el servicio tenía un costo, situación que posiblemente contribuía al compromiso.

Fue agradable trabajar en este escenario clínico, por que el lugar es exclusivo para la terapia familiar (no se utiliza para otras actividades ni por otros profesionales) cuenta con el equipo necesario, listo para ser utilizado. En esta sede las familias, fueron puntuales, constantes, participativas y con sentido del humor. El trabajo en este escenario se realizó durante el cuarto semestre de la formación.

Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco.

La incorporación del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica al plantel del CCH Azcapotzalco se dio a través de la supervisora Mtra. Carolina Rodríguez y la corresponsable del programa Ofelia Desatnik.

Por primera vez en la historia del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH) se abrió a la comunidad estudiantil y profesores el servicio de Terapia Familiar Sistémica, fuimos bien recibidos por las autoridades del plantel, con grandes expectativas sobre el trabajo a desempeñar, nos expresaron: que los adolescentes son una población con necesidad de atención y no se contaba con espacios ni personal capacitado para ello. Se trabajó incondicionalmente con el área de psicopedagogía, misma que identificaba y canalizaba a los estudiantes, profesores y padres de familia a terapia. Los jóvenes comúnmente fueron canalizados por problemas de bajo rendimiento académico o con alto índice de reprobación.

Sin embargo, se trabajó a demás de la reprobación, con los problemas de drogadicción, violencia intrafamiliar, ideación suicida, intento suicida, rebeldía, depresión, enfermedades psicosomáticas (gastritis, colitis nerviosa) y abuso sexual.

También se tuvieron limitaciones, en este caso, el CCH no contaba con un espacio físico adecuado para el servicio de terapia, lo cual generaba sentimiento de preocupación y de incomodidad por el ruido y las interrupciones, ya que distraía al equipo de terapeutas e incomodaba a las familias.

El trabajo realizado por la supervisora Carolina Rodríguez González y todo el equipo de terapeutas en formación, fue importante y decisivo para que la residencia contara con un espacio exclusivo con todo el equipo necesario. Presentamos un reporte ante las autoridades del plantel de los logros alcanzados en el trabajo terapéutico con las familias y en el programa de intervención en red, lo que motivó a las autoridades para que asignaran un espacio adecuado con privacidad para la clínica en terapia familiar, con el que se cuenta a partir de agosto de 2003.

El servicio se brindó con el apoyo incondicional del área de audiovisual (apoyo técnico para la grabación de las sesiones), del departamento de asuntos estudiantiles, el cual colaboró con la entrega oportuna de constancias, justificantes y citatorios a padres de familia y alumnos que lo solicitaron.

Ante los comportamientos de riesgo de los estudiantes como deserción escolar, drogadicción, pandillerismo, violaciones, entre otros, las autoridades del plantel reconocen la necesidad del servicio de terapia familiar e incluso algunos padres están empezando a demandar el servicio como apoyo para el control de los adolescentes, a los cuales les cuesta trabajo aceptar el proceso terapéutico, sus reglas y condiciones.

Hubo algunos adolescentes con responsabilidad en el proceso terapéutico aún cuando su familia no pudo asistir. Pero en otros jóvenes no hubo una aceptación y compromiso real de la terapia. Probablemente por que no se tiene la información clara de que los problemas de bajo rendimiento académico o deserción escolar están relacionados con los problemas psicológicos, con alteraciones emocionales y conflictos familiares.

Asimismo como parte del proceso de la adolescencia, los chicos muestran conductas de rebeldía o de reto a todo lo que represente autoridad, por lo cual toman la misma actitud cuando se sienten cuestionados por el terapeuta o por el equipo, adoptando conductas de evasión o abandono del proceso terapéutico. Además, en este escenario clínico el servicio se proporciona de forma gratuita condición que favorece su abandono. Ante esta situación las autoridades del plantel y el área de psicopedagogía no han encontrado los mecanismos necesarios para presionar a los jóvenes y familiares para que asistan a terapia.

Se tiene que considerar que era la primera ocasión que se implementaba el servicio de dentro de la escuela. Considero que paulatinamente la calidad del servicio sea la mejor recomendación para motivar a la comunidad estudiantil del CCH a terapia.

El trabajo en este escenario se realizó durante el tercer semestre de la formación.

Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” ISSSTE.

El servicio de terapia familia se insertó en la clínica a través del convenio con las autoridades, con la psicóloga de base y con trabajo social con las cuales se cuenta incondicionalmente.

Los residentes y las supervisoras fuimos presentadas ante las autoridades de la clínica en donde se dio la recepción oficial y se expusieron las expectativas de ambas partes y se acordaron los días y horarios de atención.

En compañía de las autoridades realizamos un recorrido por los departamentos y áreas (consultorios, trabajo social, archivo, áreas administrativas, etc.) presentándonos y explicando nuestra función. El área de psicología, nos dio la cordial bienvenida, nos facilitó los expedientes para ser repartidos y analizados entre los terapeutas con el objetivo de contactar con la familia asignada y dar inicio al trabajo.

La atención terapéutica con las familias se dio en dos modalidades: a) Las personas canalizadas por los médicos 90%. b) Derechohabientes que solicitan el servicio de manera personal 10%.

El área de trabajo social mantiene los enlaces con el resto de los departamentos y coordinaciones de la clínica. Dicho departamento es el que se encarga de hacer el enlace con la Coordinación de Enseñanza e Investigación, Medicina, Odontología y Enfermería, además de coordinar los nexos con el personal administrativo, el archivo y las licencias médicas para los derechohabientes.

En general los derechohabientes son canalizados por el médico familiar correspondiente y por al área de trabajo social, al servicio de psicología que tiene como responsable a Lic. Araceli Martínez que canaliza a los pacientes a terapia familiar, generalmente con la presencia de un síntoma o somatización como: Depresión, crisis de ansiedad, fobias infantiles, insomnio, trastorno de personalidad, depresión con intento suicida, trastorno de alimentación (anorexia). En general se nos ubicaba en el rol de médicos con un estatus de conocimiento y de verdad. En este escenario clínico las familias fueron muy puntuales, participativas, asumieron el compromiso con las tareas asignadas e incluso demostraron sentido del humor.

Otra contribución de los terapeutas en formación hacia el servicio clínico fueron las pláticas impartidas en la sala de espera general con temas como: Prevención del abuso sexual, violencia conyugal, marcación de límites en edad escolar, diabetes, depresión, entre otros, mismas que se impartieron cada 15 días.

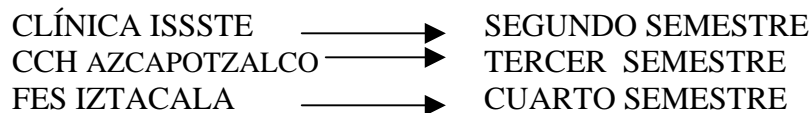
El trabajo en este escenario clínico como terapeuta principal se realizó durante el segundo semestre de la formación.

Cuadro 2. Fuentes de canalización por escenario clínico.

FES IZTACALA	CLÍNICA DEL ISSSTE	CCH AZCAPOTZALCO
Unidad de Evaluación Psicológica de Iztacala	Área de medicina familiar	Depto. de psicopedagogía.
CUSI Iztacala	Área de Psicología	Profesores tutores de grupo
Instituto Politécnico Nacional	Área de trabajo social	Padres de familia.
Tecnológico de Tlalnepantla	Derechohabientes.	Alumnos
Juzgado de lo familiar.		Trabajadores.
Profesores y alumnos de la FESI		

2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenario del trabajo clínico.

Mi participación como terapeuta principal y miembro del equipo terapéutico tuvo la siguiente secuencia temporal en los escenarios clínicos.



El trabajo fue similar en los tres escenarios clínicos; una vez que se nos asignaba la familia a cada uno de los terapeutas, nos teníamos que poner en contacto con la misma, para realizar una entrevista telefónica, con el propósito de recabar información útil para la planeación de la primera sesión (ver anexo 1).

La secuencia de trabajo tuvo variaciones de acuerdo a los modelos empleados, al conocimiento que se iba incorporando en cada semestre e incluso al estilo personal de las supervisoras.

La entrevista telefónica consistió en;

- ❖ Tomar datos básicos (ficha de identificación).
- ❖ Recabar información sobre el estado del paciente identificado (PI) y la familia en general.
- ❖ Elaboración del familiograma (familia de origen y nuclear dependiendo el caso).
- ❖ Identificar el motivo por el cual se solicita el servicio.
- ❖ Conocer las expectativas sobre el servicio.
- ❖ Formular hipótesis sistémicas de intervención.
- ❖ Se explica brevemente la forma de trabajo (videgrabación y equipo terapéutico).
- ❖ Se precisa las personas que acudirán.
- ❖ Se indica lugar, fecha y hora de atención

A continuación se explicara la forma en que se llevó a cabo la intervención clínica en los tres escenarios.

- I. Presesión
- II. Sesión
- III. Postsesión

Presección: esta primera parte tiene una duración de 10 a 15 minutos, los terapeutas en formación se reúnen con el equipo de supervisión para leer la ficha, si se trata de la primera sesión, o el acta de la sesión precedente en caso de sesiones sucesivas, se revisan hipótesis, objetivos, las tareas de la sesión anterior y líneas a trabajar durante la sesión.

Sesión: generalmente duraba 50 minutos: en la primera sesión se realizó el encuadre terapéutico que consistió en explicarle a la familia la modalidad de trabajo en equipo, se les pidió su consentimiento por escrito para ser filmados (ver anexo 2) se aclararon las ventajas de tener al grupo de terapeutas incluidos en la intervención, se reiteró la confidencialidad de la información y del manejo exclusivo del video por parte del terapeuta y en ocasiones del equipo de supervisión, se dejó en claro la cancelación del servicio por falta sin previo aviso, así como las salidas del terapeuta para recoger las impresiones del equipo de supervisión (ISSSTE Y CCH Azcapotzalco) o contestar el teléfono en el caso de la FESI. Cinco minutos antes de finalizar el terapeuta iría con el equipo para recibir sugerencias, tareas, mensajes para la familia y se acordara la próxima cita.

Post sesión: una vez que se retiraba la familia, el equipo de supervisión nuevamente se reunía para comentar lo ocurrido a lo largo de la sesión, se formulaban nuevas hipótesis y se proponían nuevas líneas futuras de intervención. Se hacen recomendaciones bibliográficas y en algunas ocasiones se trabajó la persona del terapeuta (CCH Azcapotzalco) se iluminaron los lados fuertes del terapeuta y se hicieron recomendaciones para fortalecer los lados débiles.

En algunas ocasiones y en los tres escenarios clínicos se aplicó el equipo reflexivo propuesto por Andersen (1994), el equipo estuvo conformado por una o más personas que se encontraban ya sea en la cámara de Gessell o en el espacio en donde se estaba llevando la sesión por ejemplo: familia – terapeuta + equipo reflexivo (conformado por supervisoras + alumnos en formación) el objetivo era establecer un diálogo a través del cual la familia pudiera escuchar otras ideas, opciones y preguntas reflexivas que facilitaran la apertura de posibilidades al problema planteado por la familia. En los tres escenarios clínicos se realizó la elaboración de expedientes por familia (ver anexo 3).

A continuación se abordaran las ideas principales del paradigma sistémico cibernético, mismo que ofrece al campo de las ciencias una nueva cosmovisión que se fundamenta en una epistemología cuyas premisas básicas se retomaron de los conceptos más representativos de la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética y los aportes de Gregory Bateson, Heinz Von Foerster y Humberto Maturana, renombrados científicos cuyas ideas constituyen los cimientos del pensamiento sistémico.

II.- MARCO TEÓRICO

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

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

La terapia familiar es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre el individuo aislado, por ello se considera significativamente distinto de otras formas de tratamiento clínico. Se interesa por las interacciones que ocurren entre los individuos más que por los procesos intrapsíquicos, por consiguiente la terapia familiar puede ser considerada como un tipo de tratamiento para los sistemas familiares.

Para el terapeuta sistémico, la familia se convirtió en una unidad, en un solo organismo y así, cuando uno o más de los miembros del sistema plantean un problema, la familia pasa a ser el lugar privilegiado para la intervención terapéutica. Asimismo, la familia contemplada como un sistema de relación, con sus equilibrios y desequilibrios, con sus etapas de crecimiento y también de estancamiento, perfiló un camino terapéutico donde el paciente designado (portador del síntoma) no resulta ni más ni menos importante que el resto de los miembros de la familia. De esta forma, el síntoma se convirtió básicamente en una especie de señal de alarma, un aviso de que algo no funciona bien (crisis) y de que algo debe cambiar. Los síntomas reflejan un intento por parte del organismo o sistema de curarse y de alcanzar un nuevo nivel de organización.

Las distintas escuelas de Terapia Familiar Sistémica se apoyan en una epistemología que no es homogénea debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954), (b) la Cibernética (Wiener, 1948) y (c) la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967). La resultante de estas aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar constituye el nuevo paradigma que rompe con la lógica tradicional convirtiéndose en un parte aguas, en una nueva concepción sobre la naturaleza y sobre las interacciones del hombre.

En este nuevo paradigma de ideas Foerster (1984) nos hace notar que la palabra epistemología proviene del griego “episteme” que significa conocimiento y “logos” tratado, a decir, tratado del conocimiento o estudio del saber. Al respecto Eguiluz (2001) propone que se podría entender por epistemología; “una manera de captar el mundo y de explicarnos a nosotros mismos la propia realidad que hemos construido, un proceso activo y personal, un proceso que se mueve en espiral y que está vinculado por relaciones de interdependencia con el contexto en el que se desarrolla”. (p.96)

Para Keeney (1994) la epistemología surge del campo de la Filosofía y entra en el campo de la Biología a través de la obra de los biólogos experimentales contemporáneos como: Mc.Culloch, Maturana, Varela y Von Foerster. Fue Mc.Culloch quien le dio el título genérico de “epistemología experimental” y Gregory Bateson quien propone considerarla como una rama de la ciencia combinada con una rama de la filosofía. Como ciencia, la epistemología es el estudio de cómo los organismos particulares o agregados de organismos

conocen, piensan y deciden. Como filosofía, la epistemología es el estudio de los límites necesarios y otras características de dichos los procesos. La epistemología desde otro punto de vista se centra en la manera en que las personas conocen lo que conocen: las propiedades del observador, qué es lo que se conoce y las propiedades del objeto de conocimiento.

Si hablamos de la epistemología como una forma de conocer, el qué y el cómo, nos damos cuenta que son inseparables, ya que todos los humanos participamos de una misma operación epistemológica: establecer distinciones a través de clasificaciones de relaciones de correspondencia en la experiencia. La epistemología desde un metanivel, pautará y revelará nuestra forma de conocer, nuestra forma de construir la realidad; es de allí de donde emergen las teorías, partiendo de la observación–construcción del hecho observable. (Ceberio,1998)

De esta manera, una epistemología de la familia se refiere a cómo es que conocemos a las familias y cómo es que pensamos que conocemos a las familias; para explicar esto tenemos que recurrir a otra teoría importante, la Cibernética, que surge a mediados del siglo XX, en la que los eventos neurológicos, conductuales o sociales se comprenden en términos de información, y no en términos de materia y fuerza, así mismo se requiere de los elementos básicos de la Teoría General de los Sistemas para comprender al sistema familiar y a los sub y suprasistemas a los que pertenece.

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La Teoría General de los Sistemas fue desarrollada por el biólogo austro-canadiense Ludwig Von Bertalanffy en 1947 propone encontrar las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo, un modelo que sea compatible con otros modelos de distintas disciplinas, es decir, que tenga las mismas características aún cuando las disciplinas sean totalmente diferentes con el propósito de lograr una mayor integración y unidad en la ciencia. Esta teoría trata sobre las totalidades y sobre las interacciones internas y externas con relación a su medio. Bertalanffy (1986) define los “sistemas” como un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos son las partes del sistema que en la mayoría se refieren a entidades físicas o abstractas.

Los atributos son las propiedades o características que tienen los objetos, ya sean físicos o abstractos.

Estableció una distinción entre sistemas cerrados y abiertos, considerando que todos los sistemas biológicos son abiertos al intercambiar materia, energía e información con el entorno, sostiene que en los sistemas vivientes existe una tendencia hacia niveles de mayor heterogeneidad y organización. Mientras que los sistemas cerrados, quedaran comprendidos dentro de la física y la química, no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente y hay una continua tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden.

El concepto de sistema se incluye en la terapia, considerándose que la familia posee los elementos de todo sistema.

A continuación se citan los conceptos básicos que se manejan al hablar de los sistemas familiares de acuerdo a Ochoa (1995).

1. **Totalidad:** la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativo que incluye las relaciones existentes entre ellos. Es necesario obtener información de sus interacciones.
2. **Causalidad circular:** describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas en una secuencia de conductas. Entre las conductas existe una codeterminación recíproca.
3. **Equifinalidad:** se refiere a que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
4. **Equicausalidad:** se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
5. **Limitación:** adoptando una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.
6. **Reglas de relación:** en todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente es la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
7. **Ordenación jerárquica:** en toda organización hay una jerarquía, ciertas personas poseen mas poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va hacer, además en el sistema familiar se agrega ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.
8. **Teleología:** el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (ciclo vital) a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a cada uno de sus miembros a través de dos mecanismos; morfogénesis y morfóstasis.
 - a) Se denomina **homeostasis o morfóstasis** a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. El cambio en uno de los miembros de la familia es seguido por otro cambio compensatorio en otro miembro del sistema para restaurar el equilibrio.
 - b) La tendencia del sistema a cambiar y a crecer recibe el nombre de **morfogénesis**, comprende el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para maneja el cambio y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia.

En el terreno de la terapia familiar la teoría general de los sistemas nos permite obtener una nueva visión respecto de la conceptualización de funcionalidad y patología, modificando la unión lineal o reduccionista por una sistémica o contextual.

Otra teoría que contribuyó a la nueva perspectiva que vino a romper con la lógica tradicional en la psicoterapia fue la teoría cibernética que a continuación se describe.

TEORÍA CIBERNÉTICA.

Durante la Segunda Guerra Mundial surge un interés muy grande en los hombres de ciencia por saber más acerca del funcionamiento y control de las máquinas, de los procesos de transmisión de mensajes y de los complejos sistemas de comunicación. Más tarde se trata de llevar hacia el campo de las relaciones y de la conducta humana todos estos conceptos que van a dar por resultado el surgimiento de la Cibernética.

Se considera al matemático *Norbert Wiener* como el creador de esta teoría quien retomó del griego *Kybernetikée* que significa gobierno o timonel y plantea que es la teoría de la comunicación y del control de las máquinas, misma que se aplica a los organismos vivientes. (Wiener, 1948 citado en Eguiluz, 2001). A decir de Kenney (1994) la Cibernética es la ciencia de la información, patrones, forma y organización, a diferencia de la física, que es la ciencia de la materia y la energía, de manera general, la Cibernética estudia los patrones de organización de los eventos.

Mc. Culloch (citado en Sánchez, 2000) describe la epistemología cibernética experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. Bateson (1977) reconoce a la cibernética como una nueva ciencia que se ocupa de la forma y de los patrones de organización. Mientras que para Slusky (1987) en la Cibernética, el objeto de estudio son los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales.

La Cibernética logra estos objetivos porque no responde a la pregunta ¿Qué es esto? sino ¿Qué hace esto en función del comportamiento general de los objetos, enfatizando por lo tanto aspectos de coordinación, regulación y orden a través del control.

Con el surgimiento de la cibernética en 1948 salieron a luz otras dos teorías que contribuyeron a la nueva visión: *la teoría de la información* de Shannon y Weaver en 1949 y *la teoría de los juegos* de Neuman y Morgestern en 1947 proporcionaron modelos teóricos para el estudio de fenómenos complejos. El objetivo era desarrollar un lenguaje común entre el funcionamiento de diferentes sistemas como las máquinas, el cerebro y la sociedad de tal manera que los descubrimientos científicos de una rama de la ciencia se pudieran utilizar por otras ramas sin mayores problemas.

POSTULADOS TEÓRICOS DE LA CIBERNÉTICA.

Dado que el campo de la Cibernética es el estudio de las estructuras dinámicas y complejas se vale de términos empleados en otras ciencias pero dándoles una connotación distinta.

- ❖ **ESTRUCTURA:** El término fué tomado en sus orígenes de la Teoría del Control, se refiere a la totalidad de las relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos. Estas estructuras pueden cambiar o permanecer estáticas como un modo de adaptación al medio.
- ❖ **SISTEMAS ABIERTOS:** Cuando hay un intercambio entre el sistema y el medio circundante.

- ❖ **RETROALIMENTACIÓN:** Es el método que sirve para controlar un sistema mediante la información de su desempeño anterior; si esta información es usada para modificar el desempeño actual, o el método general, se habla de que hay un aprendizaje. De esta manera, el sistema vigila su propio desempeño autocorrectivo.
- ❖ **CIRCULARIDAD:** Es un término obtenido de la cibernética que se refiere a la recursividad de la interacción entre las partes del sistema formado por una totalidad. (Kenney, 1994).
- ❖ Los sistemas cibernéticos tienen la particularidad de ser auto-organizativos por que todos sus elementos constitutivos se hayan vinculados entre sí.

La historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en niveles de complejidad: cibernética de primer orden, reflexión explicitada en la obra de Wiener (1948) y cibernética de segundo orden, reflexión sobre la reflexión de la cibernética, imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación.

CIBERNÉTICA DE PRIMER ORDEN

Se refiere al estudio de la organización de los fenómenos de tipo -caja negra- donde las salidas de un sistema son vistas actuando como entradas de otro, modificando de esta forma las futuras salidas del mismo a través del fenómeno de retroalimentación, lo que permitirá la estabilidad de la organización.

En la Cibernética de primer orden los sistemas observados permanecen ajenos al observador, de tal manera que puede hacerse una distinción clara entre ambos; sin embargo, aunque útil, esto limita la observación de los procesos internos del sistema. (Foerster, 1984).

Esta retroalimentación simple de la que se hace referencia debe considerarse como una hipótesis conceptual básica que a su vez nos permitirá tener una perspectiva más amplia de los órdenes recursivos de los procesos de retroalimentación. Los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva, es decir, morfogénesis en los procesos de desviación y ampliación o se mantienen en la homeostasis, es decir se mantienen en la crisis o no cambio. Estos términos fueron introducidos a la terapia familiar por las modalidades terapéuticas de Salvador Minuchin y Carl Whitaker, lo que permitió la descripción de nuevos modelos terapéuticos, apareciendo las sesiones llenas de crisis, movimientos desequilibrantes, coaliciones, ataques a subsistemas, dramatizaciones, etc. Todas estas técnicas provocativas destinadas a estremecer a la familia como palanca para sacarla de su estado de crisis y ofrecerle otra realidad.

Así, se dio énfasis a los procesos de amplificación de la desviación, la ruptura del sistema, el desequilibrio y la reestructuración del sistema, dando una visión homo dinámica en lugar de una homeostática, una batalla entre status y génesis.

CIBERNÉTICA DE LA CIBERNÉTICA Ó CIBERNÉTICA DE LOS SISTEMAS OBSERVANTES.

Los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes de Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc.Culloch, del biomatemático y filósofo Heinz Von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden. Es Foerster quien sugiere cambiar este nombre por Cibernética de Segundo Orden o Cibernética de los sistemas observantes. El término fué originalmente usado por Margaret Mead en 1968, situando al observador como parte del sistema observado, llegando así a un orden de recursión más elevado. Es un salto de la caja negra a la caja negra más el observador (Foerster, 1984).

La Cibernética Simple utiliza los conceptos de Homeostasis y Adaptación como resultado de la Retroalimentación; y la Cibernética de la Cibernética da la oportunidad de cambio y de incluir además los conceptos de Autorreferencia y Autonomía que corresponden a unidades más amplias de la mente.

La AUTONOMÍA de un sistema implica que el observador cierra las fronteras del sistema y lo mira desde su interior evitando cualquier referencia del exterior.

La AUTORREFERENCIA significa que desde la Cibernética de 2º Orden (Cibernética de la Cibernética) toda descripción es autorreferencial y que el hombre no puede desprenderse de esta paradoja autorreferencial que lo lleva a perder su objetividad, ya que esto implicaría una separación entre el observador y lo observado. (Kenney, 1994).

Asimismo, la Cibernética de 2º orden nos proporciona una manera de construir y discernir procesos cibernéticos más complejos debido a órdenes de recursión superiores, lo que nos lleva a la noción de sistemas envueltos en si mismos en donde cada individuo forma parte de diversos órdenes de organización, lo cual pasará a ser un principio fundamental de la Terapia Familiar.

En la terapia familiar se reflejó la influencia del observador como agente constructor al mismo tiempo de la realidad que observa, no como agente de cambio sobre la familia, sino como un coparticipante junto con ella para crear una realidad compartida, en forma circular, a modo de circuito de retroalimentación también se producen cambios en él.

c) LA NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN

Se le atribuye el calificativo de “nueva” precisamente para distinguirla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver en 1949, que contiene formas de explicación sumamente simple y mecánicas, lectura lineal y diádica de la (emisor, mensaje, canal, receptor). Esto puede ser entendido dado que Shannon toma su modelo teórico explicativo de la realidad donde interactuaba, una compañía de teléfonos. A pesar de haber sido discípulo de Winner, la concepción que sobre la comunicación tiene Shannon, es muy diferente a la de su maestro. Se olvida del concepto de retroinformación y hace de la comunicación una simple transmisión de información con un sentido tan limitado del término como prevalecía en el siglo XVIII. (Eguiluz, 2001).

En la conformación de esta teoría Bateson es considerado un importante pilar ya que entre 1942 y 1945 se da a la tarea de integrar las ideas y conceptos de diferentes disciplinas para constituir los principios de la epistemología circular, incorporando los postulados de la teoría general de los sistemas, el concepto de retroalimentación, aprendizaje, tomando también conceptos de la Antropología, Sociología, Biología y Psiquiatría para conformar una nueva teoría de la comunicación. Un aporte básico fue “la pauta que conecta” estableciéndose así la explicación entre la cibernética y las comunicaciones existentes entre los seres vivientes.

Bateson escribió junto con Jurgen Ruesch en 1951 (citado en Hoffman 1987) el libro “comunicación, la matriz social de la psiquiatría”, en el que proponen que la comunicación es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas. Estableciendo distintos niveles en la transición de la comunicación: verbales lingüísticos y extralingüísticos, no verbales y contextuales, y un segundo nivel de abstracción la metacomunicación, comunicación acerca de la comunicación. Este libro es el predecesor 16 años antes, del libro “Pragmática de la comunicación humana”.

Para el año de 1956 se realizaron una series de investigaciones sobre la comunicación y el origen de la esquizofrenia, encabezadas por Bateson junto con Weakland, Jay Haley y Don Jackson, (Winkin, 1984). Encontrando dificultades en estos pacientes para distinguir entre el lenguaje literal y el lenguaje metafórico. Estos investigadores establecieron una clasificación de la comunicación por niveles. 1) niveles de significado 2) niveles de tipo lógico 3) niveles de aprendizaje. Encontraron que se podía llegar a comprender los misterios del habla y del comportamiento de los pacientes con esquizofrenia. En ese mismo año crearon uno de los artículos más leídos en la historia de la psiquiatría: ‘Hacia una teoría de la esquizofrenia’ introduciendo por vez primera el termino de “Doble Vínculo” como el determinante crucial en la esquizofrenia infantil, señalando a la familia como parte creadora y activa. Además marcando que no solo provoca estos patrones sino que los fomenta y los necesita para manifestar que está requiriendo un cambio ese sistema de información cerrado.

Las condiciones específicas para que se de el doble vínculo son:

Dos personas tienen que estar unidas por una relación afectiva, a una de ellas se le designa como “víctima”, por lo general puede haber una tercera persona que se alía con el “poderoso”. Se considera que las experiencias traumáticas no logran establecer una relación de doble vínculo si no se dan repetidamente.

1. “Un mandato primario negativo, que implica una amenaza para la víctima. “no hagas eso”
2. Un mandato secundario que entra en conflicto con el primero. “no atiendas a nada de lo que digo” (quizá dada por el tono de voz o el modo de hablar).
3. Un mandato terciario que prohíbe a la víctima escapar o cualquier comentario. (generalmente claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario explicar) y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo.
4. Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes.

5. Una vez establecida una pauta de Comunicación que contenga estos elementos, solo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira” Hoffman, op.cit. pág 30)

Posterior a las investigaciones del doble vínculo y la esquizofrenia aparece en 1967 la Teoría de la Comunicación Humana propuesta por Watzlawich, Beavin y Jackson, las investigaciones que apoya esta teoría se realizaron en el Mental Research Institute fundado por Jackson en 1959.

Los conceptos fundamentales de la Teoría de la Comunicación Humana fueron definidos por los autores como axiomas de la comunicación los cuales se exponen a continuación.

1. *TODA CONDUCTA ES COMUNICACIÓN*; por lo tanto, es imposible dejar de comunicarse, y las cosas que no se hacen o que no se dicen, adquieren significado a través del contexto en el que suceden o no suceden.
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*. Cuando hablamos de contenido, nos referimos a la información contenida en el mensaje, y cuando lo hacemos en cuanto al aspecto relacional, nos referimos al tipo de mensaje y cómo debe entenderse. De esta manera, la comunicación da lugar a conductas entre los comunicantes que a su vez se verán comprometidos entre ellos a través del mensaje. Se puede deducir entonces que una relación sana es aquella en la que el contenido de la comunicación es más importante, mientras que la comunicación disfuncional dará prioridad a la comunicación relacional.
3. *LA NATURALEZA DE UNA RELACIÓN DEPENDE DE LA PUNTUACIÓN DE LAS SECUENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS COMUNICANTES*. Lo que significa que en la interacción de la comunicación los participantes organizan cada uno a su manera los hechos de la conducta a través de puntuaciones secuenciadas que dan lugar a conflictos en la comunicación cuando no existe un acuerdo en la forma de puntuar.
4. *LOS SERES HUMANOS SE COMUNICAN TANTO DIGITAL COMO ANALÓGICAMENTE*. La comunicación digital (se refiere al lenguaje verbal) emplea la palabra para referirse al objeto, siendo las palabras signos arbitrarios establecidos por convención social, contando así con una sintaxis bastante compleja. La comunicación analógica (toda comunicación no verbal) se refiere a un signo o dibujo que guarda una mayor semejanza con el objeto; pero también incluye toda aquella comunicación no verbal como los gestos, movimientos, inflexiones de voz, etc., posee además una buena semántica y carece de sintaxis.
5. *TODOS LOS INTERCAMBIOS COMUNICACIONALES SON SIMÉTRICOS O COMPLEMENTARIOS, SEGÚN QUE ESTÉN BASADOS EN LA IGUALDAD O EN LA DIFERENCIA*. Estos intercambios serán simétricos cuando ambas partes hacen lo mismo en igual cantidad (basados en la igualdad), y serán complementarios en la medida que la conducta de uno ayude a decrecer la conducta del otro y viceversa basado en la diferencia. (Watzlawick, 1987).

A partir de estos axiomas los autores crearon conceptos respecto a la comunicación patológica y desarrollan el modelo del centro de terapias breves del Mental Research Institute de Palo Alto.

CONSOLIDACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

En los Estados Unidos de América se inicia el movimiento de la terapia familiar, este movimiento constituye un gran esfuerzo para mitigar y corregir los trastornos que en las familias había ocasionado la Segunda Guerra Mundial, misma que permitió que se destacara la importancia social, tanto de la psicología como de la psiquiatría. En esa época el psicoanálisis se había convertido, en un reino incuestionable que imperaba en la mayoría de las facultades de medicina y psicología, en instituciones mentales tanto privadas como públicas. Al respecto González (1995) explica que el tratamiento estaba centrado sobre el individuo y en aspectos intrapsíquicos e introducir algo diferente a lo entrenado, fue visto, como una sublevación contra el orden académico.

Pero las necesidades sociales y familiares demandaban otra forma de trabajo y de conceptualizar al individuo en su contexto social y familiar; es así como un grupo de terapeutas ven la necesidad de dar un giro a lo que hasta ahora venían observando en su práctica clínica.

Durante mucho tiempo en la psicología había dominado el modelo positivista (médico, psicoanalítico, psiquiátrico) esquema que se caracterizó por su visión lineal “causa–efecto”, fragmentada e individual sobre los problemas abordados en la psicoterapia. Entre la década de los treinta y los cuarenta algunos clínicos empezaron a cuestionar su trabajo y a tomar ideas de la cibernética, de la Teoría General de los Sistemas y de la comunicación apoyando la reflexión del terapeuta hacia una propuesta de “causalidad circular” (Wittezaele y García, 1994). Esta perspectiva se interesa por las interacciones que ocurren entre los individuos, más que por los procesos intrapsíquicos, se indaga el síntoma no como una manifestación de patología interna del sujeto sino en su significado comunicacional en el marco del sistema relacional.

Así fue cómo un grupo de profesionales de la salud mental de orientación analítica fue cambiando poco a poco el enfoque terapéutico y el hábito de explorar en la mente del paciente designado. A partir de ese momento, las diferencias con la teoría psicoanalítica se acentuaron, nada volvió a ser igual para esos impulsores de otras realidades más acordes con la naturaleza de las leyes de la sociedad humana.

A principios de la década de los 40s se realizaron en New York una serie de conferencias anuales patrocinadas por la Fundación Macy, Frank Freemont Smith, director de la Fundación propició uno de los giros epistemológicos más importantes en el campo de la ciencia. Estas conferencias promovieron nuevas formas de explicación no solo en el campo de la ingeniería sino también en el de la biología y en área social. Al respecto Sánchez (2000) expone que estuvieron como invitados, un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemáticas, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, físicos), entre los participantes estaban: Gregory Bateson, Margared Mead, Milton H. Erickson, Norbert Wiener y Walter Pitts, Kurt Lewin, Heinz von Foerster, el ingeniero químico John von Neuman, el neurofisiólogo Warren McCulloch, el fisiólogo mexicano Arturo Rosenblueth, entre otros.

Los tópicos tratados fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y la máquina. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, así como en innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco conceptual de referencia y especialmente para la psicoterapia. (Hoffman, 1987).

Con la aplicación de las nociones cibernéticas se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió construir, entender y pensar en una nueva manera de abordar los problemas. La cibernética, junto con la teoría general de los sistemas, se tornó en el soporte de un campo emergente, que más tarde se convirtió en la Terapia Familiar Sistémica.

Dentro de este desarrollo, Gregory Bateson jugó un papel fundamental, Feixas y Miró (1993) expresan que sus aportes se consideran como la base teórica más importante en el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica, por que introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética a la terapia. Él era biólogo, antropólogo y epistemólogo. Bateson, estudió la estructura familiar de las tribus en las islas de Bali en Nueva Zelanda con su entonces esposa Margaret Mead. Además estudió la comunicación y comportamiento de algunas especies animales, mismos que contribuyeron para su comprensión de las interacciones entre los seres humanos. Fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética.

Al respecto Hoffman, (1987) expone que uno de los conceptos fundamentales de la producción batesoniana es “la pauta que conecta”, Bateson se planteó cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes; cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos. Descartó conceptos tales como materia y sustancia en relación con los seres vivos, priorizando los conceptos de forma, patrón y pauta para buscar una concepción totalizadora de la mente. Propuso la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce.

En Palo Alto, California, Bateson inició en 1952 un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas. El proyecto lo puso en marcha en colaboración con Weakland, Haley, William Fry, Jules Riskin, Satir y Paul Watzlawick, al que luego se integra el psiquiatra Don Jackson, quien estaba interesado en el concepto de “homeostasis familiar”(Programa de Residencia en Terapia Familiar, 2001) Sin embargo para el año de 1954, los fondos de la Fundación Rockefeller se agotaron y el grupo tuvo que recortar sus estudios en este campo y se limitaron únicamente con el estudio de familias con un miembro esquizofrénico. (Sánchez, 2000)

Posteriormente para 1956 este equipo de investigadores generó el discutido informe “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia”. Fue todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría, en él se afirmaba por primera vez que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo producto de las relaciones familiares.

