



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

PENSAR LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA REFLEXIONES SOBRE LA TEORÍA, LA FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALFREDO FRANCISCO FERRAT MEDINA

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIA BLANCA MOCTEZUMA YANO
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. CAROLINA DIAZ-WALLS ROBLEDO
MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
MTRA. JAQUELINE FORTRES BESPROSVANY

MÉXICO D.F.

OCTUBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*Entrego este trabajo a la Universidad Nacional
Autónoma de México, ahora que sé que son las
personas y no los libros las que no deben de
acumular polvo*

*Violeta, te amo y estamos juntos.
Soy afortunado porque
eres el destino más hermoso*

*Mamá, Papá, Tío Gerardo,
Abuelita Hortensia, Claudia y Jesús,
Al Doctor y a Pepín
Gracias*

*Doña Gloria, Abuelita Susy
Las extraño...*

*Jéssica, André, Sebastián, Peponcito
En mi corazón por siempre*

Agradecimientos

El autor desea agradecer a las siguientes personas e instituciones sin las cuales el presente trabajo no sería posible.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por el alimento del alma. Al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología, por el pan que me llevé a la boca. Al Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C. por abrirme sus puertas y completar mi formación. A Fundación Casa Alianza México, por permitirme colaborar con ellos.

A mi tutor Mtro. Arturo Martínez Lara, por su corazón generoso. A la Dra. María Blanca Moctezuma Yano, que siempre me ha apoyado y de quien he aprendido tanto. Mtro. Juan Carlos Muñoz Bojalil, de quien tengo el privilegio de decir que es mi amigo.

Dra. Carmen Merino, Dra. Luz María Rocha, Mtro. Jorge Molina, Dra. Dolores Mercado, muchas gracias. Compañeros de generación, dejo con ustedes una parte de mi vida. Por último, a todos aquellos que confiaron en mí y me dieron la oportunidad de tratar de ayudarlos.

ÍNDICE

Prefacio.....	I
CAPÍTULO 1	
DEFINICIÓN DE UN CAMPO, ANÁLISIS DE UNA PROPUESTA	
(1)	
I. Presentación.....	1
<i>¿Por qué una residencia en Terapia Familiar Sistémica?</i>	1
<i>Precisiones sobre la terapia familiar, terapia sistémica y terapia familiar sistémica</i>	3
<i>¿Qué entendemos por sistema?</i>	4
II. Características del campo psicosocial, aproximación al estudio de la familia.....	6
<i>Familia y cultura</i>	6
<i>Características de la familia</i>	8
<i>Parentesco</i>	10
<i>La familia a través del tiempo</i>	12
<i>Por qué la familia monogámica</i>	14
<i>A propósito de la familia en la actualidad</i>	15
<i>“La familia mexicana”</i>	16
<i>La familia entre los mexica</i>	18
<i>Los valores familiares del pueblo conquistador</i>	20
<i>valores romanos 20; valores árabes 22; el crisol español 23;</i>	
<i>La familia después de la conquista</i>	23
<i>Sociodemografía de las familias mexicanas actuales</i>	26
III. Problemáticas del campo psicosocial, problemáticas de la familia.....	28
<i>Introducción</i>	28
<i>Principales problemáticas de la familia mexicana</i>	30;
<i>Problemas de pareja</i>	30
<i>Problemas derivados de la falta de comunicación</i>	30; <i>problemas derivados del</i>
<i>exceso de comunicación</i>	31; <i>falta de reciprocidad en la relación</i>
<i>problemática sexual</i>	32; <i>infidelidad</i>
<i>32; separación y divorcio</i>	33
<i>Adicciones</i>	33
<i>Alcoholismo</i>	33; <i>tabaquismo</i>
<i>34; drogadicción</i>	34
<i>Problemas alimenticios</i>	34;
<i>Anorexia nerviosa</i>	35; <i>bulimia</i>
<i>35; trastornos de la alimentación en la infancia</i>	35
<i>Violencia familiar</i>	36
<i>Problemas relacionados con los hijos</i>	37
<i>Problemas derivados de condiciones sociales adversas</i>	37
<i>pobreza</i>	37; <i>falta de red social</i>
<i>37; efectos de la migración</i>	38
IV. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa válida para abordar las problemáticas señaladas.....	38
<i>Sobre la pertinencia del enfoque sistémico</i>	38
<i>Sobre la pertinencia de la terapia familiar</i>	40
<i>Palabras finales: “sobre la posmodernidad en la terapia familiar”</i>	42