En la historia de la terapia familiar Jackson llegó a ser una figura importante, fue autor del artículo titulado “El problema de la homeostasis familiar”, en donde muestra a la familia como un sistema homeostático gobernado por un conjunto de reglas, de tal manera que si un miembro del grupo presenta algún problema, la intervención no debe limitar a ese miembro sino que debe extenderse a toda la familia que en este caso se concibe como un sistema patológico que presenta un síntoma. (Wittezaele y García. 1994).

Para el año de 1959 Jackson, interesado en aplicar las investigaciones del grupo a la psicoterapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, funda el Mental Research Institute, conocido como el grupo de Palo Alto, se transforma en uno de los principales centros de investigación, formación y asistencia en el campo de la Terapia Familiar. Herrero (1995) describe que con la fundación se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional basado en la pragmática de la comunicación humana. Los trabajos realizados en el Instituto promovieron un enriquecimiento intelectual y se ubicaron como la primera asociación que consideró el uso clínico de las conceptualizaciones batesonianas para comprender las formas de interacción en grupos humanos. El trabajo de dicho instituto se centró en hallar conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica terapéutica.

Para Jeffrey y Zeig (1992) la influencia de Milton Erickson fue determinante para la continuación de la historia del Mental Research Institute. Más que el estudio de la familia como sistema homeostático, fue el propio proceso de cambio, el que se convirtió en el foco de sus trabajos. Con el propósito de tener bases más explícitas sobre cómo lograr un cambio en la familia, el equipo emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Erickson, quien era asombroso en sus diagnósticos e intervenciones; los encuentros que tuvieron Haley y Weakland con Erickson durante las investigaciones sobre las paradojas de la comunicación, y los encuentros posteriores de Erickson con todos los integrantes del instituto sentaron las bases para la nueva orientación del trabajo clínico en dicho Instituto.

A partir de la influencia de Erickson marcó una diferencia entre el modelo explicativo y el proceso de cambio, para ellos, se trataba ahora de actuar de modo que el terapeuta fuera eficaz en su papel de agente de cambio, y la teoría era un simple lenguaje que favorecía la transmisión de sus conocimientos pero no determinaba la eficacia de las intervenciones. (Wittezaele y García. 1994).

Cabe aclarar que frecuentemente oímos hablar del grupo de “Palo Alto” y su punto de vista sobre la comunicación, pero en realidad hubo dos grupos en esa ciudad, cuyas ideas diferían bastante. Al respecto Haley (1989) explica, que por un lado estaba el proyecto dirigido por Bateson, que desarrolló la teoría del doble vínculo específicamente en Menlo Park de 1952 a 1962, integraban este grupo; Bateson, Haley y Weakland, y con dedicación parcial, como consultores psiquiátricos, Don Jackson y William Fry. El grupo se mantuvo unido una década, publicando más de setenta artículos y libros especialmente sobre esquizofrenia, hipnosis y terapia; centró sus estudios en el tema de la paradoja en la comunicación.

Cuando el proyecto de Bateson tocaba a su fin, Jackson creó el Mental Research Institute con otro grupo de gente que solo mantenía una relación social con el proyecto de Bateson sobre el doble vínculo. Aunque ambos grupos se han confundido, en realidad Bateson se rehusó a integrarse al Instituto.

La escuela de Palo Alto propuso un análisis pragmático de la comunicación humana y especificó una serie de elementos para llevar a cabo una terapia de tipo breve y estratégica. Misma en la que sigue siendo importante el trabajo práctico de Milton Erickson. (Watzlawick, 1976; Weakland, 1994; Fish, 1982; citados en Winkin, 1987).

A fines de la década del sesenta; la expansión a Europa produjo nuevas líneas de investigación, en 1967 el llamado Grupo de Milán integrado por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata crearon un centro de investigación en terapia familiar. Su punto de partida que consideraron fueron las investigaciones de Bateson y del grupo de Palo Alto de manera que, también conceptualizan a la familia como un sistema cibernético autorregulado en el cual todos sus elementos están interconectados y donde el problema (síntoma) que se presenta en consulta tiene una determinada función dentro de la lógica interna del sistema. (Hernández, 1999).

Explica Selvini y cols. (1998) que en sus primeras épocas el grupo de Milán, propuso un modelo de intervención para familias con una organización muy rígida (básicamente las transacciones psicóticas), posteriormente alcanzaron gran difusión gracias a la publicación del libro "Paradoja y contraparadoja". También manifestaron gran interés por la epistemología y la cibernética de los sistemas observantes, debido a los últimos escritos de Bateson y la influencia de epistemólogos constructivistas como Maturana, Varela, Von Foerster, Von Glasersfeld, y otros investigadores de la cibernética. (Keeney, 1983: citado en Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

Bateson anticipó ya esta posición hacia el final de su vida, pero los investigadores mencionados ampliaron sus ideas en una exploración constante de las connotaciones que entrañaba la revolución cibernética. La seriedad con que Boscolo y Cecchin aplicaron estas ideas a sus trabajos clínicos contribuyó mucho a la creciente diferenciación entre el punto de vista sistémico y los modelos anteriores de terapia familiar, por lo que bien podría hablarse de un abordaje sistémico de cibernética de segundo orden. En lo concerniente al ámbito específicamente terapéutico, muestran a la familia y al terapeuta como auténticos "constructores" de realidades y la tarea de éste último es la de construir una realidad alternativa que sea más viable para la familia en tratamiento. (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

A mediados de los ochentas, se dio un importante cambio conceptual con las investigaciones vinculadas con la biología del conocimiento y con la cibernética denominada como de segundo orden, en donde se consideró la inclusión del observador en el escenario sistémico y su participación en la descripción de lo que observa, es decir, el interés central bajo esta conceptualización consistió en identificar cómo influían los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana (Maturana, 1997).

El concepto más importante que se debe tener presente es el de sistemas observantes, Foerster, (1984) explica que el observador entra en la descripción de lo observado de manera que la objetividad es absolutamente imposible. Además, si el observador entra en lo observado, no se puede hablar de un sistema observado por separado, porque tal cosa no existe. Y como cualquier observador percibe el mundo a través de la lente de la cultura y lengua, el producto resultante no representa algo privado y autónomo, sino una comunidad observadora.

Ante el surgimiento de esta revolución en el mundo de las ideas, se extendió el cuestionamiento a las verdades que antaño eran consideradas incuestionables en lo referente a lo científico, social, político, religioso, instituciones de poder, etc., no solo se ha perdido la fe en la validez absoluta de las verdades, sino que se ha empezado a dudar la existencia de las mismas. De este nuevo paradigma surgen los modelos posmodernos, centrados en la Constructivismo y el construccionismo Social.

El desarrollo de la cibernética de segundo orden vino acompañado por el resurgimiento del movimiento conocido como constructivismo que es una teoría filosófica del conocimiento activo. Algunos autores hablan de la postura, *constructivista*: Von Glasersfeld (1988) se autodenomina como constructivista radical y señala que esta perspectiva constituye un esfuerzo por modificar la presunción del saber objetivo, rompe con las convenciones y desarrolla una teoría del conocimiento en el cual éste ya no se refiere a una realidad “objetiva” sino al ordenamiento y la organización de un mundo constituido por nuestra experiencia, por lo cual es imposible hacer que nuestras percepciones sean idénticas a los objetos o situaciones del medio y lo que importa es que éstas encajen (o se acoplen) lo suficiente como para garantizar nuestra continuidad. El interés central se orientó a identificar cómo influían los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana en general y postuló que; a) El conocimiento no se recibe pasivamente ni por medio de los sentidos ni la comunicación, sino que es construido por el sujeto cognoscente. b) La función de la función es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto, no para descubrir una realidad ontológica objetiva.

Al respecto Foerster y Maturana argumentan que nuestra condición de seres humanos como participantes (observadores) de la construcción del conocimiento (de la realidad) está más allá de nuestra conciencia ya que el tipo de realidad que vivimos refleja nuestra operación en la biología humana como observador. Asumir esta postura tiene implicaciones que van más allá de las relaciones humanas, ya que incluye las relaciones de los humanos con su entorno desde un punto de vista recursivo, implica que, los humanos como seres vivos están en una continua interacción con su entorno de forma tal que ambas partes (seres vivos y circunstancias) funcionan y cambian juntos, esta postura es denominada por Keeney (1991), Maturana (1995) y Vargas (1995) visión sistémica del mundo. (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

En espacios más recientes se retomaron las ideas del *Construccionismo Social*, de acuerdo con Gergen (1996) postula que las ideas, conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Entre los exponentes de esta tendencia se destaca a Harlene Anderson, Harold Goolishian y Kenneth Gergen.

Se han considerado las conceptualizaciones propias del construccionismo social (Hoffman, 1991; Gergen, 1996; Gergen, Hoffman y Anderson, 1996; Goolishian y Anderson, 1992; McNamee y Gergen, 1995) para describir y explicar la práctica caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación y la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad. Bajo esta conceptualización, el énfasis se centra en la forma en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran.

Desde el socioconstruccionismo la realidad se construye en la relación social como productora de discursos; de este modo la práctica clínica es explicada como un proceso que se orienta a la formación de historias y significados alternativos a la situación problemática de las personas. (Programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Asimismo, desde esta postura, Gergen (1996) considera que nuestras construcciones del mundo están limitadas por nuestra lengua y explica que nosotros mismos somos responsables de estas limitaciones ya que somos quien generamos las conversaciones del discurso, lo cual también implica que tenemos la capacidad de alterar nuestros propios discursos, en consecuencia, el cambio social involucra entrar en las lenguas culturales y buscar su transformación. Anderson (1997) refiere que el construccionismo social es esencialmente una postura reflexiva y constituye una visión radicalmente diferente a otras formas de acercarse al conocimiento, además el construccionismo social examina los supuestos que mueven a las creencias y prácticas cotidianas, cómo comprendemos a los individuos y a las instituciones sociales. El modelo de trabajo con equipo reflexivo desarrollado por Tom Andersen (1994) y la escuela Colaborativa conversacional de Harlene Anderson (1997) implican al terapeuta como participante en la construcción social de los significados. Lo esencial en ambas corrientes es el lenguaje, la conversación y una actitud colaborativa por parte del terapeuta, abandonado la postura de poder y saber.

La información anterior nos ha permitido conocer las bases teóricas y epistemológicas sobre las que se desarrolló la Terapia Familiar. A continuación se describirán los modelos más representativos de la psicoterapia sistémica y del posmodernismo. Se expondrá sus representantes principales, fundamentos teóricos, postura del terapeuta y técnicas utilizadas por cada uno de los modelos.

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

Durante la formación terapéutica se revisaron modelos de terapia familiar sistémica derivados de la teoría general de los sistemas, la teoría de la cibernética y la teoría de la comunicación humana y modelos derivados de los planteamientos posmodernos.

MODELO ESTRUCTURAL

Entre los modelos de terapia familiar el llamado estructural fue desarrollado en la década de los años 60s, tiene como representante fundamental al doctor Salvador Minuchin (Argentino). En su libro “Familias y terapia familiar” reseña que en Estados Unidos se fundaron las primeras clínicas de servicios especializados para niños con problemas

mentales, posteriormente fue director de una de ellas, en la Philadelphia Child Guidance Clinic durante 10 años con la colaboración de Braulio Montalvo y Jay Haley y otros; en la cual instauraron el tratamiento terapéutico en su totalidad de tipo familiar. Este grupo tomó la alternativa denominada “más acción y menos habla”, con técnicas de acción, técnicas de rol-playing, tareas basadas en acciones para implementar en casa, las que sirvieron para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

Para Minuchin (1986) El concepto más importante dentro de la teoría estructural es que estudia al individuo en su contexto social basándose en la idea de que el hombre no es un ser aislado, sino que está en intercambio constante con su entorno al cual influye y del cual recibe influencia. Es precisamente la comprensión de la influencia del ambiente lo que marca la diferencia de esta teoría; si uno modifica el contexto de interacción, sobrevendrán cambios en la conducta individual, ya que el hombre es un miembro activo y reactivo de grupos sociales, y principalmente al grupo familiar.

En el modelo estructural el primer concepto a definir es la estructura, misma que para Minuchin es “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. (op.cit.p.86). Y conceptualiza a la familia como “un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos que desde el interior y el exterior, su organización y estructura tamizan y califican sus experiencias”(p.27)

IDEAS PRINCIPALES DEL MODELO

Minuchin (1986) propone transformar la organización de la familia modificando la estructura y cambiar las posiciones de los miembros, conllevando entonces, a la modificación de las experiencias de cada individuo, porque, lo que experimentan como real depende de elementos tanto internos como externos. Este modelo sostiene que la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. Misma que atraviesa su desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración y adaptación a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La terapia estructural es una terapia de acción, la herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no explora ni interpreta el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, por lo tanto, se podrá cambiar a través de intervenciones que cambien lo actual, por ello el objetivo de las intervenciones es la estructura familiar. El sistema familiar tiene propiedades de auto perpetuación, por lo que el proceso que inicia el terapeuta es mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación. Es decir, que una vez producido el cambio, la familia lo preservará. Las intervenciones estructurales habrán promovido la adaptación de la familia a la tarea que le impone su ciclo vital.

El sistema familiar está organizado sobre la base de apoyo, regulación, retroalimentación y socialización, en el cual el terapeuta se une para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar ciertas tareas con mayor eficacia.

Minuchin y Fishman, (1993) consideran que para el terapeuta estructural, la familia, es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo y que tiene como funciones principales, la de proveer un lugar de pertenencia que le brinde seguridad e identidad a sus miembros y el lograr la acomodación de sus integrantes a la cultura. El síntoma se concibe como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y los requerimientos de su desarrollo evolutivo. El síntoma puede verse de tres formas:

- a) Como un recurso para mantener al sistema.
- b) Como una expresión de disfunción.
- c) Como causa externa reforzada por el síntoma.

Se considera que el paciente identificado es el portador del síntoma, a éste se le adjudica la función de mantener la homeostasis familiar.

PARÁMETROS DEL MODELO ESTRUCTURAL

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable. Por ello los datos que recoge el terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia para lograr así un diagnóstico estructural de la familia. Minuchin (citado en Umbarger, 1983) refiere que la estructura puede ser evaluada a través de los siguientes elementos:

- JERARQUÍA; se refiere a la identificación y distribución del poder en la familia. ¿Quién lo ejerce y cómo lo hace?. Para los estructurales el poder deberá encontrarse en la díada parental.
- LIMITES; se refieren a las líneas fronterizas de protección entre los subsistemas, entre la familia y el ambiente externo. Estos pueden ser: claros y/o flexibles, rígidos y difusos.
- ALIANZA; Es la unión de dos o más personas en beneficio personal o del sistema, puede estar conformada por miembros de la misma generación, por sexos, por edades, por metas en común.
- COALICIONES; es la unión de dos o más personas de diferentes generaciones con el objetivo de perjudicar, sancionar, descalificar a un tercero.
- GEOGRAFÍA; se refiere al espacio físico que ocupa una persona dentro de su sistema familiar. El terapeuta observa la geografía familiar identificando la proximidad o lejanía de los miembros, la cual puede dar indicios de la situación en la cual se encuentra la familia.
- TERRITORIO; es el espacio emocional que ocupar cada integrante de la familia, se pueden presentar dos polarizaciones (centralidad y periferia)
- MAPA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR O “FAMILIOGRAMA”; El diagnóstico estructural de la familia o mapa estructural, puede esquematizarse a través de un instrumento conocido como “familiograma”, el cual permite al terapeuta simplificar y organizar la información que está obteniendo acerca de la dinámica familiar. La información que nos brinda puede analizarse tanto horizontal como verticalmente incluyendo a los miembros de la familia y personas significativas en la vida del paciente identificado.

A fin de examinar la evolución de los sistemas familiares, Minuchin y Fishman (1993) tomaron el concepto holón propuesto por Koestler, del griego **holos** (todo) y el sufijo **on**

(parte) que evoca una partícula o parte del sistema. Cada holón o subsistema es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro, cada holón despliega su energía a favor de su autonomía y de su autoconservación como un todo. Los holones son; el individual, el conyugal, el parental y fraterno.

- I. **Individual**; incluye el concepto de si mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo.
- II. **Conyugal**; está constituido por dos adultos de diferente sexo que se unen con el objetivo de formar una nueva familia. El holón conyugal tiene funciones y tareas específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Una de las tareas fundamentales del sistema conyugal es la de fijar límites que los protejan de las demandas y necesidades intra y extra familiares, procurando un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas, sexuales, de tiempo para la pareja. Disfunciones dentro de este subsistema, trasladarán consecuencias para el sistema familiar, considerando la etapa del ciclo vital y la estructura de la misma.
- III. **Parental**; puede estar integrado diversamente, pero principalmente por padres e hijos, a veces puede incluir a abuelos, tíos o a un hijo parental en quien se delega la autoridad de cuidar o disciplinar a sus hermanos. Minuchin y Fishman refieren que dentro del holón parental se vivencia y se enseña el estilo con que la familia afronta los conflictos y las negociaciones. Además, tiene que modificarse a medida que los hijos crecen y sus necesidades cambian.
Dentro de este subsistema, los padres tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y socializar a los hijos pero también tienen el derecho de fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia, además de proteger el subsistema conyugal. Los padres con hijos mayores tendrán que concederles más autoridad, al tiempo que les exijan más responsabilidades.
- IV. **Fraterno**; integrado por los hermanos, constituye para el niño el primer grupo de iguales en que participa; aquí los niños se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como chivo emisario, en general aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar, competir, se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigos y en ser reconocidos. Este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema de iguales.

CICLO VITAL FAMILIAR

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada de la evolución de sus propios miembros, y la presión exterior originada de los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros de la familia.

Para Minuchin(1986) existen fases en la evolución natural de la familia que requieren de la negociación de nuevas reglas familiares: deben aparecer nuevos subsistemas y deben trazarse nuevas líneas de diferenciación. En este proceso se plantean inevitablemente conflictos, mismos que ofrecen una oportunidad de crecimiento a todos los miembros de la familia, sin embargo, si no se les resuelve oportunamente, los problemas transicionales pueden plantear dificultades aún mayores.

El autor plantea cuatro etapas para el desarrollo de la familia, de acuerdo con el crecimiento de los hijos, donde la familia tendrá que ir ajustándose a estos cambios.

1. *La formación de la pareja (familia)*; etapa que se desarrolla a través de la intención de la pareja de formar una familia, formando un subsistema con sus propios límites.
2. *La familia con hijos pequeños*; estadio que se presenta con el nacimiento del primer hijo y que forma un nuevo subsistema (padres e hijo).
3. *Familia con hijos en edad escolar y adolescentes*; etapa que representa una nueva renegociación de los subsistemas respecto de sus actividades, tiempo, ocupación y responsabilidad.
4. *Familia con hijos adultos*; en este estadio la familia sufre un desajuste, por lo general, los hijos dejan la casa parental. Este es un nuevo reajuste, un reencuentro de los cónyuges para vivir en pareja.

POSTURA DEL TERAPEUTA

En este modelo Minuchin y Fishman (1993) explican que la postura del terapeuta es de liderazgo; directivo, de experto, utiliza técnicas de coparticipación que le posibilitan establecer una alianza terapéutica. Cuando la familia llega a terapia están activados sus mecanismos homeostáticos y el terapeuta puede utilizar maniobras para incorporarse a ella, como son, posición de cercanía, posición intermedia y posición distante.

A través de la sesión el terapeuta realiza observaciones y plantea interrogantes señalando los límites y pautas transaccionales; elabora hipótesis acerca de las áreas de la familia que funciona adecuada e inadecuadamente. El objetivo terapéutico será cambiar la organización familiar, los límites entre los subsistemas y las jerarquías, provocar crisis o desequilibramiento en la estructura familiar obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los anteriores.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

Las técnicas de intervención utilizadas en el Modelo Estructural propuestas por Minuchin y Fishman (1993) son:

CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA; el objetivo es cuestionar la definición que la familia trae del problema, así como su tipo de respuesta. El objetivo de dicho cuestionamiento será el de reencuadrar o cambiar la concepción que la familia tiene del problema, llevándola a que encuentre explicaciones de tipo afectivo, cognitivo, conductual e incluso culturales, para ampliar o modificar el mapa de la realidad trazados por ellos. Las técnicas utilizadas para este objetivo serán, la escenificación, el enfoque y la intensidad.

CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA; el cuestionamiento de la estructura aumenta o disminuye la proximidad de subsistemas significativos da lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, el cuestionamiento de la estructura familiar sirve para cambiar los papeles y las funciones de acuerdo a la proximidad y la distancia a fin de modificar límites, geografía y jerarquía. Las técnicas utilizadas son: la fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad.

CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR; el objetivo es modificar la visión que tiene la familia, la realidad con que se rigen, su visión del mundo. El terapeuta ofrece a la familia una realidad diferente, utilizando los hechos que la familia reconoce como verdaderos para edificar una concepción más compleja del mundo y que promueva la reestructuración. Las técnicas por medio de las cuales el terapeuta va a cuestionar la concepción del mundo familiar son: Constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.

EVALUACIÓN

Minuchin (1986) refiere que al evaluar las transacciones de la familia, el terapeuta explorará en seis áreas fundamentales:

1. Considera la estructura familiar, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.
2. Evaluar la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración las alianzas y coaliciones, los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes.
3. El terapeuta examina la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
4. El terapeuta examina el contexto de vida de la familia analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia.
5. Examina el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio.
6. Explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

MODELO ESTRATÉGICO.

Jay Haley (1980) y Cloé Madanes (1984) desarrollaron un enfoque de terapia familiar llamado estratégico en el Instituto de Terapia Familiar de Washington. Mismo que estuvo muy influido por la terapia de Milton Erickson, por los trabajos e investigaciones del MRI y la terapia de Salvador Minuchin.

Interesándose Haley cada vez más por la estructura y la jerarquía, comenzó a restar importancia al empleo de las técnicas hipnóticas y las directivas paradójicas para concentrarse en un modelo organizacional de terapia (Hoffman, 1987).

IDEAS PRINCIPALES DEL MODELO

Se plantea la idea de que los síntomas son signos de un sistema en el cual el ordenamiento jerárquico es incongruente, que existe una lucha por el poder entre sus miembros o bien involucra coaliciones reiteradas que cruzan los límites generacionales y organizacionales, se agudizan los problemas cuando la confusión jerárquica es encubierta y/o desmedida. Desde esta perspectiva, la terapia supone cambiar esas secuencias de modo tal que se corrija la jerarquía y se reduzca la ambigüedad o confusión. Haley (1980) refiere que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas.

Madanes(1989) se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello se busca especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Un problema es visto como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. La terapia se concentra en esa secuencia reiterada de comportamientos.

Se concibe al síntoma como una comunicación metafórica sobre un problema y también una solución disfuncional del mismo. Los síntomas son contratos entre personas o como tácticas en las luchas de poder. De modo que para este enfoque, los síntomas tienen funciones de protección o de mantener el equilibrio del sistema familiar. (Haley, 1987)

Papp (1983) habla de tener presentes interrogantes como ¿Qué función cumple este síntoma en la estabilización de la familia? y ¿Cuál es el tema central en torno al que está centrado el problema?. Esta autora habla de cambios en el ciclo vital de la familia que activan “conflictos dormidos, y esos conflictos, en lugar de resolverse, se expresan a través de un síntoma” (pág. 18)

Este modelo parte de la base de que toda terapia es directiva, las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la terapia se relacionan entre sí y con el terapeuta. Éste último asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente, estableciendo objetivos claros, y así poder diseñar una estrategia específica para cada problema.

En este enfoque es indispensable identificar y precisar el estadio del ciclo vital por el que atraviesa la familia tratante. Con el propósito de ayudarla a superar la crisis que enfrenta. El terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto del poder familiar.

ENTREVISTA DEL MODELO ESTRATÉGICO.

Empezar con el primer contacto establecido, por lo común telefónicamente, recogiendo cierta información y solicitando que acuda toda familia a la primera entrevista.

Se debe establecer un contrato terapéutico; cantidad y duración de las sesiones, honorarios, días y horario, problema a trabajar y objetivos a alcanzar. (Haley, 1984) sugiere seguir las siguientes etapas:

Etapa social: en esta primera etapa el terapeuta interactúa con la familia comportándose como un anfitrión, con la intención de que se sientan cómodos. Aquí, el terapeuta puede evaluar y observar cómo son las interacciones entre los miembros de la familia, geografía y el tipo de organización que tienen, siendo que en el consultorio se puede obtener una muestra de estos factores tal y como se dan comúnmente.

Planteamiento del problema: se investiga sobre el problema presentado por la familia, conocer que es lo que piensa del problema cada uno de los integrantes de la familia y evaluar el grado de

participación de cada uno. Para lograrlo el terapeuta será quien dirija directamente la conversación. El terapeuta debe tener cuidado de no emitir juicios y opiniones respecto a lo que está observando.

Interacción. En esta etapa el terapeuta establece una hipótesis sobre la posible función del síntoma, identificará la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro del sistema familiar. Tanto a través de preguntas como de observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión. En esta fase, el terapeuta se sitúa en un plano secundario, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgida, en términos de alianzas y posiciones de poder.

El establecimiento de metas. En esta etapa se define lo que la familia quiere obtener del proceso terapéutico (se pide que especifique los cambios que desea lograr) aunque esto lleva implícito la meta del terapeuta de reorganizar la jerarquía familiar de modo más congruente. Esto se explica, como se mencionó antes, porque de acuerdo a este enfoque las incongruencias en la jerarquía son las que producen los síntomas en uno de los miembros de la familia.

Finalmente; se fija día y hora para una nueva sesión a la que asistirá toda la familia o parte de ella. Las tres primeras se encuadran dentro de la evaluación, mientras la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo, es necesario aclarar que en la fase de interacción es difícil aislar momentos de evaluación de los momentos de intervención.

POSTURA DEL TERAPEUTA

La terapia desde este modelo es directiva, situación que coloca al terapeuta como altamente directivo. El terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente. Asimismo, él se debe tomar en cuenta dentro del contexto social del cliente, puesto que contribuye a definir el problema, los objetivos y las estrategias para solucionar el problema del cliente.

El terapeuta debe de ser cauteloso para evitar formar coaliciones inadvertidas con los miembros que ocupan posiciones inferiores en la jerarquía, contra los que están en niveles más altos.

CICLO VITAL

Los terapeutas a los que les interesa la “forma”, consideran los síntomas como indicadores de que una familia no está pasando de una etapa a la siguiente del ciclo vital familiar con éxito. Se supone que la terapia ayuda a las familias a negociar esa transición y a reorganizarse adecuadamente para la etapa siguiente. Pueden ser especialmente difíciles las etapas en las que alguien se suma al sistema o desaparece de él; por ejemplo nacimientos, divorcio, muerte, y cuando los hijos crecen y empiezan a irse del hogar.

Los problemas comienzan con alguna dificultad ordinaria de la vida, esa dificultad puede provenir de un acontecimiento inusual o fortuito. Pero, es probable que el origen sea una dificultad común que este asociada con una de las transiciones que se experimentan regularmente en el ciclo familiar. Por ello el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital.

Haley (1989) describió seis etapas del ciclo vital familiar las cuales son:

1. Periodo de noviazgo.
2. Primeros tiempos del matrimonio.
3. Nacimiento de los hijos y trato con ellos.
4. Periodo intermedio del matrimonio.
5. Destete de los padres respecto de sus hijos.
6. Retiro de la vida activa y vejez.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS.

El enfoque de terapia familiar estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr en el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática. El terapeuta deberá seguir los siguientes pasos:

- Definición de los cambios deseados.
- Fija meta terapéutica. (objetivos)
- Se programa el cambio por etapas.
- Modificar las jerarquías.
- Evitar aparición de resistencias.
- Se instrumenta la estrategia terapéutica.
- Cuando el problema incluye tres generaciones Haley propone utilizar tres estrategias, utilizar a la persona periférica; romper la coalición por medio de una tarea y unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

Objetivos de la terapia.

- El terapeuta debe identificar quienes están involucrados en el problema presentado y de qué manera, en el aquí y ahora.
- El terapeuta decidirá como ha de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario.
- El cambio se planea en etapas, de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, hasta que toda la situación cambie.
- Las intervenciones están programadas para involucrar o desvincular, conectar o desconectar a varios miembros entre sí.
- A menudo el terapeuta comienza por crear un nuevo problema y por resolverlo de modo tal que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente.

TÉCNICAS

Con el propósito de que la conducta sintomática no resulte adaptativa para el sistema, el terapeuta emplea técnicas para cambiar las estructuras de organización, las cuales son: redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas.

MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS.

Este modelo de terapia fue creado en otoño de 1968 después de la muerte de Don D. Jackson quien fundó el grupo M.R.I (Mental Research Institute) en 1959. Se identifican como representantes a Paúl Watzlawick, John Weakland, Richard Fish y J. Haley mismos que se dedicaron al estudio de las modalidades de la comunicación.

IDEAS PRINCIPALES DEL MODELO.

La Terapia desde este enfoque busca solucionar los problemas en forma breve, cuya duración no sobrepasen 10 sesiones, es dinámica y flexible, se analizan los intentos de solución del cliente para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso. Esto convierte al proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de Terapia Breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente).

El modelo de terapia breve se basa en la creencia de que los problemas se originan y son mantenidos por el modo en que las personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida. Las soluciones intentadas que derivan de un cierto marco de creencias aplicado a la dificultad quizá no generen ningún cambio o incluso exacerben el problema. Dicho problema se agrava mientras se aplican de modo repetido y creciente las mismas soluciones, del tipo «más de lo mismo», que llevan a más del mismo» problema, lo cual, a su vez genera “más de las mismas”; soluciones intentadas, y así sucesivamente. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999).

Para los integrantes del M.R.I el objetivo terapéutico es alcanzar un cambio denominado “tipo 2” en relación con la clase de solución intentada. Ellos explican que en el cambio de “tipo 1” comprenden cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas que únicamente mantienen el problema. Los cambios de “tipo 2” suponen la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce o desaparece el problema. (Fish, Weakland y Segal, 1984)

El modelo de terapia breve está interesado en el proceso; es decir, en los círculos de interacción que el paciente vive alrededor de determinada situación (pautas). Le interesa el aquí y ahora, ya que el ahora se puede modificar.

No está interesado en la estructura familiar del paciente. No busca causas históricas. No busca patología dado que las cosas que pasan son un fenómeno social, no individuales. No le interesa trabajar con etiquetas porque los problemas que pasan se dan entre las personas. No es normativo, no se plantea un “deber ser” cada persona lo establece. No hay estándares de normalidad o funcionalidad, por tanto la meta es el objetivo de cambio que el paciente plantea. No es una terapia de crecimiento; el modelo intenta “redefinir la verdad”. En la terapia cuando se redefine se demuestra que hay otras maneras, otras opciones de ver la realidad.

Este modelo se centra en el problema, en el concepto de síntoma. Se acepta y se aprovecha en forma positiva todo lo que el paciente tiene o hace: habilidades, recursos, la resistencia

(miedo natural al cambio), etc. Se trabaja sobre los pequeños cambios (efecto de bola de nieve). Se trabaja bajo la premisa de que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática ya que ésta está regulada por una causalidad circular, produciendo así el cambio terapéutico.

En la fase de evaluación el terapeuta debe obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas. Después de alcanzar una definición operativa del problema se indaga sobre las soluciones intentadas.

Los autores sugieren que en el devenir cotidiano las personas realizan alguna o varias de las siguientes soluciones para enfrentar sus dificultades convirtiéndolos en problema, por lo que se diseñaron como intervenciones específicas:

- ❖ *-Intentan forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.*
- ❖ *-Intentan dominar un acontecimiento temido aplazándolo.*
- ❖ *-Intentan llegar a un acuerdo mediante coacción.*
- ❖ *-Intentan conseguir sumisión a través de la libre aceptación.*
- ❖ *-Intentan confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.*

CLIENTE / PACIENTE

Desde esta postura de trabajo se utilizan los términos de “cliente” y “paciente” como intercambiables, pero es necesario realizar una distinción dentro de este contexto específico. Para Fish, Weakland, y Segal (1984) el término *cliente*, es la persona que solicita la ayuda, acude a terapia con un alto grado de motivación y compromiso para resolver el problema, buscando activamente la ayuda de un terapeuta. En cambio, *paciente* es aquel que el cliente define como persona problemática, enferma o perturbada. Lo que se pretende es hacer que el paciente se convierta en cliente para alcanzar los objetivos terapéuticos y el éxito de la terapia.

CICLO VITAL

En este modelo de trabajo en sus inicios se consideraban importantes los problemas ligados al ciclo vital familiar como generadores de los síntomas, sin embargo, esta propuesta fue perdiendo importancia, y actualmente se le atribuye la misma importancia que a cualquier otro cambio. Lo que importa es el problema por el cual acuden a consulta.

POSTURA DEL TERAPEUTA

El terapeuta utiliza las técnicas necesarias para promover el cambio, pero también debe de considerarse a sí mismo como un miembro más dentro de la unidad social, en la cual está contenido el problema, ya que él contribuye a definirlo.

Desde este modelo el terapeuta trabaja con todo lo que el cliente-paciente trae a terapia, (temas o problemas) utilizando el lenguaje de los mismos y evitando la confrontación que le posibilite intervenir en cualquier condición que presenten. Para ello debe adoptar permanentemente una posición inferior, además de guiarse por otras estrategias como; postura igualitaria al paciente, capacidad de maniobra del terapeuta, la oportunidad y ritmo, tiempo necesario, uso del lenguaje condicional y el cliente debe concretar.

INTERVENCIONES GENERALES

En este modelo existen intervenciones planificadas las cuales constituyen un medio de interrumpir las soluciones previamente ensayadas por las familias o pacientes.

Las intervenciones consideradas generales pueden emplearse cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional. El terapeuta hace uso de las siguientes intervenciones con el propósito de generar cambios terapéuticos: no apresurarse, los peligros de una mejoría, un cambio de dirección y como empeorar el problema.

TÉCNICAS

Los recursos técnicos con los que cuenta el terapeuta para promover el cambio comprenden redefiniciones, tareas directas y paradójicas, metáforas y técnicas hipnóticas derivada de la hipnoterapia de Milton Erickson.

MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADA A SOLUCIONES.

El impulsor de este modelo terapéutico fue Steve de Shazer, desarrolla su trabajo desde 1978 en el Brief Therapy Family Center (BTFC) de Milwaukee. Autores como O'Hanlon y Wiener-Davis se iban sumando a su labor y han contribuido a la difusión de la nueva orientación centrada en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. (Ochoa, 1995)

Este enfoque de terapia breve en sus inicios estuvo influido enormemente por las ideas y técnicas de Milton Erickson, por el trabajo realizado en la clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute y por ideas constructivistas. Sin embargo se fue apartando con el tiempo al ir enfatizando la búsqueda de soluciones. A diferencia del enfoque centrado en el problema que se limita a explorar el problema y en descubrir qué sostiene el problema, el enfoque centrado en soluciones se interesa en todos aquellos momentos en los que no se presenta el problema o cuando la situación problemática es controlada por el consultante, identificando con ello aquellas pautas de solución, poniendo énfasis en su desarrollo y establecimiento o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin la dificultad. (O'Hanlon, 1990).

Se considera desde este enfoque que ahora la terapia esta evolucionando más allá de la orientación del aquí y ahora, inclinándose a una orientación hacia el futuro, a la que no interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán, se interesa solamente en datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos, en los recursos del paciente.