CAPÍTULO 2
APUNTES DE CAMPO, ELEMENTOS DE UN ESPACIO DE TRABAJO
(43)

I. Introducción.....	43
II. Características de la residencia.....	43
<i>Características operativas</i>	43
III. Sede principal. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.....	44
<i>Características</i>	44
<i>Actividades realizadas</i>	45
<i>El proceso de supervisión</i>	46
<i>Bases epistemológicas de la supervisión 47; surgimiento de la supervisión en terapia familiar 47; elementos básicos de la supervisión 48; elementos a considerar en al supervisión 48; tipos de supervisión 49; la supervisión en vivo 49; conclusiones sobre la supervisión 51</i>	
<i>Habilidades desarrolladas en la sede</i>	51
<i>Habilidades clínicas sistémicas 51; habilidades de ética y compromiso social 52</i>	
IV. Sede alterna. Fundación Casa Alianza.....	52
<i>Historia</i>	52
<i>Objetivos</i>	53
<i>Características de la institución</i>	53
<i>Modelo de atención</i>	53
<i>Otros programas de Casa Alianza</i>	53
<i>Infraestructura</i>	54
<i>Justificación del trabajo comunitario en Casa Alianza</i>	54
<i>Actividades de la residencia realizadas en Casa Alianza</i>	54
<i>Relación de las actividades en Casa Alianza con el perfil de egreso</i>	55
<i>Resultados y conclusiones de la estancia en Casa Alianza</i>	56
V. Poscriptum.....	56

CAPÍTULO 3
BASES DE UNA DISCIPLINA, APROXIMACIÓN A UNA DIVERSIDAD
(61)

I. Contexto	
“..y Dios confundió sus lenguas”o Introducción.....	61
II. Metálogo	
“Quédese usted con el chimpancé” o por qué los terapeutas familiares crean modelos..	62
III. Relato	
“Mis historias sobre la terapia familiar sistémica”o preliminares para un mapa epistémico del pensamiento sistémico.....	73
IV. Relato	
“En un principio era Bateson... y el razonamiento abductivo era con él” o la influencia de Bateson y las conferencias Macy.....	75
V. Exposición	
“Bases teóricas y epistemológicas tempranas de la terapia sistémica”.....	80
<i>La teoría de los tipos lógicos</i>	82
<i>La teoría general de sistemas</i>	83
<i>El papel de la sinergia 83; recursividad 83; sistema 84; elementos de un sistema 84; emergencia 84</i>	

La teoría de los juegos 85

Cibernética 85

Cambio 86; permanencia 86; primera y segunda cibernética 86

VI. Relato

“¡Ah, quizá va a fundar...!” o La Escuela de Palo Alto..... 87

El proyecto Bateson de Comunicación y psicoterapia 88

El proyecto Bateson sobre la Comunicación Humana 90

Gregory Bateson 90; John Weakland 90; Jay Haley 91; William Fry 91; Donald

DeAvila Jackson 91

La teoría de la esquizofrenia 91

El proyecto de comunicación humana y la terapia 93

El Mental Research Institute 95

Janet Beavin 96; Jules Riskin 96; Virginia Satir 96; Paul Watzlawick 96; actividades de MRI 96; Centro de Terapia Breve 96

VII. Exposición

“La pragmática de la Comunicación Humana”.....97

Estudios de la comunicación 97

Pragmática de la comunicación humana 98

Organización de la interacción humana 98

Funciones y relaciones 99

Metacomunicación 99

Axiomas de la comunicación 99

Comunicación patológica 101

VIII. Exposición

“Modelos terapéuticos desarrollados por la Escuela de Palo Alto..... 102

La influencia de Milton Erickson 103

La terapia ericksoniana 103; los principios de la terapia ericksoniana 103; la ambigüedad 104; características distintivas 104

La influencia de Salvador Minuchin, el Modelo Estructural 104

El trabajo teórico de Salvador Minuchin 105; la intervención 107; las técnicas 108;