IDEAS PRINCIPALES DEL MODELO.

Steve de Shazer (1999) expone que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones. No es necesario dedicar mucho tiempo a la historia del problema ni intentar hacer un diagnóstico.

Se considera que los terapeutas centrados en soluciones influyen mucho durante el proceso de la entrevista sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación. Por ejemplo, sobre lo que eligen centrarse, lo que eligen ignorar, la forma en que formulan las preguntas, si deciden interrumpir o permanecer en silencio, todo ello ayuda a configurar el retrato de la situación del cliente. Y habitualmente en su procedimiento de trabajo hace uso de la proyección al futuro al inicio de la terapia, las preguntas de escala durante y al final de cada sesión, el trabajo sobre excepciones siempre que surja en la conversación alguna mejoría o avance, todo esto pertenece al trabajo con el área – recursos la cual se debe ampliar.

Asimismo el terapeuta se enfocará en reconocer la forma que tiene la familia de colaborar para que el trabajo terapéutico se optimice. No se cree que haya ningún movimiento homeostático que impida el cambio, por el contrario, se considera que el paciente identificado y su familia están motivados para desembarazarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Como consecuencia se afirma que no tiene sentido hablar de “pacientes” ya que se considera que todas las personas colaboran de una u otra manera para cambiar, entonces se habla de “clientes” (Ochoa, 1995)

Desde este modelo se considera que las expectativas del terapeuta influyen sobre el resultado de la terapia, al respecto O’ Hanlon, (1990) expone que los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones útiles que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, mismas que fortalecen a los clientes y hacen más eficaz su trabajo. Las premisas se centran en los recursos y las posibilidades.

Durante la evaluación el terapeuta centrado en soluciones tiene presente:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos
- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.

POSTURA DEL CLIENTE

Un desarrollo interesante del grupo BFTC es su declaración de la muerte de la resistencia se asumen que los clientes quieren cambiar realmente. Es cierto que los clientes no siguen siempre las sugerencias del terapeuta, pero esto no se considera resistencia. Cuando esto sucede, los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar, por lo que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

POSTURA DEL TERAPEUTA

En este modelo el terapeuta no asume la posición de experto, no trata de educar al cliente o familia y no toman en cuenta los prejuicios que se presentan en la historia clínica de los clientes, esto podría predisponer la postura del terapeuta y por consiguiente las respuestas de ambos. Un aspecto importante es que el terapeuta no impone o maneja un lenguaje metafórico, sino que utiliza el lenguaje del cliente o una retórica libre de tecnicismos dando a sus clientes mayor confianza y seguridad.

Otro aspecto importante es que el terapeuta emplea todo con lo que el cliente se presenta a terapia, el síntoma, creencias rígidas, conductas compulsivas como partes esenciales a ser utilizadas y como parte de la solución. Como ayuda para el terapeuta Steve de Shazer (1999) propone el árbol de decisiones, mismo que ayudara a identificar los patrones de cooperación de los clientes con respecto a las tareas asignadas, identificando así la forma de colaboración para el cambio.

METAS Y ESTRATEGIAS

En este enfoque durante la primera sesión se tienen que definir los objetivos terapéuticos por el consultante en términos conductuales, en forma concreta, precisa y factible, que pretenden conseguir con el tratamiento, y establecer los indicios concretos que le permitan reconocer el logro de las metas propuestas, aquello que a juicio del cliente funciona satisfactoriamente. El terapeuta deberá centrarse en la solución mediante el cambio mínimo, por ejemplo ¿cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?. Este modelo plantea una generalización posterior de los cambios a la que denomina “efecto de alas de mariposa” (O’Hanlon, 1990).

Asimismo, debe encausar el lenguaje del cliente hacia el cambio perceptivo y conductual, para ello puede cambiar el uso del tiempo verbal. Otro recurso con los que cuenta el terapeuta son las preguntas presuposicionales, mismas que presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes. Además estas preguntas inducen al cambio, ya que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema.

INTERVENCIONES

En este modelo el objetivo terapéutico será ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera de él, ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que sea satisfactorio en la vida del cliente. Para ello el terapeuta tiene que centrarse en; “Cambiar la forma de actuar” en la situación percibida como problemática, Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática y evocar recursos, soluciones y capacidades que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática. Para ello se han descrito tres tipos de intervenciones generales; las intervenciones que actúan sobre la secuencia sintomática, las intervenciones que actúan sobre el patrón del contexto y las llamadas tareas de formula para reducir el área problema (tarea de formula de la primera sesión y tarea sorpresa).

TÉCNICAS

El modelo centrado en excepciones utiliza una variación de técnicas como: redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, técnicas de persuasión para que el paciente compre la tarea, metáforas, ordalías y rituales. Técnicas con proyección al futuro; la pregunta del milagro, la bola de cristal y preguntas de escala.

MODELO DE MILÁN.

El centro para el Estudio de la Familia inicio su actividad en Milán, Italia en 1967, Mara Selvini Palazolli invitó a colaborar a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, todos de formación psicoanalítica. Centrando su interés en los casos de psicosis, anorexia y bulimia.

Inicialmente este grupo estaba interesado en tratar niños gravemente perturbados junto con sus familias, su orientación psicoanalítica los llevó a tener problemas al intentar aplicar los conceptos analíticos a las familias. Pero en 1971, el grupo quedó impresionado por los informes acerca del tratamiento y la investigación de familias que se realizaba en Estados Unidos, por un lado, bajo la inspiración de Gregory Bateson, y por otro, la influencia del M.R.I en particular el libro de Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin: Pragmatics of human communication. Es entonces cuando deciden adoptar el enfoque de Palo Alto y desarrollar la intervención paradójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Su tesis era que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, igualmente cambiaría la conducta problema. (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

Su finalidad era establecer las raíces de un modelo terapéutico, al principio rechazaron muchas invitaciones de otros centros, hasta no tener bien delineados y respaldado con casos clínicos su modelo terapéutico.

Sus primeros trabajos fueron publicados en inglés, ahí explicaron los principales lineamientos de su enfoque como son: la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo de terapéutico durante la terapia, la connotación positiva y los rituales, temas que fueron desarrollados en publicaciones posteriores. Cuatro años más tarde en 1978 publicaron en inglés su libro clave paradoja y contraparadoja, ahí exponían sus trabajos completos con pacientes y familias con problemas de anorexia y psicosis. (Sánchez, 2000)

En este periodo describieron por primera vez la estructura de sus sesiones de terapia familiar, consisten en cinco etapas (Boscolo et al. 1987)

- I. Presesión. Los terapeutas se reúnen en equipo para leer la ficha, si se trata de la 1ª sesión, o el acta de la sesión precedente, en caso de sesiones sucesivas.
- II. La sesión. Con una duración aproximada de una hora, los terapeutas solicitan cierta información como un indicador del estilo interaccional de la familia. El comportamiento del terapeuta tendía a provocar interacciones entre los miembros de la familia, para observar las secuencias los comportamientos verbales y no verbales y las reglas familiares.
- III. La discusión de la sesión. Los terapeutas y observadores discuten lo observado en la sesión, elaboran mensajes para la familia, tareas, y prescripciones.
- IV. Prescripción de la tarea para la familia. el terapeuta dará las actividades a seguir por la familia en casa.
- V. Discusión de la reacción de la familia respecto a los comentarios y las prescripciones. La realiza el equipo de expertos una vez que la familia se ha retirado.

En este periodo la aportación del grupo fué la connotación positiva, el terapeuta ve todo el comportamiento como positivo o bueno. El objetivo es preservar la cohesión del grupo familiar, lo cual permite al terapeuta ser aceptado por la familia, pues no desafía o cuestiona ninguna posición de conducta.

IDEAS PRINCIPALES DEL MODELO

Desde este modelo lo patológico es el juego familiar, que incluye el mapa de las relaciones, es decir, las alianzas y exclusiones, la regla que parecen presidir esas relaciones, qué está y qué no está permitido, la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema. Por lo que el síntoma es visto como una solución a un problema familiar encubierto producto de una discrepancia entre las conductas que están sometidas a variaciones y las creencias que permanecen inalteradas por los integrantes de la familia. El síntoma sirve para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar ó para reclamar la necesidad de que se produzca.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar, mismo que se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia, mismas que se heredan de generación tras generación. (Selvini, et.al,1998). El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando asigna a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. Desde este modelo el terapeuta deberá modificar el sistema de creencias para cambiar la conducta problema, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente.

El terapeuta debe ser capaz de considerar a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto. Es decir, que la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros miembros, y es epistemológicamente erróneo considerar su comportamiento como la causa del de los demás debido al hecho de que cada miembro influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás; actúa sobre el sistema, pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema.

Esta nueva epistemología abrió nuevos horizontes teóricos y prácticos; permitió considerar el síntoma como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas del grupo natural en el que se puede verificar a través de la formulación de hipótesis sistémicas y del interrogatorio circular.

Los principales objetivos de la evaluación serán; determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma, y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional. Por lo tanto, el cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Los cambios más significativos se producen en las percepciones y creencias de la familia. (Ochoa, 1995).

Otra importante influencia que se cimienta sobre el grupo de Milán es su creciente interés por lo que Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela y otras investigadores de la cibernética han dado en llamar la cibernética de orden segundo en donde se incluye al observador en lo observado (Keeney, 1983: Citado en Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn 1998), el enfoque cambió con relación a la función del terapeuta.

El quipo delineó los fundamentos para desarrollar la terapia, la cual podría ser usada como metodología por el terapeuta. Los tres principios indispensables fueron: la hipótesis, circularidad y neutralidad. (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

La Hipótesis; se considera como un elemento para organización y búsqueda de información que le sirva al terapeuta para delinear su trabajo, con el propósito de explicar tentativamente lo que ocurre en el sistema familiar buscando nexos entre datos aportados por la familia, en sus observaciones interaccionales durante la sesión, su experiencia personal y sus conocimientos. Por consiguiente, la hipótesis debe ser “sistémica”, o sea que debe explicar todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí. Como no se intenta averiguar la verdad o falsedad de la hipótesis, lo importante es que demuestre ser útil, en el sentido de que conduzca a nueva información que haga avanzar a la familia.

La Circularidad: El grupo de Milán creó una técnica de entrevista destinada también a buscar diferencias; Entendemos por circularidad la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la realimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculos y por lo tanto, de diferencias y cambios (Selvini Palazzoli, et al., 1980). El terapeuta debe obtener información de todos los miembros que componen el sistema, cada uno de ellos deberá dar su opinión acerca de cómo se relacionan otros familiares (metacomunicar).

Neutralidad: es la capacidad del terapeuta de esforzarse en no ser influido por el sistema familiar y ser capaz de actuar libremente dentro de la terapia, con el fin de no involucrarse con algún miembro de la familia (no formar alianza o coalición).

El grupo de Milán afirma que si un terapeuta logra mantenerse “neutral” durante una sesión, los miembros de la familia entrevistada no podrán decir que sé puso de parte de uno de ellos. Esto excluye igualmente la adopción de posturas morales que suele llevar a ponerse de parte de una persona y en contra de otra. Y al mismo tiempo la técnica del interrogatorio ayuda porque permite al terapeuta pasar de una persona a otra en forma equitativa, y evitar formar parte del juego familiar, a fin de alterar la epistemología de sus miembros, favoreciendo el cambio de “juego”.

En 1980 el grupo se dividió en dos, Selvini y Prata continúan trabajando sobre la prescripción invariante basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos. Boscolo y Cecchin desarrollaron su trabajo como consultores en diversos talleres alrededor del mundo y a través de la docencia. (Sánchez, 2000)

PACIENTE IDENTIFICADO

El grupo de Milán le atribuye importancia a toda la familia, pero dice que en un miembro se manifiesta el síntoma, denominándolo paciente identificado, indican que éste es quien mantiene la homeostasis de la patología del sistema familiar.

POSTURA DEL TERAPEUTA

El grupo de Milán postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio, deberá asumir una postura de curiosidad y neutralidad, es decir, no tomar partido por ningún miembro de la familia, debe evitar alianzas o exclusiones como parte de la influencia familiar.

INTERVENCIONES

Desde este modelo terapéutico no se definen objetivos concretos con la familia, solo se tiende un puente hacia la consecución de un cambio específico más deseable.

El grupo de Milán manifiesta que el terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser ella misma la que encuentre una solución que le resulte adecuada. (Ochoa, 1995)

TÉCNICAS.

El interrogatorio circular es una técnica con la cual el terapeuta crea curiosidad dentro del sistema familiar y del sistema terapéutico. Ofrece la posibilidad de quebrantar el sistema de creencias familiares, a través del uso del lenguaje relacional, lo cual puede lograrse por medio de preguntas, mismas que pueden ser: preguntas triádicas, preguntas sobre alianzas, preguntas para clasificar, preguntas explicativas, preguntas hipotéticas, preguntas reflexivas.

Los integrantes del grupo de Milán trabajan con dos grupos de intervenciones; a) las cognitivas: redefinición y connotación positiva. b) las conductuales: prescripciones directas, prescripciones paradójicas y prescripciones ritualizadas. Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben en relación con el síntoma; por consiguiente afectan el tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás.

A partir de los 90s resurge el pensamiento posmoderno con gran fuerza para transformar el quehacer terapéutico en la terapia familiar sistémica, poniendo énfasis principalmente en el rol y función del terapeuta con una posición de no experto, se enfatiza su participación en la conversación, los significados y las narrativas familiares. A continuación se expondrán los principios básicos de esta perspectiva. A continuación se expondrán los principios básicos de esta perspectiva.

POSMODERNISMO

El posmodernismo es una nueva forma de percibir la ética y la estética, con una inédita ecologización que retorna hacia lo natural. En él, la naturaleza y el hombre ya no son objeto de explotación, sino que se respetan y son compañeros. Es el parteaguas de una crisis profunda, pero al mismo tiempo se utilizó como el abrazo que ofrece su calor para nuevas orientaciones. Es el desplazamiento de la modernidad, la proclamación de lo de adentro y no la de arriba. (Sánchez, 2000).

Es sabido que la modernidad atribuyó a la razón científica la facultad de dictar lo que es verdad y bajo esta cobija modernista la esencia de la verdad es absoluta y trascendente y no puede estar supeditada a nuestros deseos, creencias, decisiones y características, es universal y absoluta, debe trascender el carácter necesariamente cambiante y contingente de la subjetividad humana y de la intersubjetividad que la nutre. Este pensamiento puramente científicista busca la verdad fuera del contexto humano, fuera de la cultura y la sociedad, si la verdad dependiera de nosotros dejaría de ser verdadera y perdería toda capacidad para desempeñar las funciones reguladoras que tiene asignadas y que no son otras que las de producir el consenso y la sumisión sin necesidad de recurrir a la fuerza (Ibáñez, 1994). Las instancias formadoras y reguladoras de la “verdad” adquieren varios nombres; ciencia, realidad, leyes, Dios o las leyes del universo, entre otras. Por lo que la verdad excluye casi cualquier pensamiento alternativo que no se adhiera a los lineamientos estandarizados que rigen según estas instituciones la actividad humana. Este ejercicio de autoridad fue lo que llevo a algunos pensadores a adoptar una postura crítica y escéptica hacia los procesos promotores de la verdad como tal.

Lyotard (1984) es el autor del término posmoderno en la filosofía y explica en su libro; “La condición posmoderna” que es el estado en que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las reglas de los juegos de la ciencia, la literatura y de las artes a partir del fin del siglo XIX, enfatizando que las sociedades modernas anclan los discursos de verdad y de justicia en los grandes relatos históricos y científicos, por lo que el posmodernismo puede verse como un filtro para aceptar o rechazar las grandes narrativas, teniendo como premisa la aceptación de la pluralidad de culturas y discursos.

A partir de los años ochenta, se dio un importante cambio conceptual con la publicación del libro la realidad inventada de Watzlawick (1984); las aportaciones de las investigaciones sobre Biología del conocimiento realizadas por Maturana, 1984; Varela, 1989; Von Glaserfeld, 1988, los trabajos sobre la cibernética de segundo orden Keeney, 1991; Segal, 1994; Von Foerster, 1990; Watzlawick, 1995; Citados en Pakman, 1991), dieron como resultado la inclusión del observador en el escenario sistémico y su participación en la descripción de lo que observa. El interés se centró en identificar cómo influían los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana en general, ya que anteriormente se consideraba al terapeuta como un observador externo, objetivo, imparcial, el cual tenía como función sacar a la luz la verdadera realidad para ayudar a los pacientes a liberarse de las redes en las que estaban presos.

De este nuevo paradigma surgen los modelos posmodernos centrados en el Constructivismo y el Construcciónismo Social.

El constructivismo, esta corriente filosófica considera que no podemos conocer la realidad en sí, sino que la realidad misma es construida por el sujeto; a decir, a través de la adaptación del organismo y su ajuste al medio ambiente construye el pensamiento respecto al mundo que percibe en el sistema nervioso central y periférico, así lo real no es aquello que existe ante nuestra mirada, sino lo que producimos en el proceso de conocimiento y significación. Esta concepción del constructivismo no consideraba al contexto social como el determinante de la realidad de los pacientes, sino que los concebía en la construcción de su realidad, en un contexto únicamente familiar. En esta postura se reconoce a Von Glasersfeld, y Von Foerster como los más radicales.

El construccionismo social, es la escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad, de acuerdo con Gergen (1996) postula que las ideas, conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje.

Desde esta perspectiva se concibe que los significados son construidos socialmente en relación con los otros dentro de una comunidad específica a través del lenguaje, estas realidades son organizadas y mantenidas a través de los discursos y narrativas que se dan dentro de ellas, esto implica concebir a los significados como válidos en un contexto específico, es decir, no podemos hablar acerca de una realidad sino de diversas realidades que son construidas socialmente y son compartidas por una comunidad de personas (Domingo, 1983). Esto lleva a que las reflexiones ofrecidas en la terapia se realicen a través de un lenguaje tentativo (tal vez, me preguntaría que pasaría si, podría ser, etc.), sin pretender que sean una verdad o que se busque imponerlas a las personas, que se busque que estas reflexiones propicien descripciones múltiples de una situación, además de respetar las ideas de los clientes a través de asumir un lenguaje. El lenguaje usado en las reflexiones debe evitar la jerga científicas o la introducción de comentarios analíticos o diagnósticos.

Dentro de la búsqueda de alternativas Anderson (1997) refiere que el pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas, hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje.

Los principales modelos terapéuticos que asumen el pensamiento posmoderno son: los modelos narrativos (White, 2002; White y Epston, 1993), los basados en procesos reflexivos (Andersen, 1994) y los enfoques conversacionales colaborativos (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1988). Mismos que describiré a continuación.

TERAPIA NARRATIVA.

En este enfoque se identifica como representantes a Michael White y David Epston (1993), ellos se conocieron por primera vez en 1981 en el Congreso Australiano de Terapia Familiar. Michael White reside en Australia, realizó estudios de trabajo social y en 1967 comenzó a trabajar en un Departamento de Bienestar Social, donde empezó a interesarse por las actividades de trabajo comunitario y acción social, por lo que se interesó en trabajar con grupos terapéuticos multifamiliares. David Epston reside en Nueva Zelanda y labora en

el Instituto de Auckland, realizó estudios en sociología enfocándose en la sociología de la medicina.

La terapia narrativa es un espacio de comunicación e intercambio de experiencias, donde el paciente puede expresar las ideas que tiene de sí mismo y de sus problemas tomando en cuenta hasta qué punto el contexto particular en que se desenvuelve le ha dado forma a sus ideas y conocimientos y cómo estos influyen en sus experiencias.

White y Epston retoman la metáfora narrativa para su trabajo terapéutico, ellos consideran que las experiencias de las personas son vividas como relatos, a través de éstos las personas van a interpretar sus actos y les van a atribuir un significado, es importante mencionar que estos relatos tienen múltiples interpretaciones, cada una va a construirse a partir de un contexto específico, a través de las políticas de poder, económicas, creencias culturales de una comunidad determinada. Se puede definir la narración como una unidad de significados que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. (Epston, White y Murray, 1996).

Durante estos últimos años Michael White (1993) ha desarrollado una innovadora técnica psicoterapéutica denominada “externalización del problema”, propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Este procedimiento de intervención abre un “espacio conceptual” que les permite a los pacientes tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir de la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas. Esta técnica es útil para trabajar con una variedad de problemas que pueden incluir condiciones graves como la esquizofrenia, la depresión, la paranoia, la violencia y el riesgo de suicidio.

Los factores centrales en las ideas de White (1994) proponen que de las historias narradas por el paciente el terapeuta se enfoca en el significado que los individuos tienen de sí mismos, su forma de ver el mundo y el uso del lenguaje para construir estas historias. No está interesado en la etiología del problema pero sí en los efectos de éste en la estructura familiar. Su trabajo se basa en la descripción de los eventos en la vida de las personas con problemas. Las personas con historias llenas de problemas se saturan de aspectos negativos en sus vidas y en su personalidad, los cuales son constantes e inevitables, y les hace sentir débiles y en consecuencia presas de todo tipo de situaciones difíciles, es decir, se convierte en la historia dominante de su vida. La terapia ayudará a los consultantes a localizar y generar historias alternativas, eso le ofrecerá un concepto diferente de sí mismo y de sus problemas.

Para el autor el primer paso para obtener una nueva historia es que la familia tome distancia de la historia central y separar a las personas de la descripción saturada del problema. Él refiere a este último como si fuera una entidad externa e independiente de la familia y a sus miembros como una entidad con voluntad propia para dominar a las personas y a la familia.

Esta externalización ayuda a los integrantes a ver que no son las personas ni la familia los causantes del problema, sino que es la relación que se tiene con éste. El causante es el mismo problema y la relación de las personas con el mismo.

Después de externalizar el problema, identificándolo claramente se realiza una serie de preguntas vinculadas a la relación que existe entre las personas y el problema.

IDEAS PRINCIPALES DEL ENFOQUE EXTERNALIZANTE

- ❖ La premisa rectora en el abordaje narrativo es: "La persona nunca es el problema, el problema es el problema.
- ❖ Este no busca culpables ni pretende encontrar opresores, sino una política de liberación a un nivel muy individual.
- ❖ Muchas de las creencias que mantienen las personas son derivadas del bagaje cultural.
- ❖ Si aprendemos a reconocer el efecto insidioso de éstas creencias y a considerarlas no como parte inherente de nosotros mismos, podremos liberarnos de ellas.
- ❖ A través del uso de su técnica más conocida, la externalización, los terapeutas narrativos son capaces de aceptar el poder de las etiquetas, al mismo tiempo que evitan la trampa de reforzar el apego a las mismas.
- ❖ La externalización ofrece ver a los pacientes con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto automáticamente crea una visión de la persona como no determinada, capaz de tomar decisiones con relación al problema. La externalización del problema ayuda a las personas a identificar y separarse de los discursos que los oprimen.
- ❖ Este procedimiento propicia que las personas se aparten de la historia dominante y empiecen a generar historias alternativas exentas del problema, espacios donde el problema es menos intenso o los clientes se experimentan de diferente manera.
- ❖ A estos momentos se les conoce como sucesos extraordinarios que dan pie a una nueva narrativa.
- ❖ Es el cliente quien determina las narraciones alternativas que se co-construyen. Esta perspectiva plantea el siguiente proceso: problema-deconstrucción hacia la solución- reautoria.

EXTERNALIZACIÓN Y DECONSTRUCCIÓN

1.- DESCRIPCIÓN SATURADA DEL PROBLEMA, la persona cuenta su problema, se inicia con preguntas para aclarar y ampliar más la visión del problema, detallar más la experiencia de dificultades y consecuencias en su vida.

2.- BAUTIZAR EL PROBLEMA. El terapeuta invita a poner nombres específicos al problema, palabras o frases cortas, el terapeuta puede sugerir adjetivos o sustantivos, ejemplo el problema mayor sería la angustia, la tristeza, la depresión que en este momento esta queriendo dominar tu vida.

3.- LENGUAJE EXTERNALIZADOR. Emplear lenguaje para transmitir la idea de que el problema tiene efectos sobre la persona. Ejemplo: la depresión hizo esto.....con tu vida, trabajo, familia.

4.- TOMAR EN CUENTA ASPECTOS POLÍTICOS, SOCIOCULTURALES. La terapia asume que los aspectos de relaciones de poder, afectan a la persona (género, anorexia, violencia)

5.- PREGUNTAS DE INFLUENCIA RELATIVA.

a) efectos del problema en la vida de las personas, en sus relación con otros y percepción de si mismo.

b) los efectos que la persona a tenido sobre el problema. (Pasado, presente y futuro).

6.- DECONSTRUCCIÓN DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS. Al encontrar aspectos negados, contradictorios de la historia saturada. El terapeuta hace preguntas para fortalecer la historia alternativa.

7.- SE INVITA AL CLIENTE A ASUMIR UNA POSTURA DETERMINADA (REFLEXIVA.) O UNA POSTURA ANTE LA SITUACIÓN.

Historias: dominantes y alternativa. Ejemplo: ¿ahora que sabes de tu que la ansiedad es tu principal enemigo que vas hacer con el problema?

8.- USO DE DOCUMENTOS TERAPÉUTICOS.

Cartas, diplomas, mensajes, listas para consolidar historias alternativas, descripciones de logros, de historias alternativas que queramos fortalecer.

9.- SEGUIR NARRAR Y RE-NARRAR. Dialogo con curiosidad.

10.- USO DE TESTIGOS EXTERNOS (PUEDE SER EL EQUIPO)

Toda persona esta constituida socialmente, los otros nos validan.

Ejemplo: quien más se dio cuenta, se puede hacer uso de otros niños, cartas de otras personas que superaron problemas similares (por etapas de desarrollo.) Concursos sociales para buscar redes de apoyo al interior o exterior de la familia para reforzar la historia alternante.

11.- REMEMBRAR (REMEMBRANZA) Utilizar a gente que ha muerto. Ejemplo: ¿Qué diría ella en este momento de todo este camino que has recorrido para vencer la depresión?

Material elaborado y presentado en clase por Espinosa (2003)

En la terapia narrativa se utiliza la narración (historia, narrativa, cuentos) como una metáfora central del trabajo clínico. Desde este enfoque una narrativa se compone de eventos organizados en una secuencia a través del tiempo mediante una trama.

Como humanos nosotros somos seres interpretativos, buscamos darle un sentido a nuestras experiencias cotidianas. Construimos las historias de nuestra vida ligando una serie de eventos de acuerdo a una secuencia y tratando de encontrar significados que hagan sentido a la historia. A estos significados le llamamos trama. En resumen, la narrativa es la unión que le da sentido a nuestras experiencias. La manera en que hemos desarrollado nuestra historia está determinada por la manera en que hemos ligado ciertos eventos de cierta manera en cierta trama.

El autor refiere que la externalización tiene los siguientes beneficios:

- ❖ Descartar los conflictos improductivos ente los miembros de la familia, incluyendo aquellas discusiones de quién es el culpable del problema.
- ❖ Debilitar el concepto de frustración que se desarrolla en muchas personas por afrontar continuamente problemas.
- ❖ Facilitar el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan y luchen contra el problema y escapen de su influencia en sus vidas y relaciones.
- ❖ Operar con una nueva visión, para que las personas realicen acciones y recuperen sus vidas de la influencia de los problemas.
- ❖ Permitir a las personas tomar los problemas en forma más ligera, efectiva y con menor tensión.
- ❖ Presentar opciones para dialogar en un lugar del monólogo acerca del problema.

La aplicación de interrogantes en este enfoque se basa en los fundamentos de la escuela post-Milán, tomando las preguntas circulares mismas que se utilizan para evitar discusiones familiares y permitirles un enfoque sintomático que les ayude a examinarse así mismos y su relación con el problema. El cuestionamiento de White esta diseñado para facilitar respuestas específicas que permitan a los miembros de la familia separarse de los problemas, tener más fuerza que éstos y no ser lo que ellos pensaron que eran. Estos planteamientos llevaran a los pacientes a ciertas conclusiones como; la confianza de sentirse menos afligidos por sus problemas iniciales y permitirles tener más alternativas de solución.

RECURSOS

Otra aportación significativa de los trabajos de White y Epston (1993) fue la cantidad de formas de escritura que se pueden aplicar en la terapia para enriquecerla como; cartas, invitaciones, predicciones, declaraciones, los resúmenes de sesiones, el diario, certificados, agradecimientos entre otros. Considerando que en nuestra cultura el lenguaje juega un papel central en las actividades que definen y modelan a las personas, el lenguaje escrito realiza una contribución importante en este sentido ya que también contribuye en la redescrición de las personas.

POSTURA DEL TERAPEUTA

El terapeuta en el modelo narrativo es visto como un co-constructor de nuevos relatos o interpretaciones de los relatos de las personas, en este sentido, se sugiere que el terapeuta cuestione sus certezas establecidas, no puede saber de antemano qué es adecuado para las personas, ni saber qué aspecto debería tener la familia al final de la terapia. Además el terapeuta adopta una posición reflexiva en relación con la constitución de las realidades terapéuticas.

Otros de los modelos derivados del constructivismo y construccionismo social en la década de los noventa es el desarrollado por Tom Andersen (1994) conocido como el equipo reflexivo y la escuela colaborativa conversacional de Harlene Anderson (1997). En este cambio epistemológico se implica al terapeuta como participante en la construcción social de los significados.

EQUIPO REFLEXIVO.

Se identifica a Tom Andersen (1994) como el fundador de los equipos de reflexión en el norte de Noruega, En 1978 llega a la Universidad de Tromsø donde forma un equipo con siete colaboradores que trabajan en servicios psiquiátricos y organizan diversos seminarios sobre terapia familiar. Para la década de los 80s se reorganiza el equipo adoptando una postura sistémica en la terapia, en específico del modelo Pos-Milán.

Dentro de las principales contribuciones al trabajo de Andersen fueron; a) los escritos de Bateson sobre la diferencia que hace la diferencia, b) los escritos de Maturana, sobre la relación paciente-terapeuta (segunda cibernética), en donde este último indica que es el paciente quien forma su realidad analizando lo que conoce de ésta y de su actitud ante el mundo. c) las observaciones que él y su equipo de colaboradores hicieron al trabajo con familias y d) y los trabajos de otros terapeutas.

Andersen (1994) señala que estos terapeutas eran miembros del Grupo de Milán en Italia, del Instituto Ackerman en Nueva York y del Instituto de la Familia en Houston Galveston; lo que más los impresionaba era el cuidado y el respeto genuino que esos grupos mostraban hacia la integridad de aquellas personas con las que conversaban.

El autor describe cómo surgió el equipo de reflexión: “la idea de abrir la conversación del equipo de expertos a la familia estancada se llevó a cabo en 1985 durante una sesión en vivo de ambiente pesimista, en dónde el equipo que seguía la conversación detrás del espejo llamaba al terapeuta para proporcionarle nuevas preguntas optimistas. El terapeuta las decía a la familia y regresaban al ambiente pesimista. Así, trataron la misma táctica tres veces con las mismas consecuencias, hasta que el equipo ofreció a la familia hablar detrás del espejo haciendo un cambio de luces para que el sistema de entrevista los observara y escuchara algo diferente. Cuando cambiaron las luces de nuevo, la familia estaba totalmente cambiada: Ellos hablaban con más anhelo de lo que podrían hacer en el futuro y hasta se reían. En un inicio se hacía cambio de luces y se escuchaba a los terapeutas, después cambiaron de habitaciones. Es decir, el terapeuta y la familia conversaban en un cuarto con el equipo escuchándolos detrás del espejo. Después se daba el cambio cuando el equipo se iba hacia el “cuarto de conversación” y el terapeuta y la familia caminaban hacia el “cuarto de escucha”. Cuando el equipo terminaba sus reflexiones, se cambiaban de cuartos y la familia comentaba sobre lo que había escuchado desde el cuarto de conversación”. (Andersen, 1994 pág 33).

A la nueva forma de trabajar se le llamó grupo reflexivo, para esto, Andersen y sus colegas, pensaron en el significado de la palabra en francés reflexión que tiene el mismo significado que la noruega *refleksjon*”, es decir: Algo que es oído, apprehendido y pensado antes de dar una respuesta (Andersen, 1994).

Este equipo poco a poco fue asumiendo una postura más colaborativa con respecto a los mensajes que se les ofrecía a la familia, pasando de la forma “nosotros lo vemos así” o “nosotros lo entendemos así” a la de “Además de lo que ustedes entienden, nosotros entendemos esto”, o “además de lo que ustedes ven, nosotros vemos esto”.

IDEAS PRINCIPALES

Definir algo como distinto del entorno, era lo que Bateson (1979, citado por Vega, 2002) llamaba establecer una diferencia. Andersen y sus colegas determinaron que era importante diferenciar entre tres tipos de diferencias: la primera es la diferencia que es demasiado pequeña para que el receptor la note; la segunda es una diferencia apreciable, es decir, es lo suficientemente grande para ser notada; y la tercera es una diferencia tan grande que puede desorganizar al sistema. Esos nuevos aspectos estimulaban distinciones y esas diferencias contribuían a que la persona las agregara a su propia visión, entendiendo así la famosa frase de Bateson: la unidad elemental de información es una diferencia que hace una diferencia.

Andersen (1994) cambió el término “diferente” por “inusual”, basándose en la explicación de que si la gente se veía expuesta a lo usual, lo inusual podría inducir un cambio. Así, los que no sabían qué hacer necesitaban algo inusual, pero ese algo no debía ser demasiado diferente (inusual) para que pudiera ser asimilado. Esto se aplicó a la terapia para generar el cambio a través de las diferentes voces con contenidos inusuales.

Desde este enfoque cualquier descripción o comprensión depende del observador por lo que cada persona tiene su propia visión ante cualquier hecho, ninguna descripción es mejor que otra, todas son igualmente válidas. El autor explica que esto fue para enfatizar el valor de lo que habían considerado ambos: familia y equipo de terapeutas, pues, anteriormente había una clara tendencia a tratar de encontrar la intervención correcta, y si la familia estaba en desacuerdo se ocasionaba una fuerte disputa con el equipo.

De acuerdo con el autor las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones, explicaciones, definiciones y significados. Pues tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz de viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas. Así, esta sería la más amplia base para que una persona pudiera elegir cómo manejar situaciones estancadas de manera diferente o cómo responder ante acontecimientos nuevos.

Es útil ver la conversación como una serie de intercambios de ideas generadoras de posibilidades, ya que incluye la invitación a tocar temas considerados dolorosos, olvidados, desconocidos, aburridos etc. Cuando dialoga se tiene que atender a las palabras que usan, así como el tono y los movimientos corporales que siguen a las palabras, se pregunta de todo lo que escucha, de lo que es más importante para seguir hablando. A esas partes importantes él les llama “aperturas”. Este proceso se da dentro de un encuadre terapéutico positivo, discreto, respetuoso, sensitivo, cuidadoso, imaginativo y creativo.

POSTURA DEL TERAPEUTA

Para Lax (1994; Citado en Vega, (2002), menciona que al utilizar el equipo reflexivo, la terapia se enfoca hacia los consultantes con énfasis en este sistema el terapeuta se ubica en una posición no jerárquica, lateral, respetando y dando poder a los clientes y a sus creencias. Así, la terapia se encara como una mutua colaboración más que como un esquema en el cual el papel del terapeuta es el de “experto” y los clientes son considerados “enfermos”.

Desde este modelo de trabajo los terapeutas no sienten que pueden o que deben controlar el proceso terapéutico y aceptan que únicamente son parte de él. La tarea del terapeuta, comenta Andersen (1994) es entablar un diálogo para comprender de qué manera las personas crearon sus descripciones y sus explicaciones, y a partir de allí invitarlos a un diálogo para diferenciar otras distinciones además de las que ya se hayan establecido.

El equipo por su parte permite que la familia escuche otras voces, diálogos lo suficientemente inusuales que les permita entender el mismo tema de manera diferente con varias perspectivas creando nuevas líneas de comprensión para así generar un cambio.

TÉCNICA

Dentro de los pasos del proceso que Andersen definió para el trabajo con el Equipo Reflexivo, mencionó que podrían presentarse en diferente secuencia dentro de la sesión pues podían darse cuando fuera más natural. Andersen (1994) define que el Equipo Reflexivo es la parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo. Este autor explica que el equipo puede estar compuesto por una persona (solamente el entrevistador) o hasta cinco (el entrevistador y dos o tres o cuatro miembros del equipo). Cada miembro del Equipo Reflexivo escucha en silencio la conversación, haciéndose a sí mismo preguntas sobre las características de la forma de la conversación y de sus contenidos, pues en algún momento de la sesión los miembros del equipo presentarán sus ideas al sistema de entrevista. Durante la presentación de los comentarios del equipo, el sistema de entrevista no los interrumpe y una vez que el Equipo Reflexivo terminó de hablar, se cambian las posiciones y los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. Así, el entrevistador comienza la discusión haciendo una pregunta abierta: “¿Hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hablar?”

Para permitirles a los clientes que tengan la oportunidad de estar en posición de escucha; los integrantes del equipo se concentran en mirarse a los ojos cuando hacen sus reflexiones, ya que si miran al cliente incluyéndolo en su conversación le estarían quitando la posibilidad de ver la discusión de los demás desde afuera.

No existe una sola manera de organizar un Equipo Reflexivo, por el contrario, hay muchas formas de organizarlo, que dependen de las circunstancias prácticas, y de los deseos y preferencias de los participantes. Lo que queda claro es que el terapeuta entrevistador está siempre junto con la familia, siempre separado del resto del equipo.

Pasos del proceso.

- ❖ El equipo Reflexivo se encuentra en el mismo consultorio que el cliente y el terapeuta entrevistador o detrás de un espejo.
- ❖ El cliente y el entrevistador conversan durante 30 o 40 minutos mientras el equipo los observa y los escucha.
- ❖ En un momento de la sesión, los integrantes del equipo de reflexión dan sus comentarios sobre lo que vieron o escucharon utilizando un lenguaje tentativo, y sin establecer contacto visual con el cliente.

El Equipo Reflexivo debe tener en mente que su tarea es generar ideas, a pesar de que algunas de esas ideas no resulten interesantes para la familia o sean rechazadas, lo importante es comprender que la familia seleccionará aquellas ideas que le acomoden, que encuentren útiles y que puedan poner en práctica.

El formato del Equipo Reflexivo proporciona suficiente tiempo para que tanto el sistema del cliente como el equipo escuchen y participen, de esta manera, más que dar una “verdadera solución” al problema, se da entre cliente y terapeuta la oportunidad de ver un nuevo aspecto, de adquirir nueva información, no la de ellas ni la del terapeuta sino algo diferente, algo nuevo que surja.

El equipo sólo da reflexiones especulativas (es decir, no interpreta, no juzga, no critica), resaltando que no existe ninguna versión objetiva o final. El contexto de las reflexiones va a ser lo que ha estado ocurriendo verbal y analógicamente en el sistema de entrevista.

Los lineamientos que maneja Andersen (1995) para el trabajo del equipo de reflexión son:

- 1) Comentar sobre algo que vio o escuchó durante la entrevista, pero no elucubrar sobre lo que no se habló.
- 2) Tener la libertad de hacer comentarios sobre todo lo que escuchó más no sobre todo lo que vio.
- 3) Hablar entre los miembros del equipo sin incluir ni establecer contacto visual con los clientes.
- 4) No se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista.
- 5) No se deben dar connotaciones negativas.

Los miembros del Equipo Reflexivo hablan de dos a quince minutos y, como regla general, el lenguaje que utilizan los miembros del equipo es tentativo, por ejemplo: “No estoy seguro”, “Se me ocurre”, “Tal vez”, “Tengo el presentimiento”, “Tal vez esto no es adecuado, pero”. Es decir, las reflexiones deben tener la calidad de posibilidades tentativas, no de predicciones, interpretaciones o de juicios calificativos.

ENFOQUE COLABORATIVO

Otro de los enfoques emergentes de los 90s apareció en Galveston Texas, con el trabajo realizado por Harlene Anderson, Harry Goolishian, Lynn Hoffman. Estos teóricos se han interesado por la metáfora narrativa que se refiere al poder constructor del lenguaje y las historias que las personas cuentan acerca de sí mismas. El enfoque conversacional colaborativo trata de establecer conversaciones empáticas en las cuales puedan emerger nuevos significados.

En este concepto terapéutico el terapeuta no es un editor narrativo de las historias del cliente, ni utiliza el lenguaje como una herramienta editora. En vez de esto, el terapeuta esta en conversación con el cliente que implica establecer una terapia menos jerárquica, más equitativa, mutua, respetuosa y humana, una terapia que permite al terapeuta estar enterado de la profundidad, existencia y las experiencias de la persona. (Anderson 1997)

Lo que estos teóricos comparten es la convicción de que los clientes con frecuencia no son escuchados, ya que los terapeutas les están dando terapia en lugar de hacer terapia con ellos. Además lo importante pero sumamente difícil de hacer es el tratar de escuchar lo que los clientes dicen en vez de establecer significados acerca de lo que dicen. Por lo que Anderson recomienda que los terapeutas adopten una posición de “no saber”, esto conlleva a una conversación genuina con los clientes en la que la experiencia a priori y los conocimientos no guíen el proceso.

Los terapeutas colaborativos utilizan las preguntas que invitan a la conversación, estas preguntas involucran una disposición de escuchar activamente. Esto requiere una genuina atención a las historias de las personas adentrándose en las conversaciones, hablando con ellos sobre sus asuntos, tratando de comprender el contexto que da forma a la historia. Estas preguntas no están formadas por teorías preconcebidas de lo que la historia o la conversación debería ser, así, estas preguntas no son generadas por técnicas, métodos o cuestionarios preestablecidos; cada pregunta surge de una honesta postura terapéutica de no saber.

CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE COLABORATIVO.

- ❖ Establece que los problemas son mantenidos o disueltos sobre la base de conversaciones internas y externas. Las personas que tienen un problema intentan discutirlo con otras y conocer la manera en que los otros lo han manejado, sus opiniones sobre el problema y sobre lo que la persona debería hacer.
- ❖ Las conversaciones internas relatan lo que esos otros han sugerido, así como las propias nociones previas. El problema se desarrolla cuando esas conversaciones se vuelven rígidas o estereotipadas, con lo cual se evita que emerjan nuevas ideas o soluciones creativas.

- ❖ La visión humana es una colección de textos e historias, la hermenéutica sugiere que cualquier expresión o elocución es siempre parcial, incompleta y limitada contextualmente.
- ❖ El papel del terapeuta es crear una atmósfera terapéutica en donde se de un intercambio de ideas que pueda resaltar y emponderar el discurso.
- ❖ Se apoya en el interés auténtico sobre el otro, la curiosidad y la intuición para elaborar y/o explorar los significados de lo “no dicho”.

EL “NO SABER” COMO POSTURA TERAPÉUTICA.

Tradicionalmente los terapeutas tienden a valorar la formulación de diagnósticos tempranos así como también estrategias e interpretaciones. Estas evaluaciones prematuras pueden provocar que un terapeuta formule preguntas que tienden a verificar las realidades preconcebidas del terapeuta en vez de aprender de la persona.

La posición de “no saber” deviene de movimientos posmodernos como el construccionismo social que cuestiona el dualismo sujeto-objeto o conocedor- conocido.

Para Anderson (1997) el “no saber” como posición terapéutica se refiere a la actitud y creencia del terapeuta de que no se tiene acceso a una información privilegiada. En esta posición el terapeuta comunica una abundante y genuina curiosidad, sus acciones y actitudes expresan la intención de saber más acerca de lo que se ha dicho, de esta manera el terapeuta esta siempre en situación de ser y mantenerse informado. Así, la curiosidad se destaca como una característica de las terapias posmodernas. El autor sugiere que el terapeuta ponga en juego su curiosidad para entender un poco más acerca de algo y después se moverán sutilmente hacia otras temas para evitar la impresión de que se está interesado en un solo evento de la vida de la persona Anderson y Goolishian (1992) sugieren que el terapeuta no debe entender demasiado rápido ya que esto reduce las posibilidades de expandir y crear significados. El terapeuta no sabe a priori cual es la intención de cualquier conversación o acción, sino que depende de la explicación del cliente y aprende de lo que dice una persona de ella misma.

El “no saber” no se relaciona en tener un juicio infundado o basado en la práctica, los terapeutas siempre tienen prejuicios debido a su experiencia pero se debe aprender a escuchar de forma tal que esta experiencia previa no interfiera con el acceso al mundo de significados y de descripciones que la persona hace de su propia experiencia. Desde esta perspectiva, el terapeuta se involucra en la narración en posición horizontal con los involucrados en las conversaciones que generan el problema, colaborando con discursos alternativos que obstruyen la posibilidad de que la persona o las personas generen conversaciones diferentes acerca del problema fuera del contexto terapéutico.

ALGUNAS DIFERENCIA Y SIMILITUDES DE LOS MODELOS REVISADOS

La evolución y surgimiento de las diversas terapias sistémicas pueden ilustrarse como una búsqueda de respuestas ante diversos dilemas que se presentan en el trabajo clínico. A continuación se presentan algunas diferencias y similitudes de los modelos sistémicos y posmodernos.

Los modelos modernos parten de las mismas ideas epistemológicas sobre la realidad, sin embargo cada uno observa y trabaja a las familias de diferente forma. Por mencionar, la Terapia Estructural, Estratégica y la escuela de Milán trabajan con la idea de la *función del síntoma*, pero existen diferencias en su conceptualización. Por ejemplo: para la Terapia Estructural el síntoma se concibe como una falta de adecuación entre las estructuras que presenta la familia y los requerimientos de su desarrollo evolutivo. Para la Estratégica el síntoma se concibe como actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones ó como una incongruencia en la jerarquía. Y la escuela de Milán lo concibe como una solución a un problema encubierto producto de una discrepancia entre conductas que están sometidas por las creencias que permanecen inalteradas por los integrantes de la familia. Asimismo sirve para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar ó para reclamar la necesidad de que se produzca.

A diferencia la terapia enfocada a soluciones y la terapia breve centrada en los problemas coinciden en poner poco interés al síntoma. Para la primera su foco de interés está en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. Y para la terapia centrada en los problemas interpreta al síntoma como dificultades de la vida cotidiana mal manejadas que pueden derivarse en problemas, mismos que son mantenidos por una dosis elevada de la misma solución ineficaz intentada. Ambos modelos focalizan los recursos y agrandan los cambios.

Análogamente la terapia estructural y la estratégica consideran como punto central al *ciclo vital familiar* y los problemas de transición en su intervención con las familias, a diferencia los otros modelos no lo consideran como punto medular.

Y con respecto a *la postura del terapeuta* la terapia Estratégica y Estructural consideran que el terapeuta debe asumir una postura de jerarquía frente a los miembros de la familia usando el poder que esa posición le confiere para cuestionar su realidad, sin embargo se marcan diferencias, a decir, en la terapia Estructural el terapeuta es directivo, experto y utiliza estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica. Mientras que para la terapia Estratégica el terapeuta es altamente directivo asumiendo la responsabilidad de crear una estrategia específica que permita resolver los problemas del cliente, además se considera como parte de la unidad social que contiene el problema. A diferencia, en la escuela de Milán se postula que el papel del terapeuta debe de ser neutral (no directivo) con una actitud de curiosidad evitando coaligarse con cualquier miembro de la familia. Con respecto a la terapia centrada en los problemas, el terapeuta busca permanentemente una postura igualitaria o inferior evitando la confrontación.

En algunas ocasiones asume la postura de superioridad por que el paciente responde mejor así. Es más fácil pasar de una postura inferior a una superior que a la inversa. Y en el enfoque centrado en las soluciones el papel del terapeuta es favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, es propositivo y optimista hacia el cambio.

En las terapias posmodernas se cuestiona el papel jerárquico que tradicionalmente se le ha otorgado al terapeuta. En estas propuestas terapéuticas el terapeuta se involucra en la narración en posición horizontal (postura igualitaria) con un lenguaje tentativo y respetando las ideas y lenguaje del cliente. Tampoco se pretende buscar verdades absolutas o imponerlas al cliente, por lo contrario se buscan reflexiones y descripciones múltiples de una situación planteada como problema.

Asimismo se considera que ninguno de los dos son los protagonistas en el acto terapéutico, lo es el individuo, el lenguaje y sus significados construidos socialmente, con base en el cual se construyen y deconstruyen las historias presentadas por los consultantes. Por lo tanto la terapia es un espacio en el cual los consultantes no van a escuchar lo que deberían de ser, van a explorar múltiples visiones convirtiéndose en agentes activos en su propia vida.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas.

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia. Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención clínica.

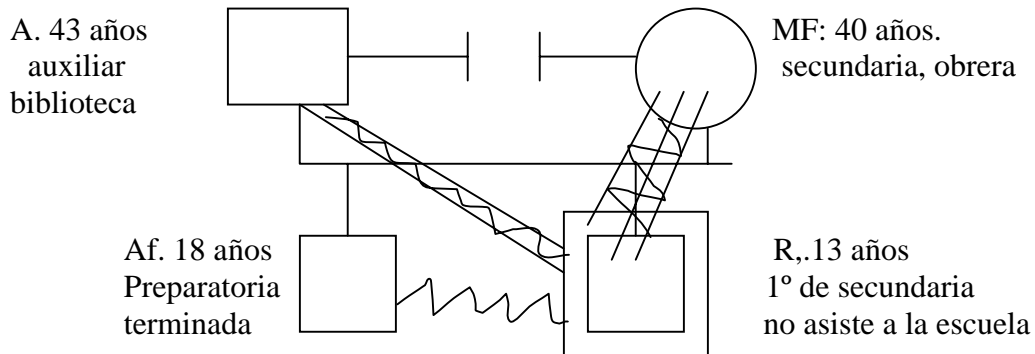
El programa de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología tiene como objetivo el desarrollar en los alumnos las capacidades y habilidades en el trabajo clínico con familias en diferentes escenarios terapéuticos. Para lograr dicho propósito se revisaron principios teóricos metodológicos de cada uno de los modelos y técnicas de intervención, con la finalidad de ponerlos en práctica, asimismo se llevó acabo supervisión en vivo con todas las familias.

Durante mi formación en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, estuve como terapeuta principal ante cinco familias y una intervención en red (ver cuadro 1) en las cuales puse en práctica los modelos aprendidos en cada uno de los semestres considerando en todo momento las necesidades de las familias. A continuación presento un breve análisis de 4 procesos terapéuticos como terapeuta asignado, con diferente configuración del sistema terapéutico total.

Cuadro 1. Este cuadro muestra el número de familias atendidas en las diferentes sedes durante la formación en la Residencia en Terapia Familiar como terapeuta principal.

Familia	Sede y supervisora	Motivo de consulta	Modelo empleado	No. de sesiones	Observaciones y/o condición del proceso.
A	Clínica del ISSSTE Tlalnepantla Rosario Espinosa E. Susana González M.	Adolescente con problemas de enuresis, encopresis, conducta agresiva	Modelo centrado en los problemas y modelo estructural.	6 sesiones	ALTA. La familia alcanzó los objetivos. El adolescente realiza actividades acordes a su edad
B	Clínica de Terapia Familiar del CCH Carolina Rodríguez	Adolescente con conducta agresiva, violencia intrafamiliar	Modelo de Milán.	3 sesiones	BAJA. La adolescente no quiso continuar con el proceso terapéutico.
C	Clínica del ISSSTE Tlalnepantla Rosario Espinosa E. Susana González M.	Adolescente con miedo y ansiedad cuando se traslada a la escuela. Posteriormente con síntomas de anorexia.	Modelo centrado en soluciones y modelo de Milán.	6 sesiones	ALTA. De la terapia familiar. Canalizada al programa de trastornos de alimentación de la UNAM Iztacala.
D	Clínica de Terapia Familiar de Iztacala. Ofelia Desatnik M. María Suárez C.	Madre que quiere dejar de ejercer violencia hacia sus hijos.	Modelo estructural.	6 sesiones	ALTA. La familia exploró otras formas de comunicación disminuyendo la violencia notablemente.
E	Clínica de Terapia Familiar de Iztacala. Xochilt Galicia Moyeda Luz de Lourdes Eguiluz Romo	Puberto con conductas violentas, madre que quiere aprender a manejarlo.	Modelo estructural.	4 sesiones	BAJA. La madre expresó no poder continuar con el proceso por actividades laborales.
F y G	Clínica de Terapia Familiar del CCH Carolina Rodríguez	Adolescentes con problemas de comunicación, rendimiento escolar y drogadicción.	Modelo de Intervención en Red.	5 sesiones	ALTA. Se alcanzaron los objetivos, comunicación y comprensión entre ambas generaciones.

Familia: A.



Descripción de la familia: Es una familia nuclear, la cual está integrada por cuatro integrantes, padre A. de 43 años de edad, el cual trabaja de auxiliar de biblioteca, escolaridad secundaria terminada; madre M.F. de 40 años de edad, la cual trabaja de obrera, escolaridad secundaria terminada. Hijo mayor Af. de 18 años de edad con preparatoria terminada y R. de 13 años de edad (suspendido de la secundaria) quien es el paciente identificado. Siempre asistieron a la terapia el padre y los dos hijos.

Motivo de consulta: el Sr. A. refirió que R era agresivo con sus compañeros y hermano, tenía malas calificaciones, que se hacía del baño en su ropa y no le importaba estar sucio. Su mamá trabajaba todo el día y cuando estaba ella en casa R no les hacía caso ya que ella lo protegía mucho.

Después de varias sesiones de trabajo a través de la retroalimentación de las primeras ideas acerca de lo que pasaba en la familia se fueron modificando y construyendo las hipótesis.

Hipótesis que guió el trabajo terapéutico: se observó que la función de los síntomas en esta familia servían para que R. ayudara a sus padres desviando su atención hacia él, manteniéndolos ocupados (distráidos) para conservar regulada la distancia entre sus padres, que no se ocupaban de ellos como pareja, por ello se daba una sobre involucración de la madre en su rol parental, situación que estaba dificultado el acercamiento afectivo de R. con el padre y hermano, así como el logro de su autonomía.

La intervención psicológica: las intervenciones realizadas con esta familia se sustentaron en un inicio de la terapia con el modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas, este modelo canaliza los esfuerzos terapéuticos hacia un cambio rápido y eficiente de los problemas que presenta la familia. Para lo cual en la primera sesión se recogió información en términos de conductas concretas; cuándo, dónde, ante quién, con qué frecuencia se presentaba el problema, mismo que se redefinió como presión familiar. Se presentaba cuando R sentía presión por parte del padre y hermano, maestros y algunos compañeros. Se realizaron preguntas sobre los intentos de solución realizados por cada uno de los miembros de la familia para resolver el problema. En ésta familia se identificó que los intentos de solución fueron a través de acciones punitivas del padre y hermano mayor hacia R como; golpes, gritos, ofensas, amenazas, sobre exigencia, acusaciones y sobrenombre. Situación que era similar en el ambiente escolar.

Como ésta es una terapia considerada de acción se le pidió a la familia que definieran de manera operativa los objetivos que deseaban alcanzar con la terapia, a lo que contestaron: que R. dejara de ensuciar su ropa, que cuidara su arreglo personal, que colaborara en las actividades domésticas y que estudiara.

Se dieron instrucciones y tareas enfocada a no presionar al paciente identificado bajo el reencuadre de que R se sacrificaba por la familia actuando como el malo o loco para distraer a la familia y así evitar que contactaran con sus propios problemas, por ejemplo, que AF no había encontrado lugar en la universidad, la falta de comunicación y acuerdo entre los padres con respecto a la educación de R. Se les presentó este reencuadre para modificar la visión que la familia tenía del niño con problemas. La familia resultó muy colaboradora, interesada y aceptaron estas ideas.

En la sesión dos el Sr. A. y hermano refirieron algunos cambios de R., a decir, ya no realizaba berrinches e inició el cuidado de su arreglo personal; El padre refirió que ya se bañaba diario, usaba desodorante y que empezaba a convivir un poco con su hermano, pero todavía continuaban algunos pleitos entre ellos, además que R ya no hablaba solo, ni decía que se quería morir, también expresó que la mamá lo sigue protegiendo, un poco menos pero continua.

Por lo que el sistema terapéutico total decidió emplear el modelo estructural para las siguientes sesiones con el propósito de flexibilizar y marcar límites así como equilibrar de manera funcional la jerarquía y roles según la etapa de la familia, ya que identificamos elementos de la estructura que influían en los síntomas.

Se rastreó el problema desde el modelo estructural, se exploró la dinámica familiar a través de preguntas lineales y circulares, se redefinió el problema, “la actitud de enojo familiar” por “la presión familiar”. Se cuestionó el síntoma y la estructura familiar. El objetivo fue modificar o reencuadrar la concepción que la familia tenía del problema, moviendo a sus miembros a que buscaran respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.

En la tercera sesión hubo cuestionamientos de la estructura a través del establecimiento y fijación de límites que llevaron a un acercamiento y acuerdo entre padres e hijos, es decir, AF empezaría a interactuar como hermano mayor y no como papá de R, rol que había asumido por mucho tiempo por lo que le era difícil el cambio.

Se dejó de tarea un acuerdo entre los padres sobre las reglas y permisos, actividades domésticas a realizar y quién las iba a realizar, incluso lo que está sujeto a negociación y comunicarlas a los hijos. Ya que ésta familia se encontraba en la etapa con hijos adolescentes los padres deberían negociar ciertos ajustes, modificar ciertas reglas con el propósito de cubrir las demandas de ciclo vital.

Los nuevos límites entre los progenitores e hijos estuvieron dirigidos a facilitar el contacto con el exterior y dar libertad a los hijos para reservarse ciertas experiencias con su grupo de iguales, mismos que empezaron a obtener influencia en el sistema familiar. En este periodo el adolescente inicia la búsqueda de su identidad lo que significa saber quién es él o ella, independientemente de lo que digan los adultos. Se dará a la tarea de buscar sus propios

intereses, inquietudes, creando así una manera de concebir el mundo. En este periodo a los padres les es difícil conceder tiempo, dinero, espacio, negociar, por lo que pueden surgir conflictos o síntomas en cualquiera de sus miembros, incluso en este periodo los padres pueden llegar al divorcio entre otras cosas, y los hijos con tal de mantener la homeostasis familiar pueden desarrollar cualquier tipo de síntomas.

En la cuarta sesión, la familia se presentó con más optimismo, el padre refirió que R, mantenía los cambios en su arreglo personal que incluso ya usaba loción, que era más sociable, etc. A la mitad de la sesión se realizó un cambio de geografía, se sacó a R. de en medio de su padre y hermano, formando dos equipos, uno de hijos y otro de padres, con la silla que ocuparía la madre en la sesión y marcando distancia para enfocar las diferencias jerárquicas permitiendo una percepción diferente a todos los miembros de la familia al ubicarse en un espacio diferente, favoreciendo la alianza fraterna. Ambos hermanos expresaron estar más a gusto con la distancia. Durante esta sesión AF se expresó en un plano igualitario de R. diciendo que realizaban muchas actividades juntos como: Ver televisión, estudiar juntos, jugar fútbol, que se repartían las actividades domésticas realizándolas con menos conflictos, incluso expresó que R se volvió más sociable. Se continuó con la asignación de tareas en equipo con el propósito de continuar fortaleciendo el subsistema fraterno.

En la quinta sesión se identificó que el hermano mayor AF continuaba interesado en lo que le ocurría a R (desde el rol paterno), mostrando una actitud positiva y de colaboración. El padre a pesar de que tenía momentos de pesimismo y preocupación por R, mostró la flexibilidad necesaria para cooperar con los cambios y a los tiempos de R., además mostró tener la capacidad de ponerse de acuerdo con su esposa sobre las reglas que tenían que cambiar en su sistema familiar. Durante esta sesión se le cuestionó a los varones sobre lo que se están perdiendo por estar tan preocupados y ocupados en R. (al padre con respecto a su relación de pareja y al hermano mayor sobre lo que debería estar haciendo un muchacho de su edad). El padre abordó superficialmente los problemas de comunicación que tenía con su esposa, diciendo que había poca convivencia ya que ella trabajaba hasta 12 hrs al día. Y AF refirió que tiene que invertir su tiempo en buscar una universidad que pudieran pagar su papás ya que no se había quedado en la UNAM. Se logró que el padre y hermano cambiaran el foco del paciente identificado por el de la estructura familiar, así como reconocer que el problema involucraba a todos y no solo a una persona. Se les dejó de tarea reflexionar sobre de lo que se estaban perdiendo ya que durante la sesión tuvieron dificultad para identificar.

Durante la sexta sesión se percibió a la familia con tranquilidad y a R con una actitud jovial y participativo. Se resumieron los cambios hasta ahora alcanzados y se identificó que R ya no ensuciaba su ropa, cuidaba de su arreglo personal, cooperaba en las actividades del hogar, continuaba haciendo equipo con su hermano en varias actividades y se mostraba más sociable. Con respecto a la escuela el padre comentó que decidieron que R iría hasta el nuevo ciclo escolar. Se les preguntó qué ha dicho la mamá sobre estos cambios, a lo que el padre respondió que ella estaba sorprendida de los cambios de R y más tranquila y con una actitud cooperadora en las tareas asignadas.

Esta familia contaba con recursos tales como la idea de que todos los miembros de la familia se tienen que apoyar, estar unidos, mostraron flexibilidad, manejaban la idea de que todo cambio lleva su tiempo, mostraron capacidad de negociación y acuerdos además del buen humor. Al respecto Minuchin (1984) refiere que cuando se identifican los lados fuertes la construcción de la realidad familiar cambia, por lo que se puede estimular a las personas a que desarrollen nuevos significados con relación a ellos.

Se le preguntó a R cómo se sentía de escuchar lo que dicen de él; refirió estar muy contento, a gusto, y que cuando regresara a la escuela le gustaría seguir teniendo más amigos.

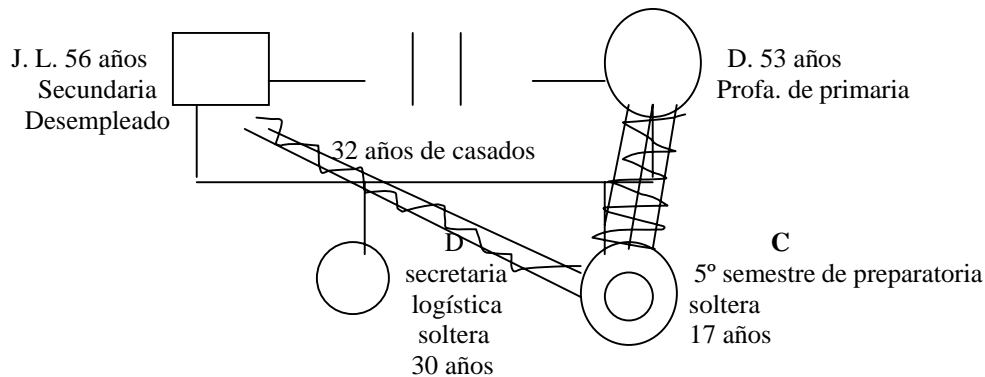
Ante los logros alcanzados, el equipo de terapeutas decidió otorgarle un diploma a R. firmado por todos (padre, hijos, terapeuta y un miembro de la supervisión) felicitándolo por los cambios alcanzados, resaltando sus lados fuertes y connotando positivamente como una estrategia para motivarlo a continuar con los cambios. En esta sesión se decidió dar de alta a R. la familia se retiró con un estado de ánimo más optimista, observando y tratando a R de forma diferente.

Como ya se mencionó la madre nunca asistió a terapia por cuestiones laborales, sin embargo el padre expresó que ella había tenido cambios hacia R, disminuyó la sobreprotección. El padre quería hablar sobre los problemas actuales con su esposa pero se le invitó a solicitar el servicio para otro momento.

Estas ideas nos recuerdan que cuando un hijo es destriangulado de la relación con sus padres pueden aparecer los conflictos de pareja.

Dos meses después se realizó una llamada telefónica de seguimiento, AF fue quien tomó la llamada y refirió que todo iba bien con R, que sus papás le habían pagado un curso de regularización para el nuevo ciclo escolar. Se pudo identificar que los cambios se seguían manteniendo, incluso se generaban otros. Ya que en esta familia la ideología principal es el apoyo familiar, por lo que se puede suponer que este sistema familiar cumpliría con su tarea de ayudar a sus miembros a pasar de una etapa a otra sin la necesidad de un síntoma.

Familia C



Descripción de la familia: Es una familia nuclear con 32 años de casados, esta integrada por cuatro integrantes, padre J.L. de 56 años de edad, trabaja en brigadas del municipio (trabajo eventual), escolaridad secundaria terminada; Madre D. de 53 años de edad, la cual trabaja de profesora de primaria, escolaridad secundaria terminada y carrera magisterial. Hija mayor D. de 30 años de edad, trabaja de secretaria (soltera) y C. de 17 años de edad cursa el 5º semestre del CCH. (paciente identificada). Se trabajó durante 7 sesiones, la mamá y C acudieron juntas a seis sesiones y el papá acudió a la séptima.

Motivo de consulta: se solicitó el servicio porque C presentaba miedo y náuseas al salir de su casa, expresó que es muy nerviosa, y que se le había agudizado la sensación de vómito cuando se dirigía hacia la escuela y necesitaba consumir dulces o chicles para calmarse. Esto empezó a ser un problema a partir del inicio del 5º semestre. A la madre le preocupaba la pérdida de peso de su hija, ya que no quiere comer y en ocasiones ha encontrado la comida escondida en su recámara o en el bote de basura. Se le observaba muy delgada, pesaba 47 kilos con la piel muy blanca.

Con ésta familia se trabajó durante 7 sesiones, las cuatro primeras se realizaron con el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones y las tres restantes se sustentaron bajo la escuela de Milán.

El modelo utilizado en un inicio canaliza los esfuerzos terapéuticos hacia un cambio rápido y eficiente a través de la búsqueda de las excepciones (ocasiones en las que no ocurre el problema), se busca la utilización de los recursos de la persona para cambiar su percepción y dirigirla hacia el cambio. Para lo cual se recoge información en términos de conductas concretas cuándo no ocurre el problema, se identifican los cambios y se amplía hacia otras áreas de la vida de la persona a través de preguntas presuposicionales y preguntas de escala para ir evaluando el proceso.

Primera sesión: Durante esta sesión la madre planteó la violencia emocional que su esposo ejercía sobre ellas, (criticas, indiferencia, descalificaciones, exigencias, entre otras) y refirió sentirse muy sola y triste. C. expresó que su papá no las quería por que no se interesaba por ellas, dijo sentir tristeza y que había pensado en no querer vivir. Dijo contar con el apoyo de su hermana mayor pero que ella trabaja mucho y convivían poco. Expresó que le gustaba

asistir a la escuela, estudiar, leer, y que tiene promedio de 8, tiene amigas en la escuela las cuales le dicen que lo que piensa y siente se le va a pasar muy pronto, no tiene novio ni amigos varones.

Describió a su papá como enojón, que discute mucho con su mamá y por lo general en casa no quiere hablar con nadie, pero en la calle es muy sociable. C refirió que su mamá le comentó que el próximo año se divorciará ya que coincide con su jubilación y tendrá tiempo para buscar un abogado.

Se centró la conversación en las excepciones al problema, es decir, se le preguntó: en qué momentos no siente ganas de vomitar, ella refirió que estando en su casa no se presentaba el problema. Se le preguntó qué hace en casa (libre del problema) refirió que estudiar, ver televisión, hace tarea y actividades del hogar, también estando cerca de su mamá y de su hermana no se presenta el problema, explicó que cuando no discuten sus papás se siente tranquila, se plantearon las diferencias entre los momentos problemáticos y los no problemáticos. Se observó un cambio de percepción al hablar de las situaciones en las cuales no estaba presente el problema, se les percibió menos tensas a ambas. Al final de la sesión se realizó la pregunta de escala acerca de la tristeza, con el propósito de que se dieran cuenta de como estaban antes y después de recibir la terapia, ambas se ubicaron en 7.

A partir de la segunda sesión se identificaron cambios importantes en C, por decir, disminuyó la ansiedad, menor consumo de dulces y menor sensación de vómito, se trabajaron las excepciones y los recursos de C para generar cambios ante la ansiedad y ganas de vomitar cuando se dirige a la escuela. Se le preguntó ¿cómo lo conseguiste? atribuyéndole la responsabilidad de los cambios, C refirió que recurrió a recursos cognitivos, es decir, utilizó los auto mensajes positivos como; “Voy a estar bien, me voy a sentir bien, no va a pasar nada, acompañados de ejercicios de respiración”. Además hizo uso de sus recursos de socialización y comunicación ampliando su red de apoyo, refirió convivir aún más con sus compañeras, incluso les platicó lo que le pasaba recibiendo apoyo, de igual forma se acercó a platicar con una profesora sobre lo que le pasaba, recibiendo orientación de la misma. Se continuaron realizando preguntas presuposicionales como: ¿Quién más advirtió que ya tienes amigos? “Yo le platicué a mi hermana y a mi mamá, en la escuela platico con mis compañeras sobre los muchachos”. Al respecto O’Hanlon (1990) dice que una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Lo refiere como contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambios en otra parte del mismo.

Se le dejó la tarea de fórmula; haz algo diferente a lo que haz venido haciendo, C respondió satisfactoriamente a la tarea. Otro aspecto útil fue la acreditación de la responsabilidad de sus cambios. Y el mensaje del equipo: por ejemplo “el equipo esta sorprendido por todos los cambios que acabas de describir, de la fuerza y las ganas de estar mejor y de controlar lo que parecía incontrolable, por lo cual te mandan felicitar, además han observado que tienes una gran creatividad para generar tus cambios y creen que ahora tu ya sabes lo que tienes que hacer para controlar esto que sientes cuando estas bajo presión, que continúes haciéndolo y con esa gran creatividad se te ocurrirán algunas otras cosas más que pondrás en práctica.”

En la tercer sesión avisaron a la terapeuta principal que no se presentarían por impedimento laboral y escolar. Durante la cuarta sesión se identificaron más cambios, C refirió estar más tranquila, logró controlar el miedo y la sensación de vomitar que sentía cuando iba a la escuela, desminuyó considerablemente el consumo de pastilla y chicles (solo comía 2 o 3) refirió como un gran cambio el platicar con sus amigas sobre los muchachos y tener amigos, se muestra más sociable, expresó estar más contenta por que ya salía sola y pudo controlar el miedo por ejemplo: a la tienda, a pasear al perro, se iba sola a sus prácticas y acreditó su materia que debía del semestre anterior. Refirió que mejoró su relación con su papá, que ahora platicaban un poco más, veían televisión juntos, en ocasiones salen juntos a pasear al perro. A ambas se les preguntó qué tendrían que hacer para mantener todos estos cambios; la mamá refirió “dejarla salir un poco más con sus amigas ó que salga con su hermana, escuchar la decisión de C antes de sugerir la mía”. La paciente C contestó “continuar con los mensajes positivos de que no me va a pasar nada acompañados de los ejercicios de respiración, atreverme a hacer las cosas, que no solo queden en mi pensamiento, no ser tan exigente conmigo, platicar más con otras personas”. La madre dijo estar un poco más tranquila por los cambios alcanzados, que observa a su hija sociable más tranquila, que esta comiendo un poquitito más.