La terapia estratégica 109

Los enfoques de forma vs los enfoques de proceso 110; la comunicación terapéutica 110; los síntomas y los problemas 110; ciclo vital de la familia 111; características de la terapia estratégica 111; las etapas de la terapia estratégica 111; intervenciones 112; la intervención como analogía 112; las directivas 112; las tareas 113; las directivas paradójicas 113; ordalías 113; la intervención con las jerarquías 114; hipnosis y terapia 114; la resistencia 114; implicaciones éticas 115

La terapia breve 115

Presupuestos 115; la intervención 116; la primera entrevista 116; capacidad de maniobra del terapeuta 117; intervenciones principales 118; Intervenciones generales 118

IX. Exposición

“Del otro lado del Atlántico” o la Terapia Familiar de los asociados de Milán..... 119

La historia 119

Modelo terapéutico 122

Principios 124

Hipotetizar 124; circularidad 124; neutralidad 124

Inclusión del sistema de observación 125

Intervenciones 125

Connotación positiva 125; prescripción paradójica o contraparadoja 125; rituales familiares 126; interrogatorio circular 126; estructura de las sesiones 126

X. Exposición

- “Érase una vez en Milwaukee que las palabras eran magia” o el enfoque de soluciones..... 127
Modelo de Terapia Centrada en Soluciones 129
Objetivos 129; principios básicos 129; construccionismo y lenguaje 130; el cambio 131; el proceso de entrevista 131; técnicas y estrategias de intervención 131; las preguntas 131; pasos de la primera sesión 132; intervenciones 133; hipnosis orientada a soluciones 134; ampliar y mantener el cambio 134; cosas a evitar en terapia 134; descripción del proceso de terapia 134

XI. Exposición

- “La posmodernidad aplicada a los terapeutas..... 135
Antecedentes 135
Críticas al posmodernismo 137
Lo sublime 138
Post-estructuralismo francés 139
La terapia familiar y Michael Foucault 139
Foucault entre la normalidad y la anormalidad 140; análisis foucaultiano del panoptismo 140;
La terapia familiar y Jacques Derridá 140
centralidad y marginalidad 1140; la violencia de la letra 140; dar la muerte 140
Sociedad y cultura posmoderna 141
El pensamiento posmoderno en la práctica clínica, elementos teóricos para su articulación 141
Narraciones, deconstrucción y texto 141
Narratividad 142; narraciones posmodernas 142; la reflexividad 142; modelos posmodernos en terapia 143;
Constructivismo y construccionismo social 144
Posturas ante la representación mental 144; metateoría constructivista 144
Posturas constructivistas 146;
constructivismo radical 146; construccionismo social 147; supuestos para una ciencia de la construcción social 148; críticas al construccionismo social 148; premisas de una terapia familiar con orientación construccionista 149; construccionismo en terapia familiar 161; para qué la terapia familiar 149; Vittorio Guidano 149

XII. Exposición

- “Desde el lejano norte y el recondito sur” o los enfoques posmodernos..... 150
La terapia narrativa 150
El cambio en la terapia familiar 150; pensamiento científico vs pensamiento narrativo 150; terapia y metáfora narrativa 150; Kart Tomm 150; surgimiento de la terapia narrativa 151; implicación de Foucault en la terapia narrativa 152; la narración como modelo 153; la analogía con el texto 153; texto y terapia 153; intervenciones 154; premisas de la intervención 154; definición del problema 154; externalización 154; deconstrucción 155; acontecimientos extraordinarios 155; las preguntas en narrativa 155; medios narrativos 155; documentos en terapia 156; dibujos en terapia 156; los rituales 156; rituales en terapia familiar 157
La terapia reflexiva 157
ideas principales 158; describir y explicar 158; conversaciones 158; el equipo reflexivo 159; preguntas 160

- XII. Palabras finales.....160

CAPÍTULO 4
AGUJEROS EN LA TRAMA
(161)