Se decidió dar de alta por los logros alcanzados con respecto al motivo de consulta. Pero su aspecto físico estaba mermando considerablemente. C continuaba bajando de peso, se apreciaban cambios en su piel con palidez excesiva; dificultad para realizar movimientos rápidos, se le veía el rostro con tristeza y por momentos enojada. El equipo consideró necesario dar un giro al tratamiento por identificar que C cumplía con varios síntomas de anorexia. Por ello se decidió empezar a trabajar otros aspectos de la dinámica familiar bajo la escuela de Milán, con dicho modelo se han realizado investigaciones sobre anorexia. Se le dio nueva cita.

La escuela de Milán propone introducir a la familia en una perspectiva sistémica acerca de sí misma, mediante proporcionar nueva información acerca de sus inquietudes, creencias, conductas y relaciones. Además considera el síntoma como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas del grupo natural en el que se puede verificar a través de la formulación de hipótesis sistémicas.

Después de varias sesiones de trabajo a través de la retroalimentación de las primeras ideas acerca de lo que pasaba en la familia se fueron modificando y construyendo las hipótesis.

Hipótesis que guió el trabajo terapéutico: se observó que la función de los síntomas (miedo a salir de su casa y pérdida importante de peso) en esta familia servían para que C ayudara a sus padres desviando su atención hacia ella, manteniéndolos ocupados para conservar regulada la distancia entre sus padres ante la violencia entre ambos, ella ayudaba a su papá a no contactar con su sufrimiento y enojo; a su mamá a no contactar con su depresión y tristeza por su mala relación y su incapacidad para tomar la decisión de divorciarse. Además C ayudaba a su hermana con su síntoma a no ser mirada y molestada por sus padres. Al mismo tiempo C, estaba en una sobre exigencia y lucha de lealtades por ambos progenitores, se daba una sobre involucración de la madre en su rol parental propiciando poco espacio entre ambas y evitando su desenvolvimiento al exterior de la

familia, además dificultando el acercamiento afectivo de C con el padre así como el logro de su autonomía.

Sesión cinco: La paciente refirió sus conocimientos sobre la anorexia, lo investigó por internet, refiriendo los laxantes y purgas para perder peso, no sabe cuál debería ser su peso de acuerdo a su talla, pero dice “que ya había subido un kilo y medio, pesaba 47 kilos. Se exploraron sus sentimientos al respecto, explicó que se siente muy triste y sola “cuando como después siento remordimiento y me pongo a llorar”, refirió que para no comer, ponía la comida en servilletas y la guardaba entre los muebles de su recámara, en ocasiones se la daba al perro o la tiraba a la basura y lloraba. La madre es quien estaba alerta a estas conductas.

En esta sesión se emplearon intervenciones como el interrogatorio circular permitiendo descubrir secuencia de interacción y ver la complementariedad en los comportamientos de manera circular, “qué piensas de lo que hace tu mamá cuando tu papá esta enojado”, permitiendo descubrir la secuencia de interacción del juego de los padres y su participación de ella. También se connotó positivamente la conducta sintomática: como el gran amor que ella siente hacia su familia por eso esta dispuesta a sacrificarse por todos a tal grado de llegar hasta la muerte.

Con la madre se utilizó el desafío, con la intención de que dejara de utilizar a su hija como bote de basura personal y que buscara su red de apoyo fuera del sistema familiar (una amiga, un familiar, un abogado). También se desafió a C diciéndole: el equipo cree que no vas a poder cambiar por que ellos ven a una chica muy amorosa y muy sensible, que sabe que necesita distraer a la familia para que no se desintegre aun a costa de su propia vida. Tal vez te toca seguir haciendo lo que haces: no comer sanamente, bajar de peso, tener sentimientos de culpa y ponerte a llorar. Todo esto para que tus padres estén ocupados cuidándote y así no se separen. Lástima que al hacerlo té estas perdiendo de lo que te toca vivir como joven; el tener un novio, ir a fiestas, paseos, ser independiente, entre otras a tal grado de sacrificar tu vida de joven. No lo vas a poder hacer mientras sigas siendo el pegamento inútil entre tus padres. (se le pide reflexionar al respecto)

Sesión seis: Se le preguntó que recuerda de lo trabajado la sesión anterior, C expresó que le quedó claro el juego en el que estaba participando entre sus papás, pero que sentía mucha tristeza por su mamá por que estaba muy sola. Se realizó interrogatorio circular para explorar los efectos conductuales en cada uno de los integrantes de la familia, a lo que C concluyó que pudo hablar con su mamá sobre la separación o divorcio, aclarándole que era su decisión y que ella estaría para cuando la necesitara. Además, C empezó a tomar decisiones de salir con las amigas aunque eso le acarreó problemas con su mamá (por horarios). Con respecto a la alimentación explicó que estaba comiendo un poco más, y que había ocasiones en las cuales comía y sentía culpa. También refirió participar más en las actividades domésticas, que estaba más ocupada en casa. Comentó: que ya terminó la preparatoria con todas sus materias aprobadas que deseaba ingresar a trabajar y que por el momento no iba a continuar con sus estudios. (se le da cita para canalización)

En la séptima y última sesión acudió C y su papá F a la terapia, se le explicó al señor F lo trabajado hasta la fecha y en que consistía la anorexia, hizo referencia del conflicto que

tenía con su esposa desde hace muchos años y la describió como; Insegura, celosa, antisocial, que vive en un mundo muy cerrado, entre otras cosas.

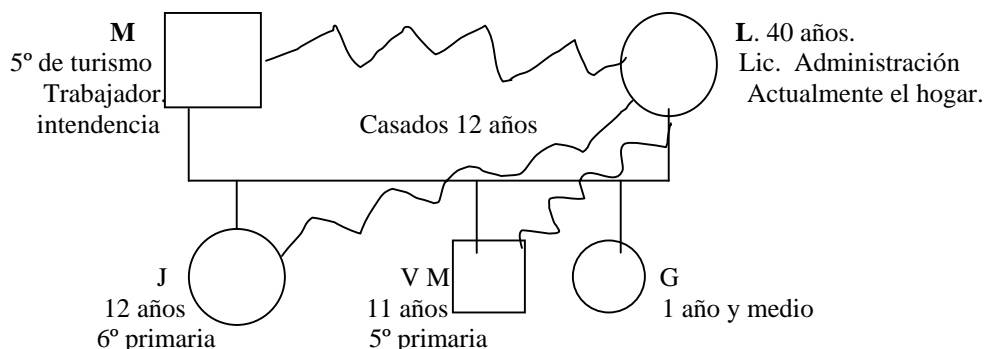
Con respecto a su hija se mostró interesado y preocupado por su problema y dispuesto a cooperar en lo que fuera necesario.

Se le ofrece la idea sobre la importancia de que él y su esposa hagan un equipo de padres para que tomen la decisión sobre qué van hacer para ayudar a C, ante el problema de la baja de peso, aunque su relación de pareja no sea buena. El Sr. F expresó preocupación por la situación de su hija y se comprometió ante C, terapeuta y equipo de supervisión a ayudarla llevándola a donde se le indicara, expresó su deseo de asistir a terapia con su esposa para ayudar a su hija, se le informó sobre de la canalización.

Se le dió de alta del servicio de terapia familiar por dos motivos: primero por los objetivos alcanzados, sin perder de vista que continuaba con la pérdida de peso. Segundo porque la paciente había cumplido 18 años y se le terminó la vigencia de derechos del ISSSTE, factor por el cual se le propuso la canalización al programa de trastornos de alimentación en la FES Iztacala, UNAM, con la Dra. Vázquez responsable del mismo. Aceptaron la canalización.

Dos meses después se realizó una llamada telefónica de seguimiento contestando la Sra. D., misma que refirió que si estaban acudiendo a terapia a la UNAM. Y estaba acudiendo toda la familia, llevaban dos sesiones y que había muchos desacuerdos con su esposo. C salía mucho con sus amigas (casi no esta en casa) que estaba bien. Su tono de voz era con tristeza. La Sra. D expresó que consideraba que C esta más ausente de casa como un recurso para salir del conflicto de pareja y empezar a realizar actividades acordes a su edad como el tener novio, trabajar, ir al cine como se lo dijeron en alguna ocasión durante la terapia.

Familia: D.



Descripción de la familia: familia nuclear conformada por cinco miembros; padre M trabajador de intendencia con escolaridad de 5º semestre de turismo, madre L de 40 años de edad con escolaridad de Lic. Administración de Empresas actualmente en el hogar. J de 12 años de edad la cual cursa el 6 grado de primaria, VM de 11 años de edad el cual cursa 5º de primaria y G de un año y medio, la madre esta embarazada. Toda la familia acudió a terapia durante 7 sesiones.

Motivo de consulta: los padres fueron quienes solicitaron el apoyo terapéutico, refirieron estar preocupados por su mal carácter expresado a través de la violencia física y emocional, mismos que están ejerciendo sobre sus hijos, así como el comportamiento de J (rebelde, contesta para todo, se aísla, no cuida su arreglo personal ni de su salud) y VM. (miente y oculta tareas).

Con esta familia se trabajó durante 7 sesiones utilizando el modelo estructural ya que nos permitió cuestionar el síntoma, la estructura familiar y la realidad familiar, así como rescatar los lados fuertes de la familia.

Después de varias ideas expuestas acerca de lo que pasaba en la familia se elaboraron las siguientes hipótesis:

Hipótesis: a) pareciera ser que la señora se mantenía hipervigilante, considerando que el papá M presiona a la mamá L para que mantuviera quietos a sus hijos, entonces los hijos respondían de distintas maneras. VM quemando las tareas y J no relacionándose como ellos quieren, no tomando precauciones para cuidar su salud. Ambos hijos ayudaban a los padres desviando su atención para que no hablaran sobre los problemas propios de la pareja, evitando expresar su enojo entre ellos y canalizándolo a través de los hijos.

b) La señora L se desesperaba ante la conducta de VM lo cual se manifestaba con golpes y gritos, por lo que J tenía que actuar con rebeldía para disminuir la atención que tenían los padres sobre VM.

Los objetivos fueron: a) que los padres detuvieran la violencia familiar que estaban utilizando como estilo de crianza, es decir, evitar golpes, groserías y gritos; b) que J socializara con compañeros, que cuida su arreglo personal y su salud y c) que VM no recurriera a la quema de tareas ni mentiras para comunicarse con sus padres y que los padres exploraran otras formas de comunicación sin violencia.

Primera sesión: La mamá refirió que ambos (la pareja) tenían mal carácter y que eso era lo que los estaba dañado a ellos y a sus hijos, esto había estado ocurriendo desde que los niños estaban pequeños, se acentuó cuando el papá tuvo dos trabajos, entró a trabajar a una refresquera (obrero) y en intendencia (escuela). La madre es la que ejerce más violencia por que ella pasa más tiempo con los hijos. En la terapia el papá se cuestionó que a lo mejor no estaba preparado para ser padre. Los problemas con J hija mayor son desde que ella iba en 3° de primaria se empezó a aislar. Actualmente no cuida su arreglo personal ni de su salud, ella padece una enfermedad en los huesos que cualquier golpe le puede producir fractura. VM hijo de en medio empezó a tener problemas con los padres cuando se dieron cuenta de que mentía y quemaba las tareas ocultándolas entre las plantas. La madre refirió que siempre trataba de tener calmados a los hijos mientras el esposo se encontraba en casa, dado que el señor se desesperaba y le exigía que los mantuviera calmados. El padre explicó que “la violencia hacia VM se agudizó, recurriendo a golpes y gritos, amenazas, castigarlo sin jugar sobre todo cuando molesta y pelea con sus hermanas”. También explicó que él “platicaba con los hijos pidiéndoles que se porten bien y que ayudaran a su mamá, pero nada daba resultado, pero la ultima vez que le pegó a VM se sorprendieron mucho de la violencia ejercida” y dijeron ambos “estamos mal, no debe de ser así”.

Durante la sesión se estableció un Joining cercano con los padres y la adolescente, lo cual permitió que los mensajes y las intervenciones fueran acogidos por la familia. Se utilizó el interrogatorio circular el cual ayudó a entender las relaciones dentro del sistema familiar.

El motivo de consulta fue redefinido: “mal carácter de los padres” por “un sistema familiar estresado”. Se realizaron movimientos de escenificación, se le pide a la madre que se levante y tranquilice a la hija más pequeña, posteriormente se le pidió al padre que interviniera para tranquilizarla nuevamente (se identifican dificultades en el manejo). Hacia el final de la sesión, con J se utilizó el desafío, preguntándole; ¿Qué tendrías que hacer tú para que tus papás empiecen a tratar de manera diferente? Ya no como una niña, ellos tendrían que ver que también tú estas haciendo cosas diferentes, por ejemplo: no atentar en contra de tu salud, es decir, en todas esas actividades que sabes tú no debes realizar, hacer eso es parte de lo que tus papás tendrían que ver para que te traten diferente como una jovencita de 13 años.

Asimismo a los padres se les dejó de tarea reflexionar y comentar: “¿qué estarían dispuestos ustedes a cambiar para que como papás paren ésta violencia que parece ser desgastante, qué estarían dispuestos a cambiar en beneficio del sistema familiar?. La violencia es responsabilidad de cada uno y uno es responsable de detenerla ya que no debe estar justificada bajo ninguna circunstancia”.

Sesión dos: En esta sesión asistieron la madre e hijos mismos que refirieron los cambios ocurridos durante dos semanas anteriores, todos coincidieron en que hubo menos gritos, regaños y golpes. La Sra. L refirió el gran esfuerzo realizado por su esposo para detener la violencia mostrando más tolerancia con los hijos, “trataba de platicar más con ellos dándoles más explicaciones y cambiando su tono de voz”. Con respecto a su conducta de ella, refirió que se había propuesto hablar y explicar los efectos de la mala conducta, a no gritar y no amenazar. Asimismo durante esta sesión se trabajó con la mamá sobre las construcciones de su familia de origen sobre el estilo de crianza. ¿Sra. L de dónde habrá aprendido ese patrón de perder la calma? “Creo que de mi papá que era muy agresivo, poco

tolerante, me educaron con gritos y golpes y no me dejaban jugar siempre tenía que estar trabajando”. ¿Cuál es la diferencia entre la época de poca tolerancia que vivió con sus papás y la que esta viviendo ahora con su familia? “creo que nada, me doy cuenta que sigo el mismo patrón con que fui educada.”

El equipo felicitó a la Sra. L por la actitud eficaz que mostró frente a su hija Y que había pintado la pared del consultorio, no toleró la conducta de pintar la pared, corrigió sin gritos, golpes y a demás ofreciendo opciones como el de pintar en hojas. Creamos la receta que le funcionó para frenar la violencia 1.-no tolerar conducta inapropiada 2.-actuar señalando lo correcto y lo incorrecto y 3.-dar opciones. Tarea: comentar con el esposo lo abordado en la sesión y ponerse de acuerdo en las nuevas reglas hacia los hijos.

Tercer sesión: En esta sesión acudió toda la familia. La mamá refirió que J estuvo muy rebelde, peleaba con sus hermanos, no cuida de su arreglo personal y no quiere usar el corpiño, decía que le molesta. Asimismo refirió que VM molestaba mucho a su hermana más pequeña. Y que ellos (papás) continuaron aplicando los tres pasos para evitar la violencia. El Sr. M refirió que para él lo más importante era que buscaba alternativas cuando lo desesperaban sus hijos por ejemplo: se salía al patio a tranquilizarse, platicaba con ellos sobre las consecuencias de las conductas inadecuadas. También refirió que estaban dejándoles la responsabilidad del cuidado de su cuerpo, por ejemplo: “que VM se responsabilizara de cuidar y ponerse sus plantillas, el uniforme, recoger útiles.”

Durante esta sesión se resaltó la importancia de contactar con las emociones propias y las de los otros, asimismo lo importante de escucharse y escuchar a los demás. También se redefinió que VM no molestaba a sus hermanas sino que juega con ellas de manera particular. Durante la sesión J defendía a su hermano de las acusaciones de los padres, una especie de alianza fraterna, se les iluminó esta conducta, a ambos les agradó lo reflejado.

Por parte del equipo se les felicitó e iluminó el hecho de ser un gran equipo de papás los cuales estaban haciendo cosas diferentes que se veían reflejadas en el comportamiento de los hijos. Cabe aclarar que los tres hijos estuvieron bien portados en la sesión y más participativos. Se les dejó reflexionar que opciones tenían que empezar a dar a J y VM ante conductas no deseadas al igual que lo estaban haciendo con Y.

Cuarta sesión: En esta sesión se presentó toda la familia. Ambos padres refirieron que J y VM en ocasiones peleaban. A lo cual se normalizó esta conducta diciendo que en todas las familias ocurrían pleitos entre los hermanos. Los padres continuaron aplicando las tres reglas para detener la violencia dando alternativas. Durante esta sesión se trabajó sobre esquemas cognitivos que constituye su visión del mundo, se trabajó sobre la familia de origen del Sr. M, (estilo de crianza) para lo cual se realizaron preguntas como: ¿de donde cree usted que viene esta idea de familia y de educar a los hijos? A lo que respondió que; él cree que de su familia, de lo vivido en su casa y explicó que su mamá era de carácter fuerte, que fue educado con rigidez, que su papá todavía le dice la generala; a diferencia su papá es muy tierno, noble, sensible, bueno, y cuando tenían discusiones sus papás él también salía regañado, y algunas veces lo llegaron a golpear. Explicó que en su casa se ejercía más la violencia emocional. Se le preguntó ¿Con qué estilo se identifica más con el de papá o con

el de mamá? Refirió que con el estilo de su papá, dijo que él se considera muy sensible, noble, en ocasiones muy sensible, chillón, que no es rencoroso y que pronto se le olvidan los pleitos con su esposa.....

El equipo le mandó un mensaje a VM mismo que escuchó con atención asentando con la cabeza: “el equipo observa a una familia más tranquila, más ordenada y dicen que pareciera ser que todo éste comportamiento que has venido presentando; Como el ir mal en la escuela, el tomar dinero, el quemar la tarea, el hacer que tus papás se preocupen por ti es por que tu habías asumido la tarea de proteger a tu familia, y te mandan decir que ahorita tu familia ya esta organizada de manera diferente y que ya no es necesario que continúes con éste tipo de conductas. Y que finalmente podemos encontrar una manera diferente de proteger a tu familia. VM ¿te das cuenta que tus papás están actuando de manera diferente y que ya no es necesario que continúes con esas conductas? También en equipo ven a VM como un niño noble y sensible al igual que su papá y ese abuelo. ¿Te fijas que acto tan noble de proteger a tu familia?”. Con esta redefinición la familia observó y trató a VM de manera diferente. Se continuó reforzando la idea de que la violencia es responsabilidad personal para lo cual se les dejó de tarea reflexionar cuales tienen que ser los límites de cada uno para frenar la violencia, sobre ese límite que se tiene que poner cada uno como persona responsable de sus emociones y complementarlas con opciones.

Quinta sesión: Acudió toda la familia a ésta sesión. Al revisar cómo habían estado VM refirió que sus papás estuvieron menos enojones principalmente su papá. El Sr. M refirió que también notó cambios en VM más cooperador en las actividades de la casa e interesado en lo que hacia él (padre). Con respecto a J la seguían percibiendo con una actitud negativa para todo, la mamá refirió que no quería participar en las actividades del hogar, no quería arreglarse. Se le preguntó a J si con éstas conductas ella quería decirles algo a sus papás sobre algo que no se hubiera abordado hasta ahora. Respondió que sí, que no le gustaba que le dejaran la responsabilidad de su hermanita, de llevarla al baño (está en control de esfínteres) que la pongan a cuidarla.... Se rastrean factores estresantes y se identificaron varios como; Que la señora esta embarazada de 6 meses, misma que no nos había comentado nada al respecto. Además una sobrecarga hacia J de actividades relacionadas con su hermanita, también preocupaciones de la pareja por la llegada del nuevo bebe con respecto a espacio físico y en lo económico..... asimismo salieron a relucir diferencias de la pareja sobre la falta de apoyo del esposo por estar ausente (trabajando) casi todo el día, y que cuando estaba con los hijos perdía el control y los agredía verbalmente, por eso ella no tenía confianza de dejarlos solos con él..... se les cuestionó la relación que mantenían ambos padres con J, “al parecer era una relación única y exclusivamente de trabajo y más trabajo, en ningún momento habíamos visto que se relacionaran como con VM, J es una hija que necesita afecto, cariño, que necesita compartir y no nada más la demanda de trabajo, esa era la parte que J percibía y reaccionaba con enojo; Ella tenía que tener su espacio, sus tiempos para no estar sobre cargada”. Entre los hermanos se realizó un pacto de no-agresión firmado por ambos.

Mensaje del equipo: “ustedes han hecho un gran equipo como papás, el equipo percibe muchos cambios en el ámbito individual y familiar por ejemplo: Ven a Y (hija pequeña) más tranquila y obediente, a VM más cercano a su papá y participativo; pero el equipo ve a una mamá sobrecargada y que pareciera ser que entre ustedes hay diferencia como pareja,

en ojos y que al parecer no se han dado la oportunidad de platicarlos. Usted Sra. L pidió ver cambios en el Sr. M y el equipo le pregunta ¿Qué no esta permitiendo L para que él no cambie? Por ejemplo; dice que no tiene la confianza de dejarle a los niños por que va haber violencia verbal.

¡Pero esa es la otra parte L, hay que soltar terreno; para que él empiece a contactar y a ser responsable de parar su violencia, sino se le pone en las condiciones no tiene la oportunidad de ensayar. Al abarcar todo el terreno usted se sobrecarga, y eso pone más en tensión no solo a la mamá sino a todo el sistema. Dele oportunidad al Sr. M de entrar al terreno de cancha. De lo contrario si los hijos siguen percibiendo diferencias, enojos, falta de acuerdos en las reglas, si siguen percibiendo esta falta de trabajo ellos van a seguir en ese descontrol”.

Tarea para la pareja: buscar un espacio entre ustedes para expresar esos desacuerdos, diferencias, enojos, opiniones y ponerse de acuerdo en las reglas.

Tarea para madre e hija: que la madre converse con la hija compartiendo su experiencia como adolescente, no en la línea de trabajo, ni educativo, sino cuándo se empezó a pintar, cuando le atrajeron los muchachos y qué hizo, etc.

Sexta sesión: se inició la sesión preguntándoles ¿cómo han estado? La sra. L respondió que bien, muy bien, refirió que estuvo reflexionando mucho sobre la responsabilidad que le habían delegado a J. Reconoció que tenía que ser más flexible con ella en horarios y permisos para que pueda salir con sus amigas para que se motive y se arregle, asimismo la mamá hizo referencia de los cambios ocurridos por J durante los últimos 15 días, expresó que J se había mostrado más responsable en cuanto a las actividades de la casa, mucho más cooperativa. De igual forma los cambios que realizó ella al dirigirse a J por ejemplo; cambió el tono de voz al pedirle algo, pedirlo por favor, se mostró menos exigente, reconoció habilidades en sus hijos y les asignaba tareas en torno a ellas (reparto de responsabilidades). También se rastreo la relación entre los hermanos la cual todavía presenta conducta de juego agresivo, lo cual se volvió a normalizar y se les recordó el pacto de no-agresión realizado la sesión anterior. Se fortaleció el subsistema conyugal por lo que se incrementó el apoyo del Sr. M en actividades del hogar, asimismo incrementó la convivencia con sus hijos ya que terminó su curso para laboratorista y dispuso de más tiempo, por lo que L refirió estar más tranquila, se le percibe menos estresada y menos exigente.

Hasta aquí observamos a una familia organizada de forma diferente y participativa, a unos padres menos estresados, más optimistas, tratando a sus hijos de manera diferente, la violencia física disminuyó significativamente. Pero los padres esporádicamente seguían utilizando los gritos y amenazas, lo cual refleja la dificultad para cambiar patrones de crianza ancestrales. Con base en los cambios alcanzado por todo el sistema familiar el equipo había decidido que ya se había alcanzado a resolver el motivo de consulta por lo cual se daría de alta, pero al final de la sesión los padres sugirieron espaciar las sesiones por actividades escolares (exámenes de hijos y por el nuevo trabajo de señor) se consideró que esta familia se estaba dando de alta sola. Se considera que esta familia será capaz de mantener los cambios alcanzados e incluso generar otros por que ahora cuenta con recursos de comunicación y negociación con los hijos, también por que se observó a un gran equipo de papás interesados en los cambios para mejorar su familia.

Intervención en Red.

Dentro del amplio campo de la Terapia Familiar Sistémica se ha desarrollado otra modalidad la intervención en red, misma que esta en plena evolución.

La intervención en red se refiere al trabajo que se ha realizado con grupos de personas vinculadas todas por lazos afectivos, por afinidades, intereses comunes, entre otras características. Algunos autores interesados en esta modalidad que han hecho aportaciones por todo el mundo podemos mencionar a Mony Elkaïm (1995), Ross, Elizabeth Both, Danielle Desmaris (citados en Rodríguez y Sod, 1996).

Se tiene el convencimiento de que la intervención grupal con familias permite enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática y así ofrecerle otras posibilidades. Mony Elkaïm (1995) refiere que la eficacia de estas prácticas se debe al extraordinario impacto que puede tener la dinámica de un grupo a través de una nueva captación compartida de la crisis y el respaldo de otro. La red puede aportar transformaciones aunque solo sea por el increíble número de soluciones que posibilita. La transformación o curación puede resultar de una simple redefinición de los mensajes con lo que surge un contexto vital diferente.

Rodríguez y Sod (1996) refieren que el trabajo con varias familias dentro de una misma sesión terapéutica, es una modalidad poco utilizada y poco desarrollada conceptualmente, con relación a la terapia de grupo que fue su precursora, el trabajo con multifamilias se ha confinado a un marco muy reducido de aplicación clínica. En sus inicios la terapia con multifamilias se utilizó con pacientes psicóticos; en la actualidad se ha reconocido su uso en todo tipo de problemas. Para lo cual cada familia participante debe tener uno o más miembros que representen por lo menos dos generaciones en la familia. Las sesiones deben tener un foco explícito en los problemas compartidos o concernientes a todas las familias participantes. Las sesiones deben enfatizar explícita o implícitamente patrones de interacción interfamiliar, así como utilizar las alianzas actuales o potenciales entre los miembros de las diferentes familias.

Durante mi formación pude vivenciar el trabajo terapéutico de la Intervención en red realizado en el CCH Azcapotzalco, los 10 residentes más la supervisora llevamos a cabo la aplicación de intervención en red con 8 familias de los alumnos del plantel, de las cuales participe directamente con 2 familias en colaboración con otro terapeuta residente.

PROCEDIMIENTO

A través del área de psicopedagogía se recolectaron solicitudes de los alumnos para recibir apoyo terapéutico. Se formaron los grupos a partir del motivo de consulta planteado en las solicitudes y se estableció un horario y fecha para realizar una reunión informativa.

Se llamó por teléfono a cada uno de los alumnos para hacerles la invitación y se les explicó brevemente en que consistía y pidiéndoles que acudieran con un adulto significativo.

PROCEDIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención en red consistió en 5 sesiones grupales de una hora y media de duración cada quince días a las que acudieron los adolescentes con uno ó más adultos significativos (madre, padre, hermano, tíos, tutor). Cada grupo fue atendido por dos terapeutas principales y como equipo de supervisión el resto de los terapeutas en formación más la supervisora responsable en esta sede.

PRIMERA SESIÓN: se presentaron las reglas de trabajo que incluían: 1) la importancia de la confidencialidad que todo lo que se exprese en éste espacio. 2) la puntualidad, 3) todos los miembros del grupo estarían presentes durante las cinco sesiones y 4) el que cada alumno debería estar acompañado del adulto significativo. Se pidió a cada uno de los participantes que anotaran sus expectativas con respecto a las sesiones de trabajo. Posteriormente se les formularon las siguientes preguntas: ¿Cuál es el problema? ¿Qué soluciones han intentado? y ¿Cómo les ha ido con esas soluciones? las cuales serían contestadas por cada miembro de la familia. Las intervenciones se hicieron buscando que cada miembro del grupo se sintiera acompañado en sus preocupaciones y, al mismo tiempo quitar las etiquetas a los alumnos.

SEGUNDA SESIÓN: se formaron dos círculos, uno de adolescentes y otro de adultos, los adultos observaron sin intervenir durante toda la sesión. Los adolescentes expusieron su problemática y su visión de lo que ocurre en sus familias que los afecta y/o ayuda.

Con esta forma de intervención se pretende propiciar una nueva visión del adulto sobre lo que le ocurre al adolescente y sobre su participación en ello.

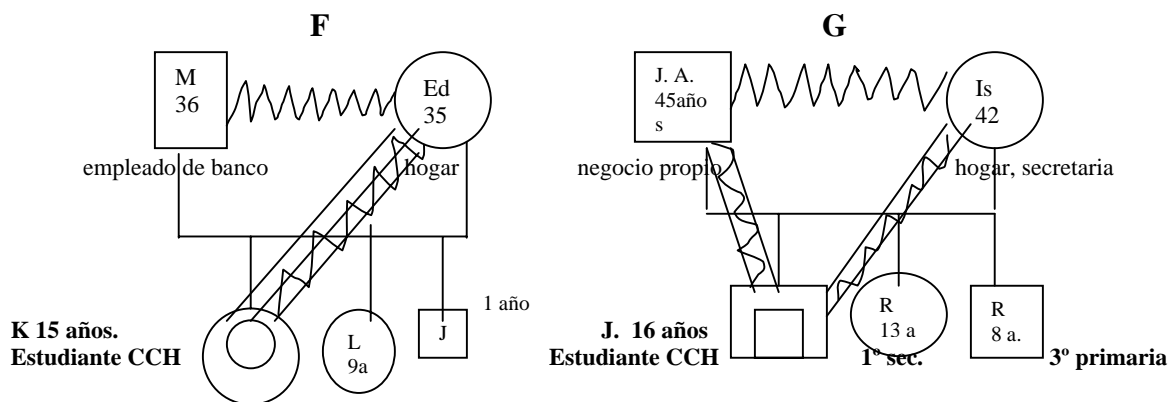
TERCERA SESIÓN: nuevamente se formaron los dos círculos pero en esta ocasión quienes hablaron fueron los adultos. Los adolescentes observaron en silencio durante toda la sesión. Se trabajó con los padres sobre sus preocupaciones y sus dificultades para entender a sus hijos, así como los mitos familiares que les impiden mejorar la convivencia. Con esta manera de abordar a los adultos se pretende que los padres se apoyen entre sí para construir otra visión sobre sí mismos y sus hijos, validar sus temores y encontrar alternativas al mismo tiempo que propiciar que los adolescentes escuchen y comprendan la visión de los padres. En la adolescencia en la mayoría de las ocasiones se obstaculiza la comunicación dada o probablemente por la búsqueda de identidad e independencia de los chicos y la dificultad de los padres de cambio de etapa del ciclo vida familiar, esto trae consigo que ambas partes construyan historias limitantes con etiquetas hacia los jóvenes como: flojo, vago, irresponsable y que además ellos no pueden manejarlos, y los hijos se sienten incomprendidos.

CUARTA SESIÓN: se trabajó con todos los miembros de la red buscando reforzar las nuevas historias que se han construido al escuchar al otro.

QUINTA SESIÓN. Se trabajó con todos los miembros del grupo explorando cambios, reforzando las estrategias para comunicarse y ayudarse mutuamente. Repartidos en equipos familiares se les pidió que realicen un dibujo (por familia) en el que se mostrara como visualizaban el futuro (adolescentes) y como podrían ayudar a sus hijos. Se trabajó después con aquellas situaciones que tendrían que hacer para lograr su expectativa. Se compartieron vivencias por ambas familias y el sistema de observación.

El objetivo de la intervención en red fue proporcionar un ambiente terapéutico a los jóvenes del CCH Azcapotzalco y a sus familias que les permitió construir una explicación distinta alrededor de los síntomas, que les permitió a los adultos romper con las etiquetas sobre los adolescentes y a éstos comprender la razón del comportamiento de los adultos. Ante conductas tales como reprobación escolar, adicciones, dificultades en la comunicación ente padres e hijos y manifestación de conductas violentas por ambas partes.

Familias: F y G



Cabe señalar que en la terapia de intervención en red se trabajó con los lineamientos de la escuela de Milán, utilizando la técnica del interrogatorio circular, connotación positiva, el desafío y se buscaron los recursos de las familias. Con la finalidad de abrir el juego familiar para que no fuera necesario la existencia de un síntoma para relacionarse.

Familia F

Descripción de la familia: familia nuclear conformada por cinco miembros; padre M de 36 años, era empleado del banco con escolaridad de Lic. En administración de empresas, madre Ed de 35 años de edad con escolaridad de preparatoria y carrera técnica de secretaria, trabajó en el Banco por 10 años y actualmente estaba en el hogar. K de 15 años de edad la cual cursaba el 2º semestre en el CCH Azcapotzalco, L de 9 años de edad el cual cursa 4º de primaria y J de un año de edad. A la terapia acudieron ambos padres (adultos significativos) y K durante las cinco sesiones.

Motivo de consulta: La Sra. Ed, refirió estar muy preocupada por los cambios de carácter de K, “últimamente estaba inconforme por todo, gritaba, azotaba las puertas, un problema pequeño lo hace enorme, por ejemplo: me pidió permiso para pintarse el cabello de color rojo, le dije que no y se puso muy agresiva, a lo cual respondo con violencia hacia ella (gritos, algunas ofensas), reprobó la materia de química y no me dijo nada, yo investigue sus calificaciones por internet cuando le pregunté que había sucedido terminamos peleando, también me preocupaba que se empieza a juntar con los porros, no logró entender que le está pasando, es difícil comunicarse con ella”.

Durante las sesiones se identificó que los padres de K tenían dificultades de comunicación y dudas sobre una tercera persona en la relación (infidelidad) por parte del Sr., M en su centro laboral, ya que ED y K escucharon el correo de voz de su celular, encontrando un mensaje muy cariñoso para él, no lo comentaron entre ellos, razón por la cual ella empezó a sentirse muy sola y triste desahogándose con su hija K. Misma que empezó a tener conductas de enojo de todo y con toda la familia. ED refirió que era una niña dócil y tierna y que ahora es un poco contestona.

En la tercera sesión se abrió este problema y el Sr. M, dijo saber que ocurría algo pero nunca se imaginaba que fuera eso y menos que se entendiera de ese modo, les dió explicaciones que al parecer dejó un poco tranquila a la esposa. Se connotó positivamente la conducta de K, “como una chica muy dócil, tierna y amorosa por lo cual asumió la tarea de apoyar y distraer a su mamá ante la tristeza y soledad que sentía por la duda de una posible infidelidad, bajando de calificaciones, reprobando una materia incluso poniéndose en riesgo al querer juntarse con los porros, pero que de ahora en adelante ese problema es de sus papás y ellos lo resolverán por lo que ya no es necesario su sacrificio”. Se le mandó un desafío; ahora que sabes que ya no es necesario tu apoyo, tu sacrificio ¿qué tendría que estar haciendo una chica de tu edad? ¿Que tienes que hacer para que tú mamá tenga la confianza en que vas a acreditar tu materia y que no te vas a juntar con los porros? Expresó como punto importante “no brincar me clases, cambiarme de lugar hasta adelante por que atrás echamos mucho relajo, hacer tareas..etc. en la quinta sesión se hizo uso de equipo reflexivo, mismo que ayudó a presentar otras voces que los invitaron a reflexionar acerca de sus posturas como padres e hijos y poder integrar otras alternativas de solución a las nuevas narrativas.

Familia G

Descripción de la familia: familia nuclear conformada por cinco miembros; padre JA de 45 años, trabaja en negocio propio con escolaridad de secundaria terminada, madre IS de 42 años de edad con escolaridad de secundaria terminada y carrera técnica de secretaria, estuvo trabajando pero se salió por los problemas familiares, actualmente se encuentra en el hogar. J de 16 años de edad la cual cursa el 4 semestre del CCH, R de 13 años de edad la cual cursa 1° de secundaria y R de 8 años de edad, el cual cursa tercero de primaria. A la terapia acudieron ambos padres (adultos significativos) y J durante las cinco sesiones.

Motivo de consulta: Ambos padres expresaron estar preocupados por J porque empezó a ingerir drogas a partir de tercero de secundaria. El Sr. JA explicó que su hijo se los dijo hace 6 meses, “fue un gran dolor pero estamos aquí por que queremos apoyarlo en todo lo que sea necesario para que no vuelva a consumir las”. La mamá refirió que “bajó de calificaciones, cambio su carácter se volvió más agresivo con sus hermanos pero principalmente contra nosotros (padres) por la vigilancia que tenemos hacia él por temor de que vuelva a consumir, por observo que se aísla”. Asimismo refirió sentir mucha culpa de que su hijo J consumiera drogas.

Durante las sesiones se identificó que los padres de J tenían dificultades de comunicación, dificultad para escucharse, para expresar ideas y afectos, asimismo diferencias en el sistema de creencias. La madre explicó “pasamos por una época económica muy mala, por lo que

tuve que entrar a trabajar y prácticamente abandoné a mis hijos y la casa, habían discusiones con mi esposo ya que nunca estuvo de acuerdo en que trabajara por que en su familia es mal visto que las mujeres trabajen, además mi hijo pequeño bajo de calificaciones por que no terminaba las tareas, no comía bien, me escribía cartas pidiéndome que ya no trabajara. A mi hija no le afectó tanto como a ellos (varones). Me gustaba mucho mi trabajo por que me sentía útil, aportaba a la casa y ganaba muy bien". Pero siente culpa por haberlos descuidado, su idea es que "si no hubiera trabajado probablemente su hijo no estaría metido en drogas, por que lo hubiera cuidado.

En la 1ª sesión J explicó que probó la droga por imitación, por pertenecer a un grupo de amigos pero también por que se sentía muy solo y muy mal por las discusiones entre sus papás (gritos y reproches). Explicó que un día que consumió droga tuvo una alucinación en la cual estaban sus papás y fue horrible, por lo que tuvo mucho miedo y decidió decirles la verdad para pedirles su ayuda. Finalmente la madre dejó de trabajar y dijo tener miedo de que J pueda volver a consumir droga por ello recurren a vigilarlo, situación que le molesta mucho a él. J asiste a la escuela por la mañana y trabaja por la tarde en una farmacia como ayudante.

Se connotó positivamente el síntoma y posteriormente se le mandó un desafío a J: "nosotros entendemos que existen mandatos familiares que se siguen aunque limiten a una o varias personas de la familia. Entendemos que en esta familia el mandato familiar es que las mujeres no deben de trabajar por que se percibe como un desequilibrio, con temor a perder cierta estabilidad; por ello los varones tienen que hacer algo para proteger a la familia. Y tu J asumiste esa gran y hermosa tarea de proteger a la familia, por que eres un chico muy noble y muy sensible, sacrificaste tu etapa de estudiante reprobando materias, bajando tus calificaciones incluso poniéndote en riesgo al consumir droga. Ahora tu familia esta organizada de forma diferente; tu mamá esta en casa con ese amor para apoyar a todos, durante estas sesiones descargaste de responsabilidades a tus papás, ellos encontraron una forma más directa de comunicarse y buscaron acuerdos, por lo que ya no es necesario tu sacrificio". Se le mandó un desafío; "ahora que sabes que ya no es necesario tu apoyo, tu sacrificio ¿qué tendría que estar haciendo una chico de tu edad libre de drogas? ¿Que tienes que hacer para que tu mamá tenga la confianza en que vas a acreditar tu materia y que no te vas a meter droga?" J refirió algunas opciones como: "entrar a clases constantemente, cambiar de amigos, ya no me junto con los que me drogaba, cambiar de amigos los cuales estén interesados en la escuela, decirles a donde y con quien voy, convivir más con mis hermanos, entre otras".

RESULTADOS.

Ambas familias concluyeron la terapia y reportaron cambios importantes como: un cambio de percepción de padres a hijos y viceversa logrando ambas partes tener más tolerancia, respeto, comprensión del por qué de las actitudes de los adultos (miedo, vigilancia, exigencias). Y a través de la connotación positiva del síntoma los padres abandonaron las etiquetas asignadas a los adolescentes y empezaron a ver y tratar a los jóvenes de manera diferente, como sus aliados por ese gran sacrificio de amor y protección familiar. Ambas familias hicieron uso de sus recursos familiares reflejándose en sus propuestas como alternativas para negociar con sus hijos, poner límites claros, horarios, asignar actividades domésticas, entre otras.

Se pudo observar que todos los varones tuvieron apertura para expresar sus emociones y miedos incluso hubo muestras de contacto físico entre ellos (palmadas en la espalda y al final de la terapia un abrazo).

Los adolescentes al hablar y sentirse acompañados con miembros de su generación, mostraron gran flexibilidad para aceptar puntos de vista de otros adultos (observaciones y sugerencias de otros papás) también las voces de los pares adquirieron fuerza significativa. Algo muy importante fue la conformación de una red de apoyo formada por el equipo de padres y otro por los jóvenes fuera del contexto terapéutico (los padres salieron a tomar café para abordar otros temas, en otra sesión se pusieron de acuerdo para ir a bailar).

Se puede concluir que este modelo de intervención es una herramienta útil para emplearse en instituciones educativas por la técnica propuesta y por el tiempo empleado (5 sesiones) asimismo útil para el abordaje de diversos problemas que presentan los adolescentes en su difícil transitar por dicha etapa, misma que obliga a la familia a renegociar su sistema de creencias en pro de la individualidad y crecimiento personal de cada integrante de la misma.

1.2. Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención clínica.

Como terapeuta en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica y dentro del equipo de observación en los tres escenarios clínicos me llamó la atención que muchas familias expusieron problemas relacionados con la violencia intrafamiliar con hijos en edad adolescente. Por ello considero importante abordar dicho tema tratando de identificar algunos elementos compartidos entre las familias que atendí como terapeuta principal y que por infortunio la vivencian.

El ser humano tendrá que enfrentar múltiples crisis, una de las que ha sido considerada como crucial en su ciclo vital, es el período denominado adolescencia. En él, el individuo se verá forzado a encarar grandes cambios que provienen desde su cuerpo, sentimientos y pensamientos, es decir, deberá asumir la ruptura del equilibrio anterior y a partir de ello llevar a cabo una profunda revisión y reestructuración en todos los aspectos que lo definen. Asimismo la familia tendrá que hacer lo propio para dar paso a nuevas formas de coexistencia y negociación.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre sus miembros. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad. El estrés mal manejado como producto de las presiones (internas y externas) al comienzo de la adolescencia de los hijos puede desencadenar en comportamientos matizados por conductas violentas en el sistema familiar.

Hablar del adolescente en la actualidad exige además, delimitar la época que lo contextualiza, ya que se ha visto inmerso en una serie de acelerados cambios como los sociales, políticos, económicos, académicos, tecnológicos, variaciones en los tipos de familia, roles y funciones dentro y fuera de la misma, así como los cambios propios de la edad. Los cuales se presentan con una marcada diferencia a los de hace unas décadas. Las rápidas transformaciones culturales han tenido consecuencias, sus inequívocos efectos se han dejado sentir en este adolescente de fin de milenio, han modificado su lenguaje, sus conceptos de belleza, sus ideales, en síntesis, han dejado una marca nueva en su subjetividad. Probablemente por que este adolescente tiene una gran labor nada fácil pero necesaria para alcanzar su desarrollo personal, es decir, el adolescente tiene que diferenciarse de sus padres a través de la búsqueda de su identidad, lo que significa saber quien es él o ella independientemente de lo que digan los adultos, por lo que buscará sus propios intereses, inquietudes, tomarán decisiones unas acertadas otras no y adquirirá una manera propia de concebir al mundo. En este proceso a los padres también les es difícil acompañar, comprender y negociar con el joven, mismo que está ávido de modificar o romper esquemas, etiquetas y roles tradicionales que lo conflictúan con las demandas de la modernidad (consumista, desechable y competitiva) colocándolo en un estado de vulnerabilidad y riesgo. Para lo cual la familia recurre a diversos estilos de negociación y comunicación, algunos útiles y otros no, dando como resultado la presencia de síntomas o conflictos en cualquiera de sus miembros; en el caso de los padres pueden llegar al divorcio

(entre otras cosas) y en el caso de los hijos, estos pueden desarrollar somatizaciones (gastritis, colitis, asma, etc.) bajo rendimiento escolar, fracaso escolar, adicciones, depresión, conductas violentas dentro y fuera de la familia entre otras.

Indudablemente la violencia intrafamiliar es un fenómeno que forma parte de nuestras experiencias cotidianas en las más distintas circunstancias. Durante la última década, el tema de la violencia ha cobrado una mayor importancia tanto en el ámbito social familiar e individual, los velos que la cubrían se siguen corriendo cada vez con mayor frecuencia. La violencia lamentablemente se encuentra de una manera tan cotidiana dentro del lugar que se consideraba el más "seguro" la familia.

Al respecto Ferreira (1995) refiere que este fenómeno como tal adquiere formas específicas de aparición en función de los contextos en los que se manifiesta: social, político, económico, familiar. La violencia dentro del núcleo familiar (violencia hacia la mujer, maltrato de los padres hacia sus hijos, maltrato de los hijos adultos a sus padres ancianos), no constituye un problema ni moderno ni reciente, por el contrario ha sido una característica de la vida familiar desde tiempos remotos. Es sólo recientemente que comienza a concientizarse como fenómeno muy grave y que daña la salud de la población y el tejido social en general.

Berumen (2003) resume que la violencia familiar es un delito que generalmente quedaba impune lo cual demostraba que gozaba de una cierta aprobación social. Y que en 1996 y 1998 en las reformas a los códigos Civil y Penal y sus respectivos instrumentos procesales, se logró tipificar la violencia familiar como un delito que en el caso de aquellos tipos de maltrato que atentan contra los niños, personas con discapacidad deben ser perseguido de oficio por el ministerio público.

Estas reformas federales, en México, establecen la obligación de respetar la integridad de las personas en el ámbito familiar y evitar conductas violentas en las relaciones a su interior. Asimismo, se modificó la figura de la patria potestad y se estableció como causal de divorcio la violencia familiar.

La Ley de Asistencia y Prevención de la violencia familiar para el distrito federal (2001) define la violencia intrafamiliar como: Un acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico; dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, ya sea fuera o dentro del domicilio; con el cual se tenga parentesco o haya tenido afinidad (matrimonio civil, concubinato o mantenga una relación de hecho) y tiene por efecto causar daño.

Es notorio que existen varios tipos de violencia y difícilmente se presentan en forma aislada, (Ferreira, 1995; Murillo, 2003; Corsí, 1998); hablan de los tipos de violencia y los han clasificado en cuatro categorías:

- I. Violencia física: es todo aquél acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control. La violencia física, en su mayoría es parte de un patrón identificable de abuso esperado, recurrente, sistemático y escalado que con frecuencia se extiende a toda la vida.

- II. Violencia psicológica o emocional: Se refiere al patrón de conductas consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: gritos, insultos, burlas, prohibiciones, coacciones, condicionamiento, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe deterioro, disminución o afectación de su estructura de personalidad.
- III. Violencia sexual: Se refiere al patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexoafectivas, inducir la realización de prácticas sexuales no deseadas que generan dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño.
- IV. Violencia económica: se refiere al manejo y control de los recursos materiales: dinero, bienes, valores, inmuebles) propios o ajenos, de tal forma que los derechos de las otras personas sean transgredidos. Presenta una doble finalidad por un lado controlar y someter a la víctima, y por el otro apropiarse de los bienes de ella. A través del robo, fraude, daño en propiedad ajena, despilfarro de dinero, privación u omisión de los medios para satisfacer las necesidades básicas o cubrirlo de manera insuficiente, ocultar información sobre ingresos.

Este fenómeno se presenta como una manifestación de las relaciones con una desigualdad de poder, así, el abuso siempre se dirige hacia aquél miembro de la familia que se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad, tradicionalmente los niños, las mujeres y los ancianos. A esto Corsí (2001) señala que la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza ya sea física, psicológica, sexual o económica; e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo.

Esta desigualdad del poder proviene de los estereotipos de género y es mantenida social y culturalmente a través de los mitos, creencias, los estereotipos y roles de género, como instrumentos de validación de actos de violencia, favoreciendo la desigualdad entre los sexos y creando expectativas respecto a lo que debe de ser un hombre y una mujer, colocando a ésta en la condición de subordinación frente al hombre y a los hijos en estado de absoluta dependencia respecto a ambos. Se ha documentado por INEGI (2001) que en la encuesta sobre violencia intrafamiliar el miembro de la familia más agresivo es el jefe de familia, en la mayoría de los casos la violencia se manifiesta del hombre hacia la mujer con un 87% en el D.F. y ésta sobre sus hijos. Como en el caso de la familia “D” en donde el padre es quien ostenta el poder, manifestado en exigencias y sobrecarga hacia la mujer con respecto al cuidado y educación de los hijos y de cumplir con las actividades domésticas. Por ejemplo: El Sr. M expresó tener dos trabajos y que por lo general regresaba a la casa estresado y se mostraba intolerante y lo manifiesta en algunas ocasiones en violencia verbal hacia la esposa y física hacia los hijos.

De igual forma se identificó en la familia “C” la violencia familiar en donde el esposo se expresó con violencia emocional hacia su esposa refiriéndose despectivamente hacia ella, le dijo: antisocial, ignorante, celosa, egoísta. La señora D mostraba conductas de sometimiento y de vulnerabilidad para perpetuar el ciclo de la violencia. En ambas familias se identificó la desigualdad patriarcal del poder. Principalmente usando la violencia emocional como instrumento de control misma que estaba sustentada en los estereotipos de género y validada desde la cultura.

Las creencias culturales acerca de lo que es un hombre incluye estereotipos de la masculinidad que asocia al varón con la fuerza. Por lo tanto, se percibe como posible el uso de la misma para la resolución de conflictos. Además se le asignan características de agresividad como parte de su naturaleza, obsesión por los logros y el éxito, inexpresividad emocional, roles tradiciones de sostén y jefe de familia, búsqueda de control y dominio en las relaciones en que se desenvuelve, tendencia al individualismo y competitividad, racional e incapacidad para sentir temor. Siguiendo esta línea de masculinidad cuando algún varón no cumple con las expectativas asignadas, se enfrenta a conductas discriminatorias y violentas independientemente de su edad. Como lo identificado en la familia “A” el paciente identificado “R” de 13 años mostraba conductas que para los varones cercanos no eran aceptadas como características de masculinidad, como el realizar berrinches, ensuciaba su ropa (enuresis y encopresis), hablaba solo o con el perro sobre ya no querer vivir, se negaba a participar en juegos considerados para hombres (según padre y hermano) situación que lo exponía a las exigencias y hasta la violencia física y emocional, no solamente de los hombre de su casa, sino además de los varones de su entorno escolar, de los cuales también recibía violencia emocional (apodos, burlas y hasta golpes).

De igual forma se identificó en la familia “D” que VM recibía violencia emocional ejercida por sus padres y hermana mayor, así vemos que el niño violentado va poco a poco asumiendo los códigos masculinos. Los padres refirieron haber incrementado la violencia física hacia él ya que no demostraba ser competitivo en la escuela, mostraba expresividad emocional, mostraba miedos, en ocasiones conducta violenta hacia sus hermanas y llanto frecuente. Lo que lo situaba en un estado de vulnerabilidad para la violencia ya que a sus 11 años de edad ya tendría que comportarse como los roles de género le indicaban (todo un varoncito).

En contrapartida, la mujer es culturalmente percibida como más débil, y por lo tanto, se le asocia a conceptos tales como dulzura, sumisión y obediencia, dependiente, facilidad para expresar sus emociones, servicial con el marido e hijos, encargada de las labores domesticas, incapaz de manifestar enojo, perdonar cualquier conducta en nombre del amor, entre otras. Estos estereotipos asignan una valoración donde lo masculino se considera de gran valía y deseable, mientras que lo femenino se minimiza y/o rechaza.

Se identificó esta postura tradicional en la familia “D” en donde la madre es percibida como débil, sumisa, a pesar de que realiza trabajo fuera de casa (maestra de primaria) la madre refirió tener la responsabilidad de las actividades domésticas sin compartir o ceder terreno a hijas y esposo lo cual le sirve para tener hasta cierto punto el control desde la posición “abajo”. Al respecto Corsí (2001) señala que para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.

Al respecto Minuchin (1986) y Haley (1980) ya abordaban en su trabajo terapéutico del desequilibrio del poder describiéndolo como coaliciones intergeneracionales y las triangulaciones dándole importancia al ordenamiento de la jerarquía. Asimismo refirieron que la organización del sistema se convierte en patológico si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas.

Al respecto Minuchin refiere la *coalición de ataque*: aquí el comportamiento del hijo es perturbado o malo y los padres se unen para controlarlo, aunque uno de ellos no este de acuerdo sobre el cómo tratarlo y ambos lo tratan de manera contradictoria. Esta coalición fue identificada en la familia "A" en donde R era tratado contradictoriamente por ambos pares, es decir, ambos padres estaban interesados en propiciar el cambio de conducta de R pero había un desacuerdo en la forma; la mamá lo sobreprotegía de la violencia ejercida por la coalición de los varones (padre y hermano mayor vs R) cayendo en el extremo de tratarlo como si fuera más pequeño. Mientras los varones se veían en la necesidad de utilizar la violencia física y emocional como herramienta para el cambio de conducta.

Otra variante de las coaliciones es la llamada *apoyo a la desviación*: aquí los padres suelen ocultar sus diferencias enfocando al niño, que es definido como problema o enfermo y por lo que los padres muestran una preocupación enorme, sobre protectora. Esto los une mucho y es un rasgo frecuente de las familias en que la tensión se expresa mediante desórdenes psicosomáticos. Este tipo de coalición fue identificada en las familias "F" y "G" ambas parejas mostraban incapacidad para enfrentar de forma directa los problemas de pareja utilizando como recurso la violencia emocional a través de culpas, reproches, gritos y en ocasiones indiferencia. En la familia F era por la sospecha de infidelidad por parte del esposo (esposa con aumento de peso, soledad y tristeza) y en la familia G era el enojo de la pareja por el ingreso de la esposa al ámbito laboral y el consumo de drogas del hijo. Los hijos adolescentes empezaron a mostrar enojo, irritabilidad, aislamiento, además en la familia F se identificó que la chica K tenía bajo rendimiento escolar e intentos de forma parte de los porros del CCH (conducta delictiva) por lo que los padres se habían unido y preocupado desviando así el conflicto de pareja, evitándolo. En el adolescente varón se identificó el consumo de drogas, situación que unió a los padres permitiendo así desviar el conflicto de pareja hacia el hijo.

Se identificó la *triangulación*: que es cuando los dos padres están en conflicto abierto o encubierto y están intentando cada uno ganarse el cariño y apoyo del hijo contra el otro. Este tipo de triangulación fue identificado en la familia "C" en donde claramente ambos padres se violentan, descalifican, ofenden, chantajejan.

Además se identificó un conflicto abierto entre los padres para ganarse no el cariño de C sino su apoyo para dañar al otro. Situación que la pone en un alto riesgo por las lealtades existentes con ambos padres en diferentes aspectos y momentos. La lealtad con la madre, la hace perder el cariño y /o apoyo del padre. La lealtad con el padre la hace no tener madre ya que esta mamá asume conductas de desvalorización incluso de protección. Para salvar esta situación la adolescente se refugia en la anorexia como muestra máxima de angustia y atrapamiento y está dispuesta a sacrificar su vida como un acto de amor hacia los padres.

Otros aspectos a considerar dentro de la violencia intrafamiliar son los elementos estructurales de la familia y los patrones de interacción familiar, así como las historias personales de quienes constituyen la familia (los antecedentes que emergen de la historia personal se involucran con contextos violentos de las familias de origen). Los varones se identifican con el agresor, incorporando activamente en su conducta lo que alguna vez sufrieron pasivamente.

Las mujeres en cambio, llevan a cabo un verdadero “aprendizaje de indefensión” que las ubica con más frecuencia en el lugar de quien es la víctima del maltrato en las sucesivas estructuras familiares. Al respecto en las familias “A”, “C” y ”D” se identificó en sus familias de origen historias con un contexto de violencia, en algunos casos pasiva (ejercida solamente hacia sus mamás) y en otras ejercida en su persona, pero ambas modalidades dejan aprendizajes y secuelas.

Dentro de la nuestra cultura el que se produzcan actos violentos entre los miembros de una sociedad es consecuencia de que ésta legitima su uso; para lo cual se apoya en mitos, creencias, costumbres que favorecen su presencia. Ante tales hechos los más desfavorables son los niños ya que existen ideas abaladas socialmente sobre la educación y estilos de crianza, a decir, que los hijos pertenecen a los padres y que ellos pueden hacer y decidir sobre su destino, que la letra con sangre entra. Al respecto (Sosa,2000) refiere que la dependencia del niño respecto del adulto en nuestra sociedad es también un factor de riesgo, ya que cualquier desequilibrio en la familia repercute directamente en los niños, quienes suelen ser una de las primeras víctimas. Hay otro conjunto de creencias abaladas socialmente que legitiman las acciones violentas hacia ellos:

- a) Los hijos son propiedad privada de los padres.
- b) La aceptación del uso de castigos físicos como método educativo.
- c) Todo lo que pasa entre las cuatro paredes del hogar es de incumbencia exclusiva del ámbito privado.

Asimismo Corsí (2001) refiere que las creencias culturales asociadas a este problema de la violencia nos remite a la “sociedad patriarcal” dentro de la cual, el poder conferido al hombre por sobre la mujer y a los padres por sobre los hijos es el eje que estructura los valores sostenidos históricamente por nuestra sociedad occidental. Las formas más rígidas prescriben obediencia automática e incondicional de la mujer hacia el marido y de los hijos hacia los padres. Condición que favorece al maltrato infantil como un método de crianza con rutinas y prácticas cotidianas que son percibidas como naturales. También Murillo (2003), refiere algunos puntos a considerar dentro de la violencia familiar y expone que el grado de potencialidad de violencia en una familia está dado por el grado de rigidez de las jerarquías, creencias en torno a la obediencia y el respeto, creencias en torno al valor de la disciplina y el castigo, grado de adhesión a los estereotipos de género.

Todos estos supuestos implícitos consensuados socialmente corresponden a un modelo autoritario de familia, donde el respeto no es entendido como reciprocidad entre los miembros, sino que es definido a partir de una estructura de poder vertical. La dependencia de los más débiles a los más fuertes se refuerza, y la autonomía es un derecho no reconocido igualitariamente para todos los miembros del sistema familiar. Las creencias anteriores se identificaron en todas las familias atendidas, los estilos de crianza por género estaban abalados desde las familias de origen de ambos padres, se identificaron estilos de crianza con rigidez y violencia emocional. Asimismo las narrativas de como debería ser una familia, lo que es ser buenos padres, la educación, entre otros, estaban abaladas por la violencia a través de mitos.

Durante el proceso terapéutico se identificó la dificultad de las familias para cambiar creencias y conductas matizadas por la violencia con el propósito de detener o erradicar la violencia en la familia.

1.3. Sistema terapéutico total.

Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en la entidad y escenarios clínicos.

Durante mi formación como terapeuta, este punto siempre lo considere importante, por que prácticamente es la parte medular vivencial de la formación, es la parte en donde se realiza el desprendimiento de la visión lineal (individual) para pasar a una visión sistémica, aplicada con una metodología grupal. Donde el equipo resulta invaluable.

Esta modalidad de trabajo se diferencia de otros modelos terapéuticos por la aplicación y análisis del método terapéutico y su sustento epistemológico. Por lo que la residencia en terapia familiar sistémica tiene como uno de sus objetivos que los estudiantes en formación desarrollen habilidades de análisis del sistema terapéutico total con base en la cibernética de segundo orden. Considero importante recordar algunos de los postulados básicos de la cibernética de segundo orden antes de pasar al análisis del escenario clínico.

La Cibernética Simple utiliza los conceptos de Homeostasis y Adaptación como resultado de la Retroalimentación; y la Cibernética de la Cibernética proporciona la oportunidad de incluir los conceptos de Autorreferencia y Autonomía, que corresponden a unidades más amplias de la mente. La AUTONOMÍA de un sistema implica que el observador 'Cierra' las fronteras del sistema y lo mira desde su interior, evitando cualquier referencia del exterior. La AUTORREFERENCIA significa que desde la Cibernética de 2º Orden, toda descripción es autorreferencial y que el hombre no puede desprenderse de esta paradoja autorreferencial que lo lleva a perder su objetividad, ya que esto implicaría una separación entre el observador y lo observado.

Para Von Foerster (1984) la Objetividad y la Subjetividad representan pares complementarios. Entonces, ¿Cómo es esa participación del observador en lo observado? Primeramente tomando en cuenta el principio básico de la Epistemología; para conocer trazarnos una distinción, lo que sugiere una opción o preferencia respecto a un fenómeno determinado, con lo cual se establecen puntuaciones respecto a la realidad observada y nos permite analizar las intenciones de los participantes, contextualizando nuestro objeto de estudio.

En la Cibernética de sistemas observantes se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de esta, además nos proporciona una manera de construir y discernir procesos cibernéticos más complejos gracias a órdenes de recursión superiores, lo que nos lleva a la noción de sistemas envueltos en sí mismos en donde cada individuo forma parte de diversos órdenes de organización, lo cual pasará a ser un principio fundamental de la Terapia Familiar. (Foerster, 1984). De esta manera, podemos concebir todo proceso mental como recursivo y complementario, en donde lo riguroso y sistemático se mezclan con la imaginación, tratando siempre de mantener la curiosidad respecto al mundo del cual formamos parte, y que nos permitirá entonces la cabida a múltiples realidades, (la neutralidad y objetividad no existen).

En la terapia familiar sistémica desde la Cibernética de 2º Orden, Aurón y Troya (1988) definieron los siguientes componentes del sistema terapéutica total

Sistema familiar + terapeuta = sistema terapéutico
Equipo de supervisados + supervisados = sistema de supervisión
Sistema terapéutico + sistema de supervisión = sistema terapéutico total.

Asimismo consideran la supervisión como un espacio de integración teórico-metodológico, pero también un espacio de reflexión, retroalimentación, de acompañamiento en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, además ayuda al equipo a integrar y priorizar cual de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico.

Al inicio de mi formación experimente ansiedad, una lucha interna e incluso miedo al enfrentarme a las familias asignadas, ya que me costó mucho trabajo el desprenderme de la formación lineal y aprender a observar bajo la visión sistémica las interacciones de las familias; Durante este proceso requerí tomarme mi tiempo para la asimilación y acomodación de nueva información y experiencias para flexibilizarme y adaptarme a esta nueva y útil forma de mirar, pensar y de escuchar. Otro aspecto fue la adaptación a la supervisión en vivo, misma que fue novedosa y necesaria durante mi formación. Al inicié me sentí un poco incómoda al ser mirada por muchos ojos y escuchar varias voces sobre mi trabajo realizado con la familia, pero cuando ya logré integrar esas voces y esas miradas mi desempeño fue más útil y fluido. Otro aspecto que no había experimentado fue la grabación de las sesiones ya que nunca había trabajado con esta modalidad, misma que en un inicio fue muy estresante pero finalmente fue útil y necesaria siendo un complemento de retroalimentación y análisis para la estructuración de las intervenciones de cada sesión.

Dentro de mi formación pude vivenciar la diferencia entre las supervisiones, el trabajo con cámara de Gesell (espejo de doble vista) y la supervisión en vivo, es decir, compartir el mismo espacio con la familia y el terapeuta principal y las supervisoras. Una de las ventajas que observe fué que en ésta última modalidad, en el rol de observadora tuve la posibilidad de obtener información bastante completa, tanto en la comunicación verbal y no verbal, tuve la posibilidad de captar emociones y sentimientos de todo el sistema terapéutico. Además permitía realizar intervenciones, aportaciones directas hacia la familia o hacia el terapeuta en caso necesario.

Mi relación con el equipo de terapeutas en formación.

En esta formación terapéutica aprendí el verdadero trabajo en equipo, es decir, cuando una familia llegaba a pedir el servicio, no solo era la familia del terapeuta asignado, sino que se compartía la responsabilidad de intervenir de manera que el trabajo era en conjunto. Con el transcurrir de mi aprendizaje, fue descubriendo la importancia y la utilidad de este equipo (primera y segunda generación) mi relación con mis compañeros fue de mucha cercanía,

creamos un ambiente de respeto, confianza, apoyo, compromiso, acompañamiento, de intercambio de emociones y de experiencias, sobre todo de conocimientos teóricos metodológicos, lo cual creo un ambiente sin estrés, facilitándose así la aprehensión del conocimiento, el intercambio de experiencias favorables y desfavorables, mismas que fueron útiles para todos.

Mis compañeros fueron una parte importante ya que con ellos aprendí a escuchar otras voces sobre mi trabajo, sobre mi desempeño en las sesiones, también me ayudaron a darme cuenta de mis recursos y limitaciones, además el equipo contribuía en la estructuración de mensajes, tareas e intervenciones creativas que orientaban la sesión para el mejoramiento de mi trabajo como terapeuta principal.

Mi relación con la supervisión

Al inicio de mi formación experimente un estado de ansiedad elevado ante la nueva modalidad terapéutica, sin embargo fue disminuyendo con el apoyo y hasta protección del sistema de supervisión. Mi relación con las siete supervisoras en general fue buena con cercanía, respeto, admiración por su experiencia en la terapia; puede vivenciar un ambiente de apertura y respeto hacia mi persona lo que favoreció adquirir confianza, misma que se vio reflejada en mi trabajo con las familias y en mis aportaciones hacia el grupo.

Otro aspecto importante como estudiante en formación fué que me enriquecí con la variedad de estilos de supervisión y de la personalidad de cada una de ellas, las cuales tuvieron diferencias significativas de acuerdo a su experiencia, habilidades, formación, conocimientos y manejo de los modelos revisados; así como por los diferentes escenarios clínicos ya que cada uno tuvo características muy particulares que enriquecieron nuestro trabajo clínico.

El sistema de supervisión me ofreció un contexto de apoyo, acompañamiento y guía para la aplicación de los modelos y técnicas que se revisaban en cada semestre, y en momentos difíciles con las familias puede vivenciar el ser rescatada ante algunos puntos ciegos y limitaciones técnicas. Este contexto me permitió entender el proceso de supervisión como algo valioso, único y necesario, una oportunidad de apoyo y aprendizaje.

Mi participación como observadora

El participar como observadora del sistema terapéutico me permitió ampliar y afianzar los conocimientos teóricos y prácticos a través de la retroalimentación. El trabajo modelado por cada uno de mis compañeros fue muy importante ya que cada uno tenía habilidades terapéuticas diferentes a decir; por experiencia laboral, por vivencia familiar, por formación (cursos, talleres, diplomados) lo cual contribuyó a desarrollar mi visión con enfoque sistémico y así poder pasar de lo teórico a lo práctico.

Asimismo este rol me permitió identificar las interacciones sistémicas en las familias tratantes; además me permitió el practicar en la elaboración de hipótesis sistémicas, tareas y mensajes para el terapeuta principal y la familia tratante.

Además me permitió identificar y ejercitar la búsqueda de modelos y técnicas empleadas por los terapeutas en formación, y así poder contribuir con alternativas útiles tanto para la familia como para el terapeuta principal.

Otro aspecto útil desde esta postura fué que me permitió ampliar mi perspectiva sobre algunos temas como; salud y problemas de adopción, secretos familiares con intento suicida, adolescente con abuso sexual y conductas de abuso, violencia entre muchos más. Finalmente el rol de observadora me permitió brindar el apoyo y guía a otros colegas en formación.

Esta modalidad de trabajo (observar el trabajo de mis compañeros) me pareció muy útil ya que me permitió incorporar y generar conocimiento y experiencia de cada uno de mis compañeros así como de sus familias atendidas.

2. Habilidades de investigación.

Otro de los objetivos de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica es la integración de conocimientos y habilidades de técnicas, métodos y procedimientos derivados de la investigación científica. Mismos que se impartieron en la asignatura de Métodos de Investigación Aplicada I y II a partir de los cuales se realizaron dos proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa.

El interés de ambas investigaciones surgió a partir de la escasa asistencia al servicio de terapia familiar por parte de la gente adulta Mayor mal llamada tercera edad. Para lograr entender esta ausencia fué necesario realizar una investigación teórica en literatura especializada sobre el tema: encontrando una gran disfuncionalidad familiar en los sistemas que incluyan a adultos Mayores.

A continuación presento una síntesis de ambas investigaciones mismas que fueron presentadas en foros académicos con el propósito de socializar el conocimiento y contribuir así en la evolución de éste.

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

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ETAPA DE LA VEJEZ”

Los cambios demográficos en México traen consigo el envejecimiento de la población; Con la disminución del índice de natalidad se redujo paulatinamente la proporción de niños y jóvenes, se aumentó la esperanza de vida por lo que una proporción cada vez mayor de personas alcanza las edades adultas y avanzadas.

Durante la vejez se presentan cambios biológicos, psicológicos y sociales que suelen asociarse con una pérdida de adaptabilidad del adulto mayor, es una etapa vulnerable en la cual se pueden presentar sentimientos de soledad y tristeza que en ocasiones devienen en conductas sintomáticas, ello estará en función de las características individuales y familiares así como de la red de apoyo extra familiar con que cuente el Adulto Mayor.

Para la persona que envejece su sistema familiar adquiere aun mayor relevancia si la dinámica familiar en la que se encuentra inmerso es disfuncional puede ser un factor que dificulte su adaptación a la nueva etapa o bien un elemento que mantenga la inadaptación; de allí la necesidad de enfrentar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Por otra parte si la familia es funcional favorecerá la adaptación del Adulto Mayor y será un factor protector ante el impacto del contexto sociocultural que lo margina y discrimina enfatizando sus limitaciones (Fuentes, Gonzáles y Casal 2000).

La investigación tuvo como objetivo describir la funcionalidad familiar de 15 familias con un miembro en la etapa de la vejez (60 años cumplido o más) y determinar si existen diferencias en relación con las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de unión y número de integrantes por familia. Teniendo como hipótesis de trabajo: la familia del adulto mayor que acude al Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene una dinámica familiar con dificultades en la comunicación, afecto negativo, poco apoyo y autoridad.

La funcionalidad familiar a sido evaluada y definida de muy diversas formas (Vergel, López y García, 1999; Orlando, Soles y García 1998; Espejel, Cortés y Ruiz, 1995). La funcionalidad familiar en este trabajo fué definida como “la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa” (Espejel, 1997).

Los resultados de las investigaciones con relación al tópico indicaron que incide en la dinámica familiar la etapa de la vejez. La familia necesariamente hace modificaciones importantes en su dinámica para adaptarse al Adulto Mayor, sobre todo si presenta limitaciones y/o enfermedades crónicas degenerativas, se dan modificaciones en su estilo de vida, por ejemplo de trabajar pasar a estar más horas en el hogar, retiro de la vida social de compañeros de trabajo. Asimismo se ve obligado (a) a convivir con dos o más generaciones, por lo que algunas familias en ésta etapa empiezan a presentar conflictos en las relaciones con los Adultos Mayores por que las costumbres, creencias, normas y sistema de comunicación son diferentes y aunque todos traten de adaptarse la mayoría de las veces no lo logran.