I. Palabras preliminares.....	161
II. Percepción de la red social en menores en situación de calle institucionalizados.....	163
<i>Características de los niños de la calle</i>	163
<i>Posibles causas del fenómeno del niño de la calle</i>	164; <i>contextualización del problema</i>
<i>165; la atención del niño de la calle</i>	167
<i>La red social</i>	168
<i>Características del vínculo</i>	169; <i>funciones de la red</i>
<i>169; atributos del vínculo</i>	169
<i>Metodología</i>	171
<i>Características</i>	171; <i>el trabajo de campo</i>
<i>171</i>	171
<i>Resultados</i>	173
<i>Eje 1 Red social antes de salida a calle</i>	175; <i>eje 2 pareja</i>
<i>175; eje 3 red social en calle</i>	176; <i>eje 4 red social actual</i>
<i>177; eje 5 contexto familiar</i>	177; <i>eje 6 características de la</i>
<i>familia</i>	178; <i>eje 7 relación actual con la familia</i>
<i>178; eje 8 trayectoria institucional</i>	179; <i>eje 9 historia de adicción</i>
<i>179; eje 10 estrategias de supervivencia</i>	179
<i>Conclusiones</i>	180
<i>Referencias de la investigación</i>	183

CAPÍTULO 5
ATENCIÓN TERAPÉUTICA, DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES
(185)

I. A propósito del desarrollo de competencias profesionales en terapia familiar.....	185
II. Sobre la atención terapéutica.....	186
<i>Sobre la supervisión</i>	186
<i>Sobre los clientes</i>	187
<i>Relación de casos atendidos</i>	189
Khadija.....	190
Familia Hadad.....	198
Layla y Majnún.....	205
Emma.....	209

CAPÍTULO 6
CONSIDERACIONES FINALES
(213)

I. A modo de conclusión: últimas consideraciones sobre las competencias profesionales.....	213
<i>Habilidades teórico-conceptuales</i>	213
<i>Habilidades clínicas</i>	214
<i>Habilidades de investigación y enseñanza</i>	214
<i>Habilidades hacia la prevención</i>	215
<i>Habilidades de ética y compromiso social</i>	215
II. Palabra de terapeuta.....	216

ANEXOS
(217)

1. Productos tecnológicos.....	217
2. Asistencia a foros académicos vinculados a la maestría.....	217
3. Participación a foros académicos vinculados a la maestría.....	217
4. Participación en actividades de docencia vinculadas a la maestría.....	218
Bibliografía.....	219

PREFACIO

He de confesar que leo mucho, inclusive demasiado... Y de esta afirmación, de la que se podría desprender justificadamente la impresión de pedantería y snobismo del autor, me apresuré a precisar...*lo cual ahora me preocupa aún más, porque aterra no estar a la altura de las fuentes donde uno abreva.* Tal vez la mía es una locura quijotesca, mi pobre intento de escribir que ahora le presento, puede no ser nada más que una chaladura, influenciada como lo está por los grandes textos que en soledad me han sorbido el seso: La interpretación de los sueños de S. Freud (1900); Espíritu y Naturaleza de G. Bateson (1979); Tristes trópicos de C. Lévi-Strauss (1970); Paradoja y Contraparadoja de M. Selvinni-Pallazoli (1988); Vigilar y Castigar de M. Foucault (1976); Teoría de la comunicación Humana de P. Watzlawick (1987). Grandes Historias de caballería ante las cuales me veo reflejado únicamente como una triste figura obsesionada con molinos de viento.

Si, en efecto, dudo de la forma que adoptó lo que ahora ofrezco a su consideración. Y es que el *“Reporte de experiencia profesional que para obtener el grado de Maestro en psicología presenta...”* es un esfuerzo enorme, que respeto con temor sagrado, porque en él se ha de reflejar el trabajo realizado durante dos de los más intensos años de mi vida, años que me han convertido en otro, siempre en otro, en más de un aspecto. No obstante, sigo siendo el mismo, siempre el mismo, aquel que persevera en lo que cree. Pluralidad del ser redescubierta en este trabajo a través de la diversidad de lo conseguido, unidad del *ethós* dolorosamente sostenida en el compromiso jurado de mi parte para con la práctica que hace ya casi 10 años escogí como mía, como la única que me permitiría producir, fructificar ser útil...ser feliz.