La escala de funcionalidad familiar creada y estandarizada en México por Espejel, et.al. (1995) ha sido aplicada a familias con intento suicida, con adolescentes en depresión, menores infractores, con discapacidad y con niños en edad escolar, pero no se había aplicado con gente adulta mayor. Este instrumento esta conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. Mismas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia. Escala de Calificación, cada ítem se evaluó en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hizo a juicio de la persona que evaluaba, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia y la tipología familiar.

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Seguridad Social Legaria del Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona Noroeste. Los únicos requisitos de participación fueron; que tuvieran 60 años cumplidos o más, que no vivieran solos y que acudieran acompañados por algún familiar.

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, no experimental, en donde se desarrolló un análisis del fenómeno sin influir en él; realizando una búsqueda sistemática empírica en la que no se controla ninguna variable independiente debido a que son situaciones ya manifiestas y no manipulables.

El propósito de la investigación fué describir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio. No se está tratando de demostrar la influencia de una variable sobre otra. Ya que el fin de un estudio descriptivo es detallar el panorama del sujeto. (Salkind, 1997). Se utilizó un diseño de una sola muestra, (corte transversal ya que se evaluó a la familia en un momento único), ya que es el más indicado para los estudios de tipo descriptivo. (Newman, 1997).

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS (versión 10), en el cual se tomaron como base los datos demográficos y las 9 áreas,

las cuales siempre fueron elementos imprescindibles para analizar la funcionalidad familiar del adulto mayor. Se realizaron análisis de frecuencias, cruce de datos demográficos con las áreas a evaluar para obtener la funcionalidad familiar, obteniendo tablas y gráficas de los puntajes derivados del instrumento.

Los resultados encontrados fueron que en la muestra predominó el *sexo* femenino (66.7%) con relación al masculino (33.3%), se ubicaron en un rango de *edad* 66 a 75 años, con promedio de 66 años de edad, *estado civil* de la población 60% era casada y el 40% viudas; el grado de *escolaridad* fué de primaria sin terminar en 66.7% y 33.3% con secundaria, bachillerato o carrera técnica; el 80% de ellos se *ocupa* en actividades no remuneradas (hogar, pensionado o jubilado sin empleo); el *tiempo de unión* que imperó fue de 31 a 40 años con 60%, y; el *número de integrantes* que prevaleció se ubicó entre 5 y 7 personas en el 66% de la muestra.

En lo referente al puntaje total de la funcionalidad se observó que el 53.3% de las familias representaron una funcionalidad familiar medianamente funcional, el 33.3% una funcionalidad familiar funcional y el 6.7% tiene poca funcionalidad y el 6.7% disfuncionalidad familiar.

Lo anterior significó que el 53% de la población estudiada fué medianamente funcional en el ámbito familiar, ello implicó que en las áreas de autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos; al Adulto Mayor se le sigue tomando en cuenta para participar en algunas actividades pero no en las más importantes ni en la tomar decisiones, por lo que no se le sobrecargaba, expresaba sus afectos principalmente hacia los nietos, se tiende a escuchársele pero con poca comprensión por “la brecha generacional”, existe cohesión entre sus miembros, la psicopatología está ausente.

Nuestros hallazgos permiten descartar la hipótesis que teníamos con respecto a la dinámica familiar disfuncional en el adulto mayor. Las evidencias de la presente investigación difirieron de los resultados obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo por Orlando, et. al. (1998) y Vergel, et. al. (1999) quienes encontraron en las muestras de las poblaciones estudiadas que en la etapa de la vejez predomina la disfuncionalidad familiar. Podemos inferir que las diferencias encontradas se deben a que el instrumento que se empleó es diferente a los utilizados por los autores citados teniendo en común solo algunas áreas. Otra posible causa de diferencias en los resultados es que en esta investigación el tamaño de la muestra es menor, comparado con el de las investigaciones citadas.

El adulto mayor ejerce funciones vitales dentro del sistema familiar y es un recurso útil para el mismo, al tomar parte activa en el cuidado y atención de los miembros más jóvenes y realizar tareas domésticas que alivian el quehacer cotidiano de la familia. Esto se contradice con lo encontrado por Orlando, et.al.(1998) donde la mayoría de los ancianos reflejan conductas de insatisfacción en sus núcleos familiares cuando hay más de dos generaciones y ello se debe a la presencia en el hogar de personas con diferentes edades, costumbre, formas de pensar que pueden conducir a la insatisfacción de necesidades físicas, emociones, sociales y espirituales.

Los resultados de ésta investigación contribuyen a la aportación de estudios de la funcionalidad familiar en la etapa de la vejez, las áreas evaluadas nos permiten reconocer la dinámica familiar y describir los factores que pueden estar relacionados con la funcionalidad del sistema familiar con al menos un miembro que vive la etapa de la vejez. No obstante se considera que se abran nuevas líneas de investigación que profundicen en el tema.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA “SIGNIFICADO DE VIVIR LA ETAPA DE LA VEJEZ, SUS EVENTOS ADVERSOS Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO”

La investigación cualitativa tuvo como punto de partida, retomar a la única persona que obtuvo una dinámica familiar disfuncional en los resultados de la investigación cuantitativa; con el propósito de describir cómo una persona que se encuentra dentro de la etapa de la vejez, vive, siente y cuáles son las creencias que posee en torno a la etapa de vida que atraviesa, qué eventos valora como adversos y cómo los ha enfrentado en su diario vivir y cómo todo ello se relaciona con su contexto más amplio familiar y extrafamiliar.

Para cumplir con el objetivo empleamos la metodología cualitativa; estudio de caso único, dado que intentamos conocer la vivencia del anciano, dentro de su contexto natural mediante una entrevista a profundidad que nos permitió obtener las creencias, vivencias y sentimientos que constituyen datos subjetivos e introspectivos de la protagonista en su realidad. En este sentido la mujer entrevistada tiene una posición privilegiada en cuanto al contenido de lo que pretendemos indagar, pues sólo ella está posicionada justo en el lugar desde el cual nos puede dar cuenta de sus creencias, vivencias y sentimientos que dan significado a su vida cotidiana en un espacio social determinado.

Dimensiones muestrales; la muestra fue una participante de 72 años de sexo femenino, viuda desde hace 13 años, con escolaridad de primaria incompleta, acude a un grupo para jubilados y pensionados de adultos mayores. La entrevistada tuvo dos matrimonios y sólo con el primer esposo tuvo una hija, misma que tiene 51 años. La participante cobra una pensión por viudez y un ingreso por jubilación. Por otra parte la participante habita actualmente en su propia casa la cual comparte con su hija y yerno. Asimismo viven dos hermanos de ella, Rubén (81 años, viudo) y Roberto (64 años, soltero, padece de sus facultades mentales) ella padece de diabetes. Y es creyente de la religión católica.

Tipo de estudio cualitativo y características

Se realizó un estudio de caso, en su modalidad de método de caso único, que es definido por Valles 2000, como la presentación sistemática de información acerca de la vida de una unidad individual, de la vida del individuo como unidad de análisis. Así, de acuerdo con esa definición, el estudio de caso no es un método particular de recogida de información sino más bien una forma de organizar y presentar la información sobre una persona específica y sus circunstancias, las cuales pueden dar lugar a una variedad de técnicas específicas de recolección de datos.

Según el propósito, nuestro estudio de caso pertenece a la categoría de *estudio de caso Instrumental* (Serrano, 1997), pues el caso particular fue examinado con el fin de proporcionar un mayor conocimiento sobre el tema de la "disfuncionalidad" familiar. El interés en el caso en sí mismo es entonces secundario; juega un rol de apoyo al tiempo que facilita el entendimiento sobre el tema, dentro de las circunstancias y particularidades del individuo.

Estrategia y sus características

Se empleó la técnica de entrevista en profundidad, entendida como un proceso comunicativo de extracción de información; tal información se encuentra en la biografía de la persona entrevistada implicando que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado proporcionando una orientación o interpretación que puede resultar informativamente invaluable en su peculiaridad; Aun más que la propia exposición cronológica o sistemática de acontecimientos más o menos actuales. (Valles, 2000).

Se eligió este tipo de entrevista por las ventajas que se ajustaron a las condiciones de economía de tiempo (por trabajo en equipo y con un solo individuo) y flexibilidad de aplicación; así como por sus características complementarias para la triangulación de información con el reporte previo de la investigación cuantitativa. Partimos de una revisión de la literatura y un estudio antecedente (cuantitativo), que motivaron la presente investigación, adoptando la postura teórica de sistemas. *Es decir, no partimos de cero.*

Nuestro plan consistió en seguir una secuencia de fases con sus respectivas tareas para la realización del estudio.

1. Fase de reflexión. Esta se basó en la elaboración de las preguntas a investigar, ya que el tema ya había sido elegido.
2. Fase de planteamiento: Durante esta fase se determinó las condiciones del contexto de estudio; se determinaron las estrategias para el análisis posterior (incluida la triangulación metodológica); se convino la construcción de una guía de entrevista. Se determinó qué investigador habría de realizar la entrevista y la asignación de los roles de registro con el magnetófono y por último se convino en la redacción final del proyecto.
3. Fase de aplicación. En esta se determinó la selección de la entrevistada; se llevó a cabo la entrevista y observación, así como el registro.
4. Fase de escritura. En esta se llevó a fin el análisis y selección de información para su presentación escrita.

Algunos datos obtenidos de la entrevista en profundidad

El estudio de caso único llevado a cabo para realizar esta investigación nos permitió aproximarnos a la vida cotidiana de la Señora "G", a través de una observación atenta del su uso de lenguaje en su escenario natural; así como también documentar los datos sistemáticamente con los significados locales distintivos que tienen sus vivencias para ella como protagonista, esto facilitó que comprendiéramos mejor dentro de esta etapa del ciclo vital, el rol del anciano, las relaciones con su familia y las formas de solidaridad encontradas en sistemas extrafamiliares en este contexto sociocultural específico.

Podemos decir que "G" es una mujer cuyas creencias, vivencias y sentimientos sobre la vejez se han venido transformando, en un primer momento con la incipiente vejez estuvieron connotadas sus creencias negativamente. En la actualidad adoptan un tinte positivo: *"Estoy viviendo mi vida como esta viniendo, voy a fiestas y paseos con los de mi grupo, soy muy*

alegre, en las reuniones y paseos, soy la primera en ponerme a bailar, vivo con libertad de hacer lo que quiero, soy hogareña, me dedico a mis plantas y a mis perros, trato de convivir con todas las personas, yo creo que por mi carácter, me he independizado de mi familia”.

Con respecto a sus vivencias éstas también se han ido modificando; pues en el inicio de su vejez, que fué simultáneo a su estado de viudez predominó el ensimismamiento y la depresión ante la muerte de su pareja: actualmente ha asimilado su estado de vejez, así como la muerte de su pareja: “...*el tiempo se ha encargado de que vaya aceptando mi viudez*”. Ahora; vive la vida como viene, acepta su enfermedad, su cansancio, hace lo que quiere y busca la satisfacción de sus intereses (bailes, fiestas, viajes, etc)

En relación con su sentir éste también ha cambiado pues recién entro a los 60 años y enviudo se sentía sola y su vida era triste; posteriormente gracias al apoyo de la familia extensa volvió a sentirse alegre, a bromear y a bailar.

Podemos decir, que “G” refleja ser una mujer dinámica, autónoma, responsable y bastante clara en cuanto a las ideas relacionadas con su etapa de vida; cuenta con una buena red extrafamiliar, misma que le permite tener su valía en alto así como su idea de autoeficacia.

Lo anterior nos permite suponer que aunque la etapa de la vejez es un periodo difícil y lleno de eventos que pueden ser valorados como adversos las personas que la viven pueden enfrentarlo exitosamente, quizá por la amplia gama de estilos de afrontamiento desarrollados y perfeccionados a lo largo de su vida; incluso pese a la relevancia que adquiere el sistema familiar para la persona que envejece, esta puede relacionarse con él minimizando las repercusiones negativas en sus creencias, vivencias y/o sentimientos de tal modo que su adaptación a ésta etapa no sea tan difícil. Así, podemos decir que reconocemos la importancia de la influencia familiar en el desarrollo y ajuste de los individuos, en éste caso en la adaptación del anciano a esa etapa de vida; no obstante resaltamos la importancia que tienen los recursos personales y el valerse de redes extrafamiliares para afrontar exitosamente esta etapa de la vida como contrapeso a los inconvenientes.

También se puede notar que los temas de soledad, muerte, sufrimiento, abandono, depresión, problemas de salud, herencia de bienes y pérdidas físicas y/o materiales; son constantes en la etapa de la vejez. Esos temas pueden tener una significación especial para el Adulto Mayor y connotar una situación adversa hasta derivar en una forma de afrontamiento particular o bien simplemente representar una dificultad más que hay que afrontar. Esta investigación sirve para demostrar que aunque exista disfuncionalidad familiar el miembro del sistema que atraviesa la tercera edad puede enfrentar exitosamente los eventos que valora como adversos. Surge la pregunta de sí al hablar de vejez es necesario remitirnos a una etapa especialmente matizada por factores adversos o simplemente como una etapa con dificultades como cualquier otra del ciclo vital. Podemos ver entonces a un adulto que envejece, con una historia de interacción (familiar y extrafamiliar) como metas, logros y frustraciones, con intereses, con proyectos y oportunidades; con posibilidad de elección en la búsqueda del bienestar. Podemos decir que las familias preservan su estabilidad frente a estímulos ambientales disruptivos, desarrollando sus individuos formas particulares de enfrentar problemas que organizan la vida familiar aún siendo disfuncionales.

3. Habilidades de Enseñanza y difusión del conocimiento.

3.1. Elaboración de productos tecnológicos (videos y manuales)

Otro aspecto importante a considerar durante mi formación como terapeuta familiar fue el desarrollar habilidades para la elaboración de productos tecnológicos, los diez estudiantes en formación elaboramos dos videos; y de forma individual elaboramos tres manuales de los modelos teóricos revisados. Con el propósito de que los alumnos desarrollemos habilidades teóricas, técnicas y terapéuticas que contribuyan al desempeño profesional. Además contar con un material de apoyo didáctico para el terapeuta en formación que sea su guía cuando lo requiera; y contribuir con un producto tecnológico que sirva como instrumento pedagógico en la residencia de terapia familiar sistémica. Ambos videos están diseñados bajo dos aspectos generales: la explicación de la técnica y la escenificación de las mismas por alumnos en formación generación 2001-2003.

ELABORACIÓN DE VIDEOS

VIDEO I

Titulo: Técnicas del Modelo Estructural.

Objetivo: Contar con un instrumento pedagógico de las diferentes técnicas del Modelo Estructural de forma clara, precisa y didáctica. Además de incrementar el material didáctico para la enseñanza de la terapia familiar en la Maestría con residencia en terapia familiar sistémica.

El modelo estructural de terapia familiar propuesto por Salvador Minuchin (1993), considera imprescindible un modelo normativo de familia que pueda ser el punto de referencia para el análisis de las interacciones que se presentan entre los miembros de la familia, para lo cual Minuchin ofrece tres estrategias principales de intervención dentro de las interacciones familiares que permiten propiciar el cambio:

1.- Cuestionamiento del síntoma.

Técnicas para el reencuadre: escenificación, focalización e intensidad.

2.- Cuestionamiento de la estructura.

Técnicas de reestructuración: fronteras o límites, desequilibramiento y complementariedad.

3.-Cuestionamiento de la realidad familiar.

Técnicas de consolidación: constructos cognitivos, paradojas y lados fuertes de la familia.

Duración: 20 minutos.

VIDEO II

Titulo: Técnicas del Modelo Estratégico.

Objetivo: Mostrar el manejo de las técnicas del modelo estratégico de forma clara, precisa y didáctica. Además que sirva como un recurso auxiliar para la adquisición de conocimientos. Así como de apoyo para aquellas personas en formación que desean conocer y aplicar este modelo estratégico.

Jay Haley y Cloe Madanes (1998) han desarrollado una manera de hacer terapia influidos por la terapia de Milton H. Erickson. La terapia estratégica no es un enfoque o terapia particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Haley (1989) sostiene que el terapeuta debe configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital. Para lo cual existen técnicas terapéuticas las cuales son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas o incongruentes alterando la secuencia sintomática, introduciendo congruencia en las jerarquías del sistema con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. La terapia desde este modelo está hecha a las necesidades del problema presentado.

Para la realización de este video se seleccionaron dos técnicas de las cuales se realiza la exposición teórica de la técnica y posteriormente se presenta un caso como ejemplo.

1.- Paradoja

2.- Ordalía

El video tiene una duración de 20 minutos.

Una aportación útil es la elaboración de videos como herramienta metodológica valiosa que puede ser empleada para la enseñanza y aprendizaje del empleo de diversas técnicas de los modelos abordados durante toda la formación como terapeutas con enfoque sistémico.

ELABORACIÓN DE MANUALES

Otra herramienta metodológica muy útil fueron los manuales de los diferentes modelos de intervención de la Terapia familiar Sistémica, mismos que se elaboraron a lo largo de la formación. Como producto tecnológico ofrece la ventaja de que puede estar disponible en el momento que se requieran.

Objetivo: Que los alumnos en formación desarrollen habilidades teóricas – metodológicas y terapéuticas sobre los modelos revisados. Brindando los lineamientos generales con el propósito de sistematizar de manera sintetizada la aplicación de las técnicas.

Se elaboraron tres manuales:

- 1) Terapia Estructural.
- 2) Terapia Breve Centrada en los Problemas
- 3) Terapia Centrada en Soluciones.

La elaboración de los manuales me permitió desarrollar habilidades de investigación teórica, de síntesis y de integración. Además favoreció que reafirmara ideas y conceptos, ya que en la estructura de los mismos se destacan los antecedentes, la descripción y las técnicas empleadas mediante la ejemplificación de casos, a través de la creatividad y estilo personal.

3.2. Programas de intervención comunitaria.

Las ciencias sociales y de la salud son las áreas de conocimiento con las que se rige el programa de residencia en terapia familiar sistémica las cuales tienen como finalidad participar en actividades de docencia, investigación y servicio a la comunidad en el ámbito clínico abarcando los niveles de atención primaria y secundaria.

Durante mi formación como terapeuta familiar tuve la oportunidad de desarrollar habilidades para la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria, identificando procesos que ayuden a resolver y/o prevenir problemas familiares y grupales.

Durante mi participación en el programa de residencia en terapia familiar elaboré tres talleres de intervención comunitaria, los cuales describiré a continuación.

- ❖ Taller de Comunicación No Violenta
- ❖ Taller ¿Violencia Conyugal?
- ❖ Programa de intervención en red. Mismos que se describen a continuación.

TALLER : COMUNICACIÓN NO VIOLENTA

Este taller lo impartí con mi compañero José Luis Nájera Castaño durante el primer semestre de formación, el cual se llevó a cabo en una casa particular destinada para la capacitación de educación inicial en Ecatepec Estado de México, los días 10,17,24 de noviembre y 1° de diciembre del 2001. El taller se llevó a cabo en cuatro sesiones de tres hrs cada una en la cual participaron nueve personas de ambos sexos, todas mayores de edad.

Los propósitos del taller fueron;

- 1.El participante conocerá el modelo de comunicación no violenta el cual permite un entendimiento mutuo entre personas muy conflictuadas.
- 2.El participante desarrollara habilidades que le permitan aprender a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen de forma objetiva y precisa.

QUE ES LA COMUNICACIÓN NO VIOLENTA

La Comunicación No Violenta es un modelo creado por el Dr. Marshall Rosenberg (2000) con el propósito de enseñar y desarrollar habilidades de comunicación que favorezca la resolución de conflictos, aun en las condiciones más extremas de comunicación violenta. Además promueve la expresión de sentimientos, necesidades, aspiraciones e intereses de manera honesta, sin críticas, ni culpas, ni temores. La Comunicación No Violenta ilustra los patrones que empleamos cotidianamente y brinda la oportunidad de aprender un proceso de intercambio comprensivo.

Resultados: este modelo fue aceptado y reproducido por los participantes, los cuales lograron realizar peticiones sin crítica ni exigencia. Realizaron descripciones de la conducta observada sin interpretaciones personales, lo cual contribuyó a la expresión de sentimientos y necesidades sin valoración en el grupo. Lo cual permitió una comunicación clara, precisa, y libre de conflicto.

TALLER: ¿VIOLENCIA CONYUGAL?

Este taller lo impartí durante el tercer semestre de formación, el cual se llevó a cabo en la Estancia de Bienestar y Desarrollo Infantil No. 41 del ISSSTE, del 27 al 29 de noviembre del 2002, de 15 a 18 hrs, dirigido a madres de familia, el taller tuvo una duración de 9 hors.

OBJETIVO GENERAL: Informar y sensibilizar a las participantes sobre la violencia conyugal.

Resumen: La violencia en contra de la mujer había sido durante muchos años un problema ignorado, a pesar de estar presente como ingrediente cotidiano en la realidad de muchísimas mujeres, la necesidad de esconderlo de la mirada pública lo convirtió en un “fantasma” al que poca gente se atrevía a nombrar. En el mejor de los casos, se lo trata como un asunto “personal y privado”, en el peor, como un hecho natural al que las mujeres se deben acostumbrar. Sin embargo la gravedad y persistencia del problema han llevado a muchas mujeres a cuestionar su “normalidad”, a estudiar sus causas y a buscar diversas formas de resolverlo.

Las mujeres víctimas del maltrato no están conscientes de la agresión que sufren porque los roles de género que predominan en la sociedad no sancionan, incluso hasta permiten éstas conductas. La sociedad acepta en el hombre una forma específica de masculinidad, espera que la mujer sea la “contraparte” de un binomio activo/pasivo. Esta situación dificulta que los profesionales detecten la magnitud y la profundidad del daño sufrido por las mujeres maltratadas, aún cuando las lesiones sean evidentes. La violencia hacia la mujer es el tipo de violencia estadísticamente más frecuente en todas partes del mundo; esta es una realidad para describir y estudiar y no “una bandera de lucha contra los hombres” (Ferreira, 1976).

La violencia es definida como: Aquel acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclica, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro y fuera del domicilio familiar que tenga alguna relación o parentesco por consanguinidad, tengan o lo hayan tenido por afinidad civil matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho y que tienen por efecto causar daño y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases: Maltrato físico, maltrato psicoemocional y maltrato sexual (Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar).

FASES DE LA VIOLENCIA

FASE 1: Estado de acumulación de tensión

FASE 2: El episodio agudo de golpes

FASE 3: De luna de mil caracterizada por conductas de arrepentimiento, buen amante, cariñoso, ella vuelve a creer en él.

Se explicaron alternativas ante la violencia conyugal y un plan de emergencia ante la misma.

RESULTADOS: Inicialmente se había programado para 20 personas, pero finalmente se presentaron 30 participantes. Las participantes estuvieron muy participativas e interesadas en el tema. A través de las dinámicas lograron identificar y expresar la situación de pareja

que estaban viviendo, hubo dinámicas muy intensas en donde se facilitó la expresión de sentimientos como; miedos, culpa, odio, y en algunas participantes hubo la necesidad de ser canalizadas a las instituciones que atienden dicha problemática. Se les proporcionó un listado de los centros de atención de violencia intrafamiliar y de lugares para psicoterapia.

INTERVENCIÓN EN RED

Este programa lo impartí con mi compañero Martín González Ortega como terapeutas principales, como coterapeutas mis compañeros y la supervisora Carolina Rodríguez. El programa se llevó a cabo en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, durante 5 sesiones, una vez cada 15 días, con una duración de una hora y media por sesión, la única condición de participación fue la asistencia del adolescente con una persona o varias personas significativas (papá, mamá, tíos, hermanos mayores).

El grupo estuvo conformado por un común denominador que fue el motivo de consulta.

Los objetivos de este tipo de intervención fueron formar una red con los alumnos participantes y sus adultos significativos, en la cual:

- ❖ Los miembros de la red con la ayuda del equipo terapéutico construyan una nueva historia, que dé cuenta de la conducta de los sintomáticos, lo cual permita a los adultos romper con las etiquetas sobre los adolescentes y a éstos comprender la razón del comportamiento de los adultos.
- ❖ Los participantes a partir de la toma de conciencia del problema compartido y de las nuevas historias, se unan para descubrir nuevas alternativas de solución.
- ❖ Las nuevas soluciones posibiliten a los adultos significativos brindar un apoyo efectivo que permita a los adolescentes hacer uso de sus potencialidades.
- ❖ Los adolescentes logren avanzar académicamente.

La intervención grupal con familias permite enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática y así ofrecerle otras posibilidades. Elkaïm (1995) dice que la eficacia de éstas prácticas se debe al extraordinario impacto que puede tener la dinámica de un grupo a través de una nueva captación compartida de la crisis y el respaldo de otro. La red puede aportar transformaciones aunque solo sea por el increíble número de soluciones que posibilita. La transformación o curación puede resultar de una simple redefinición de los mensajes con lo que surge un contexto diferente.

Resultados: Al inicio del programa participaron 4 adolescentes con ambos padres, pero dejaron de asistir 2 alumnos con sus respectivas personas significativas. Finalmente se trabajó con dos adolescentes (hombre y mujer) dos madres y dos padres de familias =6 personas. De las cuales los adolescentes reportaron valorar de manera importante la presencia de sus padres al observarlos tan involucrados y comprometidos para ayudarlos en sus problemas.

Al concluir con lo planeado del programa los alumnos reportaron mejoría significativa en la relación con sus padres y la desaparición del síntoma que los había llevado a solicitar terapia.

Los participantes descubrieron cambios en las relaciones familiares en aspectos que no se trabajaron directamente en las sesiones, por lo que podría pensarse que la intervención en red propicia el desarrollo de habilidades para solución de conflictos en las familias que se extiende incluso hacia miembros de esa familia que no asistieron a las sesiones.

Por lo reportado por las familias al concluir la intervención, ésta parece ser una herramienta útil en el abordaje de diversas problemáticas que presentan los alumnos y que afectan su desempeño académico tanto como sus posibilidades de crecimiento personal.

3.3. Presentación de ponencias en foros académicos.

Otro objetivo importante que se fomentó a lo largo de la formación terapéutica es la participación en foros académicos especializados para la difusión del conocimiento; esto promovió el desarrollo de habilidades complementarias como; investigación teórica en artículos, revistas especializadas, sintetizar la propia experiencia terapéutica para darla a conocer con base en los problemas familiares manejados, y a su vez tuvimos la oportunidad de enriquecer y actualizar nuestro conocimiento a partir de la exposición de otros trabajos presentados en el mismo foro.

- ❖ Participe en el “Coloquio Nacional de Investigación Estudiantil en Psicología, con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, celebrado del 24 al 26 de abril del 2002. (constancia) con la ponencia “Algunos factores de la dinámica familiar en la etapa de la vejez”.
- ❖ Asimismo en el **XXI COLOQUIO DE INVESTIGACIÓN**, celebrado los días 21 y 22 de noviembre del 2002, en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (Constancia). Con la ponencia “Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez” investigación cuantitativa.

3.4 Asistencia a foros académicos (congresos, cursos y talleres).

La residencia en terapia familiar considera importante como parte de la formación profesional, la asistencia a congresos, cursos, talleres, pláticas, ya que a través de los mismo se adquieren conocimientos, experiencia, análisis de casos en vivo, se fomentan relaciones interpersonales, se participa en organizaciones reconocidas en el ambiente familiar sistémico; Paralelamente se refuerzan vínculos grupales, así como la interacción con los ponentes nacionales e internacionales.

Como parte de mi formación profesional acudí al **VIII Congreso Nacional de Terapia Familiar, titulado “Ética y Estética en la Terapia Familiar”**, organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Impartido en la Ciudad de México, del 5 al 7 de Octubre del 2001. duración 20 hrs. Con valor curricular. El objetivo general fué; dar a conocer y difundir los enfoques teóricos y las aplicaciones prácticas que dentro de la terapia familiar sistémica se están manejando en el momento actual, así como poner énfasis en la ética como responsabilidad de individuos residentes en una sociedad y en el mundo que ayudamos a crear.

Durante este congreso se tuvo la oportunidad de reunir a muchos colegas de diferentes partes del país y del extranjero que vinieron a exponer su pensamiento y preocupación sobre el ejercicio de la ética y su acción terapéutica. En donde se invitó a reflexionar y al cuestionamiento sobre nuestro quehacer profesional en distintos ámbitos y temáticas como en los trabajos expuestos por terapeutas familiares; ética y estética en la terapia familiar, migraciones, pérdidas y rituales, psicoterapia en el siglo XXI, turbulencias de género, entre otros.

Asistí al **Seminario ¿Es Sistémica la Terapia Sistémica? Una Aproximación histórico-conceptual**, impartida por el Mtro. Pedro Vargas Avalos de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Impartido el 4 y 11 de marzo y 1° de Abril 2002. en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Temática desarrollada:

- Recorrido histórico desde el año de 1942 con la primera conferencia auspiciada por la Fundación Josiah Macy que constituiría el comienzo de lo que hoy conocemos como Cibernética. La Teoría General de los Sistemas sus ideas principales. Los trabajos de Bateson y su interés por la cibernética en las ciencias sociales. Bateson Inicia su proyecto sobre “Paradojas de la comunicación” retomando los conceptos de las conferencias de Macy. Conceptos fundamentales como: La pauta que conecta, forma y patrón, buscaba una concepción totalizadora de la mente.
- Don Jackson interesado en aplicar las investigaciones del grupo a la terapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, funda el “Mental Research Institute.
- Maturana y Von Foerster. La reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes.
- En los 80s se genera una apertura a lo que se conoce como terapias posmodernas

Breves Definiciones Cibernéticas para Terapeutas Sistémicos

Temática desarrollada:

- Distinción
- Tipificación lógica
- Recursión
- Doble descripción

Niveles de retroalimentación

Cibernética de segundo orden

- Trabajos de Maturana
- Trabajos de Von Foerster
- Trabajos de Varela

Asistí al **Seminario titulado ESCUELA DE TERAPIA SISTÉMICA Y TERAPIAS POSMODERNAS**, impartidas por la Mtra. Lidia Beltrán Ruiz, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Impartidas el 8, 15 y 22 de Abril 2002. en las instalaciones de la Facultad de estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Temática desarrollada:

- ❖ Se presentó el modelo centrado en soluciones, premisas y técnicas, medios para identificar cómo la gente hace un problema o una solución.
- ❖ Epistemología Cibernética
- ❖ Escuelas de la terapia sistémica y narrativa
- ❖ Cibernética de primer orden (sistema observado)
- ❖ Cibernética de segundo orden (sistemas observantes) y socioconstruccionismo
- ❖ Escuela narrativa
- ❖ Investigación en terapia sistémica.

Asistí al **Congreso titulado 1er Encuentro Internacional “TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA: Modernidad y Posmodernidad”**. Impartido en Cholula Puebla los días 1, 2 y 3 de Noviembre de 2002. el objetivo general fué; dar a conocer y difundir los enfoques teóricos; modernos y posmodernos sus aplicaciones prácticas dentro de la terapia familiar en el momento actual.

Durante este congreso se tuvo la oportunidad de reunir personas importantes dentro de la perspectiva sistémica, que de diferentes partes del país y del extranjero vinieron a exponer sus trabajos y su acción terapéutica como: Janine Roberts (coautora del libro: Rituales familiares terapéuticos y ritos en la familia). La Narrativa con la Terapeuta Pilar Hernández de Colombia. Perspectiva Colaborativa y relacional, Gonzalo Bacigalupe, Chileno. Y Mexicanos como: Raymundo Macias, Jorge Abia, Raúl Molina, Elena Fernández, entre otros.

Asistí al **Simposium titulado VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SUS ASPECTOS JURÍDICOS**. Impartida por la Procuraduría General de la Republica, en el centro Cultura Tacuba del ISSSTE, los días 22, 23 y 24 de Noviembre de 2002.

Temática desarrollada:

- ❖ Qué es la violencia intrafamiliar, definiciones.
- ❖ Tipos de violencia intrafamiliar
- ❖ Antecedentes de la mujer maltratada.
- ❖ Fases de la violencia.
- ❖ Síndrome de la mujer maltratada.
- ❖ Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar.
- ❖ Código de procedimientos civiles (modificación de artículos).

Asistí al **Curso Taller “CO-CONSTRUYENDO CAMBIOS CON ADOLESCENTES DIFÍCILES”**, el cual fué impartido por MATTHEW SELEKMAN, los días 13 y 14 de Diciembre de 2002, en Querétaro, Querétaro. (Hotel Holiday Inn)

Temática desarrollada:

- ❖ Preguntas terapéuticas que elicitán las fortalezas y recursos de los clientes, objetivos de tratamiento conductuales bien elaborados e historias familiares no contadas.
- ❖ “Hablar el habla para caminar el camino”: Estrategias efectivas de compromiso con adolescentes difíciles.
- ❖ Encontrar lo apropiado: Construir y seleccionar experimentos terapéuticos y rituales de construcción de conexiones que encajen con las etapas individuales de prontitud al cambio, estilos cooperativos y objetivos de los miembros de la familia.
- ❖ De la desesperanza y la desesperación a las posibilidades: herramientas terapéuticas para crear esperanza y para fortalecer a los padres pesimistas y derrotados.
- ❖ Lineamientos de grupo de padres orientado a soluciones para trabajar con adolescentes autodestructivos y suicidas.
- ❖ Desenredar los nudos de los sistemas de ayuda a la familia, lineamientos para facilitar diálogos transformadores con los aliados de sistemas mayores, uso de compañeros, de miembros claves en la red social familiar y de los otros inspiradores en la terapia familiar.

Asistí al **Seminario titulado PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA**, impartido por el Mtro. Pedro Vargas Avalos. Perteneciente a la Academia de Terapia Sistémica, y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. El cual se llevó a cabo los días 16, 17 y 18 de Diciembre de 2002. en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Temática desarrollada:

- ❖ Definición e historia de la programación Neurolingüística.
- ❖ Modelo de programación Neurolingüística y premisas.
- ❖ Identificación de agudeza perceptual.
- ❖ Exploración de los filtros perceptivos; ejercicios.
- ❖ Calibración (auditiva, visual, kinestésica).
- ❖ Lenguaje (auditivo, visual, kinestésico).
- ❖ Claves de acceso visual.
- ❖ Mapa de ubicación de los accesos oculares.
- ❖ Fenomenología de la Hipnosis y comportamiento del estado de trance.
- ❖ Calibración para el estado de trance.
- ❖ Construyendo habilidades sensoriales.
- ❖ Instalación de un anclaje, ejercicios.
- ❖ Exploración de creencias.
- ❖ Alineación de niveles lógicos.

Asistí al **Congreso titulado 1er Encuentro Nacional “REFUGIOS ALBERGUES PARA MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”**. Impartido en la Universidad del Claustro de “Sor Juana”, realizado el 14 de marzo del 2003.

Objetivo General; dar a conocer y difundir el trabajo realizado en los albergues para mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar, retos a corto plazo.

Durante este encuentro se realizaron reflexiones sobre los trabajos e investigaciones realizadas en los refugios y albergues para mujeres que viven violencia intrafamiliar, (modelos de intervención). Asimismo hubo exposición de las experiencias, recuento de avances, errores y estrategias para superarlos. Reflexión sobre los equipos de profesionales que trabajan con la violencia familiar en los diferentes albergues. Perspectivas de la atención a mujeres que viven violencia familiar en México.

Asistí al **Curso titulado PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR**. Impartido por la Secretaría de Salubridad en el Instituto de Servicios de Salud Mental (SERSAME), Tlalpan, los días 8, 9 y 10 de Abril de 2003.

Temática desarrollada:

- ❖ Trastorno por déficit de atención
- ❖ Problemas de aprendizaje
- ❖ Retraso mental
- ❖ Trastornos de conducta
- ❖ Trastornos neurológicos más frecuentes en la infancia
- ❖ Trastornos del estado de ánimo
- ❖ Trastornos de ansiedad
- ❖ Síndrome del niño maltratado
- ❖ Manejo del niño escolar problemático.

Asistí al **Curso Taller titulado “PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA TERAPIA FAMILIAR, CONVERSACIONES INTIMAS”**, impartido por HERLENE ANDERSON Y LYNN HOFFMAN, los días 16 y 17 de mayo del 2003, realizado en las instalaciones del Colegio de Contadores, D.F.

Temática desarrollada:

- ❖ Conversación y lenguaje como generadores de posibilidades, tanto en el ámbito clínico como en una postura filosófica.
- ❖ Consultoría en vivo

Asistí al **Taller titulado “LA PERSONA DEL TERAPEUTA”**, impartido por la Mtra. ANA FRANKLIN S. se llevó a cabo los días 18 y 19 de julio del 2003, con una duración de 16 hrs. En Polanco, delegación Miguel Hidalgo.

- ❖ En este taller se trabajó: la creatividad, obstáculos en la persona del terapeuta, sentimientos negativos desde la familia de origen, se trabajaron los recursos personales y grupales.

Asistí al **Curso Taller titulado “JUEGO, IMAGINACIÓN Y POSIBILIDADES: TERAPIA CON NIÑOS PEQUEÑOS”**, impartido por MATTHEW SELEKMAN, los días 29 y 30 de Agosto de 2003. con una duración de 14 hrs. El curso estuvo organizado por CEDIPSI grupo Coyoacán.

Temática desarrollada:

- ❖ Narrativas de solución y conexiones significativas en las relaciones: un enfoque de Terapia Familiar Colaborativa orientada a Soluciones.
- ❖ Preguntas terapéuticas que eliciten las fortalezas y recursos de los clientes, objetivos de tratamiento conductuales bien elaborados e historias familiares no contadas.
- ❖ “Hablar el habla para caminar el camino”: Estrategias efectivas de compromiso con niños pequeños.
- ❖ Encontrar lo apropiado: Construir y seleccionar experimentos terapéuticos y rituales de construcción de conexiones que encajen con estilos cooperativos y con los objetivos de los miembros de la familia.

4.- LA ÉTICA EN EL TRABAJO CLÍNICO.

1.1. Integración de las consideraciones éticas que emergieron de la practica profesional.

Otro de los objetivos importantes del Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica es el desarrollo de valores éticos en el ejercicio terapéutico, así como actitudes de compromiso personal y social.

A lo largo de nuestra vida vamos introyectando actitudes y juicios de valor con una dicotomía entre lo bueno y lo malo a través de la experiencia directa o indirecta que se encargaran de guiar el proceder, juicios que se forman de acuerdo a la cultura y al entorno inmediato de cada persona y se ponen de manifiesto en nuestra forma de comportarnos o de reaccionar ante determinados hechos.

De acuerdo a estos juicios de valor nos relacionamos y valoramos las conductas de los otros asumiendo una postura ante determinadas situaciones. Es entonces cuando estamos hablando de la ética. Para García (2004) es el estudio y evaluación de la conducta humana y que consiste esencialmente en saber qué es bueno y qué es malo, a partir de qué código o guía se determinan tales categorías, y si éstas son absolutas o bien están en función de la cultura, el lugar y el tiempo.

Para entender la ética en la practica terapéutica es necesario definir qué se entiende por ética. Barroso (2001) refiere que su raíz etimológica procede del griego ethika, de ethos, comportamiento costumbre, principios o pautas de la conducta humana a menudo y de forma impropia llamada moral (del latín mores, costumbre). Y la define como una disciplina filosófica normativa, teórico - práctica que tiene por objeto el estudio de los juicios de valor cuando se aplican a la distinción entre el bien y el mal, bajo el prisma de la razón humana y teniendo siempre como fin el bien honesto.

La ética se aplica a cualquier saber y se refiere al procedimiento que hay que seguir para establecer las proposiciones que dicho saber considera verdaderas. Al respecto Avilés (2001) refiere que como profesionales que prestamos un importante servicio a la comunidad, los psicoterapeutas estamos obligados a mantener elevados principios éticos. El conocimiento en sí mismo no es ni bueno ni malo, depende del uso que hacemos de él. La ética profesional determina entonces el buen uso de un conocimiento puesto al servicio de la sociedad. La aplicación sin ética de un conocimiento puede ser contraproducente y perjudicial para los hombres y la sociedad. Por lo tanto el manejo ético de las relaciones con los pacientes es una competencia específica que debemos valorar, dominar y ensayar.

Durante mi formación terapéutica a través de muchas horas de supervisión como terapeuta principal y como equipo de terapeutas en formación pude darme cuenta que nuestro ejercicio profesional exige calidad, confiabilidad, respeto y sensibilidad humana; así como la necesidad de poner límites justos en lo que es humanamente necesario respetar, hasta dónde hay que intervenir y cuáles son las fronteras de la “buena acción” que un terapeuta debe considerar para producir los resultados esperados.

La calidad del trabajo clínico durante la residencia se fundamentó en el desempeño profesional del sistema de terapeutas (terapeutas en formación y supervisoras) actuando con mucha responsabilidad en los diferentes escenarios clínicos. Y como parte de la responsabilidad profesional el equipo de terapeutas tuvimos que establecer principios a partir de los cuales fuera posible ofrecer garantías mínimas a los clientes para ser atendidos, tales como: respeto, confidencialidad, seriedad, respeto hacia la información proporcionada por el cliente, respeto ante la postura asumida, libertad en el proceso terapéutico, compromiso con las necesidades de la familia, análisis del trabajo con una actitud de honestidad para así lograr eficiencia terapéutica.

Los terapeutas tenemos que considerar y asumir permanentemente que cada una de nuestras intervenciones es el resultado de una decisión que por omisión o por acción, estamos tomando y es nuestra responsabilidad el resultado. Frecuentemente cuando nos encontramos ante un dilema moral la decisión que se tome en cualquier sentido, abre otro dilema y así sucesivamente, por ello se tiene que considerar la responsabilidad que conlleva el resultado de nuestra decisión.

El trabajo con las familias estuvo basado en una epistemología sistémica que orientó nuestra actividad para hacerla coherente, analítica y sistémica. Los problemas éticos que pudieron ocasionarse ante las diversas situaciones planteadas por los consultantes, estuvieron relacionadas con la importancia de reconocer las diferencias entre nuestro propio sistema de valores y el de los clientes, eso se logró con el apoyo del sistema terapéutico total.

Al respecto Barroso (2001) refiere que se debe considerar que la elaboración personal de la moral se encuentra condicionada por factores como la edad, la familia, el temperamento, la situación socio-económica y que generalmente se corresponde con la moral social, pero si no es así se producirá una confrontación. Por ello el terapeuta se tiene que cuestionar sus construcciones de género para no imponer significados sobre las personas, que en el peor de los casos puede contribuir a perpetuar relaciones de poder desiguales que generan violencia, de la misma manera cuestionarse sus construcciones sobre roles, lealtades por sexo, edad, vivencias similares. De igual forma Desatnik, Franklin y Rubli (2001) exponen que el terapeuta no puede abstraerse de su ser en su actuar, pero tampoco es su pureza ética la que cura al otro. Los terapeutas no pueden sustraerse de los dilemas y conflictos éticos entre la moralidad del terapeuta y sus pacientes, más la ética del terapeuta no es el imponer su ética a sus pacientes, ni prejuzgar sus comportamientos morales.

Al respecto pienso que es básico y necesaria la autoevaluación continua de nuestras capacidades y limitaciones tanto profesionales como personales en el manejo de las diversas problemáticas que se nos consultan, así como también el comunicarlas a las supervisoras junto con las dudas e inquietudes que puedan surgir, manteniendo el compromiso y responsabilidad ética de actualización para nuestro mejor desempeño, a fin de mantener niveles altos de competencia para trabajar con seriedad, apertura y calidad, teniendo implícita la responsabilidad de consultar a otros colegas, así como colaborar con otros más experimentados para diversificar opiniones y desarrollar más competencias para lograr ser competentes profesionalmente.

En definitiva cuando sé esta en una relación terapéutica siempre se asume una postura ética pero esta dependerá de lo que el terapeuta es, siente y piensa como visión del mundo, misma que se verá reflejada en su quehacer profesional. Considero importante la expresión de que el terapeuta es el principal instrumento de trabajo en la terapia, por ello expreso la necesidad de darle importancia y el tiempo necesario al trabajo de la persona del terapeuta en el momento en el que se ve obstaculizado su trabajo (post sesión) y al final de cada semestre. Con el propósito de ayudarlo a reconocerse en ese nuevo contexto terapéutico y aprender a utilizar sus aptitudes, recursos y experiencias, asimismo a reconocer sus limitaciones para transformarlos en recursos, así como aquellas experiencias de frustración, dolor y miedo, para ponerlos al servicio del trabajo terapéutico.

El equipo de supervisión me brindó el apoyo para darme cuenta de mis puntos ciegos y me invitó a reflexionar sobre mis valores al respecto, situación que me ayudó a estar más dispuesta a moverme en sistemas de creencias distintos al mío. Puede experimentar que los encuentros emocionales que se dan dentro de la relación terapéutica reflejan la vida interior de todos los participantes, el sistema personal de valores, el mío como terapeuta, el de la familia y el del equipo de supervisión.

Al respecto López (2002) refiere que si un terapeuta aprende que puede hacer cambios en la forma de ver a su propia familia, también puede aceptar la idea que otros hagan cambios en la forma de ver sus historias. De igual forma resalta la importancia del uso que hacen los terapeutas (tengan o no conciencia de ello) de su propia personalidad como “herramienta” de trabajo y el control que esta le permita de sus relaciones interpersonales, asimismo de la importancia de que ésta esté en condiciones de ser productiva, como parte del objetivo del entrenamiento.

Durante mi formación terapéutica identifique algunos puntos como lineamientos éticos en el trabajo clínico con las familias como:

- *El consentimiento firmado*; Es necesario solicitar la autorización por escrito a la familia para trabajar con el equipo de supervisión tras el espejo unidireccional o en la misma sala cuando no se tiene cámara de Gessell. Asimismo para la grabación de las sesiones en video, aunque se les explique lo ventajoso de esta forma de trabajo, debemos atenernos a la decisión familiar. Considero que es absolutamente antiético ocultar o informar insuficientemente sobre la modalidad de trabajo por temor a una negativa.
- *La confidencialidad*; Es conocido que nuestra profesión basa su trabajo en la información expresada por cada uno de los integrantes de la familia, misma que es obtenida sesión a sesión, recopilada de videos y asentada en actas, por lo cual se deben cuidar y/o cambiar los datos personales que permitan su identificación, sobre todo en los escenarios clínicos en donde se tiene control limitado en el resguardo de las actas y expedientes.
- *Respeto al proceso (ritmo) de cada persona y cada familia*; en los inicios de la formación como terapeuta principal se experimenta la necesidad de promover y/o acelerar los cambios en los sistemas familiares. Es necesario respetar dicho proceso reflexionando sobre las intervenciones realizadas o trabajar el dilema del cambio para entender el no cambio que en ocasiones genera preocupación. Es importante tener presente que los cambios ocurridos dentro y fuera del espacio terapéutico están en co-responsabilidad entre el terapeuta principal, la familia y el sistema de supervisión (la familia no es responsabilidad del

terapeuta principal sino de equipo terapéutico). Y finalmente mostrar respeto en la atención y escucha a cada uno de los integrantes de la familia.

- *Preparación y compromiso del terapeuta:* En el primer semestre al empezar mi trabajo en el escenario clínico como terapeuta principal me preguntaba si era ético presentarme ante la familia sin experiencia en el manejo del modelo y con poca información teórica. Con el transcurrir del tiempo me di cuenta que esta pregunta se respondía con una palabra: compromiso. El trabajo con las familias implicó compromiso constante durante y después de la formación terapéutica en dos aspectos: a) el conocer los modelos teóricos a implementar y sus técnicas de cada uno, es decir, presentarme ante la familia con el conocimiento teórico –metodológico aprehendido, esto le dio un equilibrio a la falta de experiencia metodológica con la cual me presentaba como terapeuta familiar. Además de la realización de búsqueda de información relacionada con el problema presentado por la familia. b) el compromiso de mantenerme actualizada asistiendo a cursos, pláticas, talleres y congresos, así como realizando lecturas de libros y revistas especializadas en terapia familiar.
- *Compromiso hasta el final del tratamiento;* el entrenamiento terapéutico está regido por la organización institucional con un tiempo delimitado, sin embargo el proceder ético nos indicó que los terapeutas en formación que teníamos familia asignada deberíamos continuar trabajando con el proceso terapéutico hasta que llegara a su fin. Pensando que la terapia exitosa elimina la dependencia hacia terapeuta y tratamiento, devolviendo a ambos la responsabilidad sobre sí mismos.

Puedo concluir que los terapeutas en formación ejercimos con ética ante nuestras familias en los distintos escenarios en los que participamos, dado que las intervenciones terapéuticas fueron llevadas a cabo con respeto hacia ellas y basadas en un dialogo horizontal, libre de prejuicios o expresiones valorativas sobre los estilos de vida. A decir, evitamos mezclar nuestros valores personales con los de los consultantes durante nuestro desempeño y en esta difícil tarea el equipo de supervisión jugó un papel determinante. Asimismo proporcionamos una atención responsable llegando puntualmente, sin posponer citas o cambiarlas, tampoco se requirió del cambio de terapeuta o la suspensión abrupta del tratamiento por fines de semestre, ya que con los clientes que no se había llegado al cierre de la terapia continuaron siendo citados hasta concluirla.

Considero que la practica ética se logra cuando reflexionamos sobre ella, cuestionándonos constantemente sobre lo que es correcto de la misma y para ello es necesario un alto grado de sensibilidad hacia los problemas éticos y hacia el contexto social, practicando la crítica constructiva. En la medida en que seamos exigentes con nosotros mismos en nuestro desempeño profesional seremos capaces de responsabilizarnos éticamente con nuestros clientes.

A manera de sugerencia me permito enfatizar 1) que el análisis ético del trabajo con las familias debe realizarse paralelo al análisis teórico metodológico en el escenario clínico (post sesión) con cada familia a la que se le brinde el servicio, ya que cada caso tiene su particularidad y su grado de complejidad. 2) Los diversos problemas que se encuentran en la intersección entre la ética y la psicoterapia familiar invitan a la realización de encuentros de debate entre los estudiantes de las diferentes generaciones de la Residencia de Terapia Familiar Sistémica de la FES Iztacala y de C.U para enriquecer y/o investigar sobre el tema de la ética.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Resulta complejo tratar de resumir lo que implicó formarme como terapeuta familiar por que fué una experiencia implosiva tanto de conocimiento teórico –metodológico como de experiencia terapéutica y grupal. Inevitablemente implicó un movimiento de esquemas, etiquetas, conceptos, conductas, sentimientos, valores personales, familiares y culturales. Asimismo un cambio epistemológico el cual me permitió aprender a observar las interacciones relacionamente creando nuevas narrativas en el ámbito personal, familiar y profesional.

Otro aspecto invaluable fue la supervisión en vivo, fueron más de 1600 hrs, en tres escenarios clínicos con 7 supervisoras con estilos muy diferentes pero todos con un gran compromiso y profesionalismo. Asimismo todo lo aprendido en las asignaturas del tronco común, cada una de las materias contribuyeron a la consolidación del aprendizaje por las habilidades desarrolladas en cada una de ellas. Y como un obsequio lo compartido en el ámbito personal y profesional con todos y cada uno de mis compañeros de formación.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica tiene como objetivo el desarrollo de habilidades terapéuticas a través de actividades teórico prácticas para identificar y manejar problemas en el área de la salud en distintos sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas. Para alcanzar dicho objetivo tuvieron que ocurrir dos cambios importantes en mi proceso: a) El reemplazar mi visión lineal producto de mi previa formación por la visión sistémica, lo cual significó un gran reto ya que eso implicó el mover esquemas personales y profesionales establecidos desde el modelo causa-efecto. Y b) La aprehensión e integración del conocimiento de cada uno de los modelos y técnicas revisados para poder dar el salto hacia la implementación terapéutica, dicho proceso implicó trabajar mis miedos hacia el nuevo contexto terapéutico, manejar el estrés, entender la función del equipo (no de persecución) e integrarlo.

Y como complemento, el conocimiento y desarrollo de habilidades de métodos de investigación científica a nivel cualitativo y cuantitativo con el fin de contribuir en la evolución del conocimiento y difundirlo en foros especializados como parte de la formación.

De forma complementaria a la terapia familiar sistémica desarrollé actividades de atención y prevención comunitaria a través de la planeación, diseño y aplicación de programas, talleres, pláticas y productos tecnológicos dirigidos al público en general; los participantes aprendieron y ejercitaron nuevas habilidades a través de actividades grupales expresando sus opiniones y reflexiones sobre los temas abordados. Actividades que fueron cubiertas durante los cuatro semestres. Aunado a lo anterior mencionaré como parte mi formación y experiencia la asistencia continua a congresos nacionales y eventos relacionados con el conocimiento sistémico y posmoderno. Lo cual me permitió conocer lo que otra gente estaba trabajando desde los diferentes modelos revisados y seguir el sendero que van teniendo estas perspectivas terapéuticas.

Con respecto a la terapia tuve la oportunidad de conocer diferentes escenarios clínicos y estilos de supervisión en vivo, mismos que contribuyeron al desarrollo de habilidades terapéuticas y de auto observación en ese contexto.

Entre de las habilidades consideradas como básicas en la formación terapéutica desarrollé las siguientes:

- ❖ Establecer un contrato terapéutico con las familias que demandaron el servicio.
- ❖ Implementación de técnicas de enganche y de alianza terapéutica.
- ❖ Definir motivos de consulta y objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- ❖ Aplicación de la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos.
- ❖ Capacidad de observación del proceso terapéutico.
- ❖ Evaluación de resultados y terminación del tratamiento
- ❖ La habilidad de escuchar y comunicarme reconociendo la riqueza del lenguaje.
- ❖ Integración de expedientes, entre otras.

La atención a un gran número de familias con dificultades diversas me permitió confirmar la efectividad de las terapias sistémicas y posmodernas como una herramienta útil para lograr cambios en los sistemas familiares coadyuvando a la solución de la problemática presentada por los pacientes - clientes, debido a la epistemología cibernética que la subyace y que permite resaltar las interacciones que ocurren en las totalidades inmersas en un contexto determinado o amplio.

Asimismo la terapia familiar por su brevedad ha sido una opción para tratar una variedad de problemas como: insomnio, abuso sexual, depresión, violencia intrafamiliar, drogadicción, alcoholismo, reprobación y deserción escolar, ideación suicida, desintegración familiar, somatizaciones, entre otras. Por lo que se observó un incremento en la demanda en los tres escenarios clínicos en donde se proporcionó el servicio de terapia familiar (FES Iztacala, ISSSTE, CCH Azcapotzalco).

El entrenamiento como terapeuta se vio estructurado y enriquecido con la modalidad de supervisión en vivo, método que fué muy valioso por que facilitó el proceso de enseñanza aprendizaje de la terapia en el momento mismo en que estaba aconteciendo. Me brindó la oportunidad de reconocirme en éste nuevo contexto. Asimismo posibilitó la identificación de mis áreas de oportunidad y mis puntos ciegos ambos al servicio terapéutico. También me dió la oportunidad de mirarme desde los ojos de otros, de escuchar otras voces que me ayudaban a modificar mi propia narrativa sobre lo que miraba en las familias y en mí, sobre mis emociones, actitudes, creencias que en ocasiones limitaban mi trabajo y en otras lo enriquecían. Todo esto lo logré cuando deje de ver al equipo de supervisión como algo persecutorio y empecé a verlo y sentirlo como un gran apoyo cuya función fué acompañarme con respeto, comprensión, tolerancia, conocimiento y en ocasiones con buen humor.

El estar detrás del espejo como parte del equipo de terapeutas también fue muy importante para mi desarrollo profesional y personal ya que el observar el trabajo y estilo de cada uno de mis compañeros me enriquecía con sus intervenciones, recursos y a la vez estimulaban mi curiosidad sobre su trabajo. Cabe señalar que el estilo de cada uno de mis compañeros fué respetado y enriquecido a través de la retroalimentación por parte de las supervisoras, con comentarios y reflexiones sobre su desempeño y en ocasiones con recomendaciones de lecturas.

Otro aspecto que consideré importante dentro de la formación fué la grabación de las sesiones lo cual me permitió por un lado; revisar mis intervenciones y planificar las siguientes sesiones con la intención de ofrecer un servicio con calidad. Y por otro parte me permitió evaluar mi propio proceso sesión tras sesión, analizando mis lados fuertes y débiles, aciertos y errores. Además el sistema terapéutico pudo ayudarme haciendo recomendaciones pertinentes para aumentar mis habilidades sin que por ello renunciara a mi propio estilo.

Reflexión de mi experiencia

Formar parte de la primera generación de la Maestría de Terapia Familiar Sistémica fué un gran privilegio. Pero todos los comienzos son difíciles y vivimos los costos al no contar con un espacio asignado para la maestría, lo cual nos puso en condiciones vulnerables de trato por otros profesores (nos presionaban salir de los cubículos prestados). Otro de los costos fué el no contar con criterios bien definidos para nuestro desempeño lo cual generó inconformidades durante el primer semestre.

A medida que transcurría mi entrenamiento terapéutico, empecé a descubrir que hacía cosas acertadas y útiles que eran reconocidas por el sistema de supervisión y colegas lo cual incrementó considerablemente mi seguridad en dicho terreno, aumentó mi curiosidad en el trabajo clínico, surgió el sentido del humor, además de la flexibilidad para moverme en diferentes sistemas de creencias lo cual me permitió la incorporación de habilidades en la terapia, mismas que se reflejaban en el trabajo con las familias. Asimismo el trabajo con mis 5 compañeros de supervisión fué una experiencia importante, útil, necesaria, la cual viví como una hermandad incomparable, ya que no sólo compartimos el proceso terapéutico, sino que a demás creamos un espacio personal, íntimo en donde pudimos expresar las experiencias más hermosas y dolorosas de nuestra familia.

Actualmente mi trabajo clínico se sustenta con la epistemología sistémica lo cual me permite tener una visión más amplia y relacional de las interacciones en diferentes contextos; familiar, social y organizacional. Refuerzo la idea del trabajo con sistemas más amplios, es decir, familia más familia extensa y sus sistemas significativos aunque solo asista una persona. Asimismo es de gran utilidad hacer uso real o imaginario del equipo de supervisión ya que me permite intercambiar ideas, mandar mensajes a las familias (como estrategia), externalizar temores, éxitos respecto a la familia tratante, además me permite sentirme un poco relajada.

Finalmente en mi reflexión me doy cuenta del impacto del cambio epistemológico no sólo en mi trabajo clínico sino en el ámbito personal, a decir, me doy cuenta de mi responsabilidad en las interacciones con los otros significativos: familia, pareja, amigos y el cambio relacional con cada uno de ellos. Asimismo me permitió cuestionar lo que hasta entonces era incuestionable por ejemplo: el rol que desempeño en mi familia, los mitos familiares, sobre mi carácter y mi actuar en lo cotidiano y en lo profesional. Me quedó muy claro que mi desempeño como terapeuta esta influido por mis antecedentes familiares, estilo de vida, actitud ante la misma, por mis sentimientos, emociones, costumbres, economía, cultura, religión. También me quedó claro que algunas situaciones expresadas por los pacientes me tocaron sensibilidades de mi persona, lo que me confirma que “como sujeto nunca quedaré fuera del objeto con el que trabajo”.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de reporte de la entrevista telefónica realizada a los consultantes.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

PRIMERA LLAMADA TELEFÓNICA

- a) Fecha:
- b) Terapeuta:
- c) Sede clínica:
- d) Nombre de la persona que solicita el servicio:
- e) Persona que responde la llamada:
- f) Motivo de consulta:
- g) Antecedentes del problema:
- h) Antecedentes de tratamientos (médicos, psicológicos, pedagógicos, etc.):
- i) Miembros de la familia que asistirán a la sesión:
- j) Familiograma:
- k) Fuente de referencia:

Anexo 2. Formato de consentimiento para la grabación en audio y video de las sesiones clínicas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La FES-Iztacala como parte de la atención a la comunidad ofrece los servicios de Terapia Familiar o de Pareja, a través de su Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Como parte de la forma de trabajo del modelo de terapia con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o video las entrevistas realizadas con el fin de que puedan ser revisadas con mayor detenimiento y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos, esto es una practica común en los programas más avanzados de la Terapia Familiar en México y en el resto del mundo. Los videos y el material clínico que se generan son propiedad exclusiva del programa. Las personas que laboran en éste, respetarán la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México, D.F. a _____ de _____ del 200____.

Clientes:

Terapeuta:

Anexo 3. Formato de reporte de las sesiones de terapia para conformar el expediente clínico.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE SUPERVISIÓN DE TERAPIA FAMILIAR.

Sesión:

Nombre del cliente:

Terapeuta:

Sede clínica

Supervisoras:

Equipo de supervisión:

Fecha:

Hora de inicio_____ hora de término_____

Personas que asisten a la sesión:

Geografía familiar:

Breve resumen de la sesión anterior:

Objetivos de la sesión

A corto, mediano y largo plazo:

Intervenciones terapéuticas:

Análisis teórico y modelos que sustentaron el trabajo terapéutico:

Tareas y mensaje final (en los casos en que se den):

Líneas de intervención para la próxima sesión

Fecha de la próxima sesión.

REFERENCIAS

- Aguirre, A.(1991). Tercera Edad. Simposio sobre problemas de la tercera edad. Madrid: Karpos.
- Aldreen, J. (2001). La obsesión por bajar de peso y la terrible anorexia: identifícuela y combátala. México. Libra.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu.
- Aurón, F. y Troya, E.(1988). La diferenciación de los constructos de terapia en la supervisión. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro Qro.
- Avilés G. F. (2001) Ética y terapia familiar. En Ética y estética en la terapia familiar. Asociación Mexicana de terapia familiar.
- Barroso, O. (2001) Pensamiento médico y ética clínica contemporánea. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ciencias Médicas.
- Barudy, E. (1999) Maltrato infantil y violencia intrafamiliar: un problema de todos. España: Paidós.
- Bateson, G. (1977). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Lohlé.
- Bertalanffy, L.V.(1986). Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: Fondo de cultura económica.
- Berumen, P. (2003). Violencia intrafamiliar: un drama cotidiano. México: Vila.
- Boscolo L. Cecchin G, Hoffman L., Penn P.(1987). Terapia Familiar Sistémica de Milán: Dialogo sobre teoría y practica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ceberio, M. Y Watzlawick, P.(1998). La construcción del universos. conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Barcelona: Herder.
- Corsi, J. (1998). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En: Comunicación, Interacción y Desarrollo Humano en América Latina. Violencia Doméstica. México: Morelos.

- Corsí, J. (2001). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En: J. Corsí Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Argentina: Paidós.
- De Shazar, S, (1999) En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa.
- Desatnik, O. Franklin, A., y Rubli, D., (2002) Visiones, re-visiones y supervisión del proceso de supervisión. Revista Psicoterapia y Familiar. 15.(1) 47-56.
- Dueñas J. (2001) La familia, estructura sociocultural. La Habana: Estudios sociales.
- Eguiluz L. (2001) La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar. Tlaxcala, México: Universidad Autónoma de Tlaxcala y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Elkaïm, M. (1995). Las prácticas de la terapia de red. Barcelona: Gedisa.
- Espejel, E. Cortes y Ruiz, V. (1995). Escala del Funcionamiento Familiar. Trabajo presentado en el Séptimo Congreso Mundial de Terapia Familiar. Guadalajara, Jalisco, México.
- Espejel, E. (1997). Investigación con Familias Funcionales. Manuscrito no publicado, U.N.A.M., México.
- Espinosa, S. R. (2003). Material presentado en clase. Ciclo 2003-2. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espinoza (2004) Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Encuesta publicada en Internet. www.dgeds.gob.mx.
- Feixas G. y Miró M.T.(1993) "Aproximaciones a la psicoterapia": Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Ferreira, G. (1976). La Mujer Maltratada. Chile: Sudamericana.
- Ferreira, G.(1995). Hombres violentos y Mujeres maltratadas. Argentina, Buenos Aires: Sudamérica.
- Fish. R., Weakland, J y Segal (1984). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Heder. Barcelona.
- Foerster, H Von. (1984). Construyendo una realidad. En P. Watzlawick (ed). La realidad inventada. Barcelona: Gedisa.

- Fuentes, S., González, B., & Casal, S. (2000). Crisis normativa de la tercera edad en su repercusión familiar. Revista médica, 12 (2). Recuperado de <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/crisis.htm>
- García. J. (2004). Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas. En <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html>
- García. R. (2004). Acciones de Prevención en Depresión y Suicidio. Artículo no publicado. Instituto de Tanatología. México.
- García Z. R. (2003) Artículo inédito. La pobreza en México y la política económica. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Gergen, K. (1992). El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En: M. Pakman (comp.), Construcciones de la experiencia humana. (Vol. 1). Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. (1996). Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J., Mc Namee, S. (1996). La terapia como construcción social. Buenos Aires: Paidós.
- Godínez, L. (2000). Descalificaciones verbales, la forma más común de agresión. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, N.E. (1995). Técnicas de Terapia Familiar Estructural y Estratégica. Tesis de Maestría en orientación y psicoterapia familiar. México. Universidad de las Americas.
- Guillén, 2000. Anorexia. Un problema visible. México: Liba.
- Haley J. (1997). Aprender y enseñar terapia. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley J. (1980). Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley J. (1984). Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley J. (1989). Terapia no convencional. Buenos Aires. Amorrortu.

- Hernández, M. (1999). Modelos en terapia familiar sistémica: una alternativa de intervención. Tesis para obtener el grado de Maestría. México. Universidad de las Américas.
- Herrero E. L. A. (1995). Terapia breve sistémica, modelo del M.R.I. Una propuesta didáctica. Tesis para obtener el grado de Maestría. México. Universidad de las Américas.
- Hoffman, L.(1987). Fundamentos de terapia familiar. México. Fondo de Cultura Económica.
- Ibáñez, T. (1994). La psicología social y la retórica de la verdad. En Psicología social construccionista. México. Universidad de Guadalajara.
- Informe de trabajo anual de la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco. UNAM. 2002 – 2003.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). Organización y estructura familiar. México. www.inegi.gob.mx.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). Hombres y Mujeres en México. México. www.inegi.gob.mx.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). La depresión y suicidio en México. www.inegi.gob.mx.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). La familia mexicana. Funciones que desempeña. México. www.inegi.gob.mx.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). La familia y el maltrato infantil. México. www.inegi.gob.mx.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). Tipos de familias por su organización. México. www.inegi.gob.mx.
- Jeffrey. K. Y Zeig. (1992). Un seminario didáctico con Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorroutu.
- Keeney, B.(1994) Estética del Cambio. Buenos Aires: Paidós.
- Lara, C. M. (1999). Anorexia. Todo pasa y esto también pasará. México: Grijalbo.

- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, Maraco Jurídico Internacional. (1996). México. Gobierno de Distrito Federal y Secretaria de Desarrollo social.
- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar en el Distrito Federal. Y Reglamento. Modelo de unidad de Atención y prevención de la violencia familiar. (2001). Gobierno de Distrito Federal y Secretaria de Desarrollo social. México, D.F.
- López, M. (2002). La supervisión en la psicoterapia. Modelos y experiencias. Universidad Iberoamericanas Golfo Centro: Colección Separata.
- Lyotard, J. (1984). La condición posmoderna. Madrid: Cátedra.
- Madanes C. (1989). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires. Amorrortu.
- Marshall B. Rosenberg (2000). Comunicación No Violenta. Barcelona: Urano.
- Maturana, H y Varela, F. (1997). Realidad: la busque de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: M. Pakman (comp.) Construcciones de la experiencia humana. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1986). Familia y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1993) Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Murillo, E. (2003). La violencia es un problema de carácter social. En: M. Jiménez (Ed), Violencia Familiar en el Distrito Federal. México: Universidad de la Ciudad de México y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.
- Newman, W. (1997). Social research methods. N.Y: Allyn and Bacon.
- O'Hanlon, W., H., y Wiener D. (1990). En busca de soluciones. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, L. (1995). Enfoques de terapia familiar sistémica. Biblioteca de Psicología. Textos Universitarios. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Trastornos mentales. Estadística. Washington, D. C: Autor.
- Orlando, D., Soler, Q., & García. C. (1998). El apgar familiar en ancianos convivientes. Revista cubana de medicina general e integral. 14(6)
http://bus.sld.cu/revostas/mgi/vo114_6_98/mgi07698.htm.
- Pakman, M. (1991). Semillas de la cibernética. Barcelona; Gedisa.
- Papp, P. (1983). El proceso de cambio. México: Paidós.

- Peggy P. (1982) "Circular Questioning". *Family Process*. 21.(4) 18-24
- Plan General de Desarrollo del D.F. 2001 – 2006.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica. México. 2001.Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robledo, L (1999). El Desarrollo del D.F. 2001 – 2006.
- Programa de Residencia en adulto mayor: aspectos preventivos. Artículo del Instituto Nacional de Nutrición. México. D.F.
- Robles, R. (2000, agosto). Declaraciones al periódico Reforma.
- Rodríguez, G. y Sod, A (1996). La practica de intervención en red al servicio de la educación. México. Trabajo no publicado. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. (ILEF).
- Salkind, N.(1997). Métodos de investigación. México. Prentice Hall.
- Sánchez, A. (2000). Terapia Familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Selvini P. M., Boscolo L., Cecchin G. & Prata G. (1998). Paradoja y contraparadoja. México: Paidós.
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L., Cecchin G. & Prata G. (1980) Hypothesizing, Circularity y Neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19,(1).
- Serrano J. (1997) Estudio de casos. En: *Etnografía Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México: Alfaomega. 203-208.
- Silva R. (1985). "Envejecimiento y calidad de vida". *Antología salud para los ancianos*. Facultad de Medicina. 167-177.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*. 3,(2), 65.
- Sosa, R. H. (2000). Maltrato infantil y violencia intrafamiliar: Un problema de todos. Buenos Aires: Amorrortu.
- Thorans S. N., Colette E. & Rosenthal D.M.(1986). The evolution of the circular interrogation. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12 (4), 215-225.

- Turián, R.(1993). “Vivir en familia: Hogares y estructura familiar en México”. Comercio exterior, 43 (7) 25-33.
- Umbarger, C.(1983). Terapia familiar estructural. Buenos Aires: Amorrortu.
- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis. 75-105, 177-234.
- Vega. K.(2002). La relación terapéutica con el equipo reflexivo desde la perspectiva del cliente. Tesis de licenciatura. México. Universidad de las Américas.
- Vergel V., López R., & García M. (1999). El Anciano y su relación con el núcleo familiar. Memorias III Seminario de Investigaciones y Trabajo con Viejos. Prensa U.N.A.M., México, 19, 76-88.
- Von Glasersfeld. (1988). The Relluctance To Change a Way of Tehiking. The Irish Journal of Psychology. 9, (1). 21-28
- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fish, R. (1999). Cambio. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1984). La realidad inventada. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D.(1987) Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.
- White, M. Y Epston,D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Piadós.
- White, M (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
- Winkin, Y. (1984) La Nueva Comunicación. Barcelona: Kairós.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994) La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Herder.
- Zeig, J.(1990) Semillas de psicoterapia estratégica e interaccional: Contribuciones germinales de Milton H. Erickson. American Journal of Clinical Hypnosis.
- Zetina, F. (1995). Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis. Buenos Aires: Amorrortu.