Salman Rushdie (1989), en boca de uno de sus personajes, pone el siguiente consejo *“cada vez que una reflexión se abre camino en nuestra mente hay que hacerle la siguiente pregunta: ¿Qué clase de idea eres?”*

Esa es la cuestión que debemos exigir que nos conteste antes de comprometer todo lo que somos y poseemos con ella, por ella. Muchas veces en aquellos momentos en que el silencio amordaza el *“clip, clop”* de las teclas, este cuestionamiento viene a morderle los talones a todas mis certidumbres, me lleva a reflexionar aún con más fuerza sobre un punto que nunca me he abandonado del todo ni aún cuando escribo esto *¿Qué clase de idea soy? Por otra parte, lo que escribo, con lo que me comprometo ahora, me exige preguntarle, éste, mi reporte ¿Qué clase de idea es? ¿Qué debe de ser un reporte de experiencia profesional?*

Tal vez, para muchos, la respuesta es clara, diáfana como el jabón de glicerina que con su transparencia signa su poder limpiador y purificador. He oído *“un reporte de experiencia profesional es un mero trámite, no te entretengas en hacerlo, cumple con los puntos y a otra cosa, continua tu vida”* Esta una opción válida, y respeto a quienes lo quieran hacer así, y a quienes deseando ayudar quieren que sea así. Sin embargo, al preguntarme, *¿qué clase de idea eres?*, me asalta la certidumbre de que yo no podría soportar el hecho de que un texto mío, pudiera ser un mero trámite, algo similar a un formulario, a una *checking list*, llenado rápido y de mala gana. No podría soportar que

por añadidura su único destino sea acumular polvo en una biblioteca de mi Universidad. Hay tantas cosas que me producen desasosiego.

En efecto, lo que podría parecer vanidad, es más bien angustia. En otras palabras, escribo esperando que al menos alguien, aunque sea sólo una vez me lea. Escribo esperando trascenderme, alcanzar a otros tanto con mis certezas, que son pocas, como con mis dudas, que son muchas. Escribo esperando que aunque sea un poco de mí pueda escapar de la muerte. Apresurando el vaso, me llenaría de profunda tristeza y dolor que el tiempo borre mi nombre de la portada de un encuadernado (lo cual es inevitable) que jamás fuese abierto (lo cual está en mis manos cambiar), y que fue conservado por compromiso y no por mérito propio.

¿Qué clase de idea eres? Me vuelvo a preguntar ¿Tan sólo eres un trámite? ¿Acaso también la vida es un mero trámite? Me apresuro a decir “espero que no”

Sin embargo, no olvido (y como olvidarlo) que el presente, tampoco es un texto libre, no puede ni debe serlo. Por una parte, como producto final de un sistema de formación profesional, tiene que incluir puntos preestablecidos y estandarizados, tiene que cumplir criterios comunes; debe apegarse a un formato aprobado. En resumen, responder a un mínimo aunque se aspire a un máximo. Por otra lado, como parte de mi evaluación final tendrá que ser: juzgado, modificado, recortado, clarificado, enriquecido, empobrecido, discutido, peleado, abatido y ganado y todo esto, idea por idea, línea por línea, párrafo por párrafo. Podemos convenir en la cómoda ficción de que yo soy el único autor de este texto y que sólo es mío el impulso de escribirlo y la responsabilidad de lo que puede haber en él, (eso sí, asumo la responsabilidad completa por los errores), pero, como el pensador sistémico que he llegado a ser, tengo que reconocer que esto, en efecto, es sólo ficción. Hay una multitud de factores intervinientes en la elaboración de este texto, factores intervinientes que son indispensables para su existencia, que por eso mismo, no dejan huella en él. Este texto sólo tiene razón de ser y sólo adquiere sentido dentro de sistemas más amplios, el Programa de Maestría, la Facultad de Psicología, La Universidad Autónoma de México, mi vida etc. A su manera, este texto es como un diálogo donde múltiples voces se dejan oír, acordando a veces, contradiciéndose también, pero siempre y en todo momento generando nuevos caminos, creando nuevas posibilidades, y yo, como el “autor” únicamente soy el escenario donde esto tiene y tendrá su lugar. A pesar mío, y aunque aún no lo asuma del todo.

Otra reflexión surge, ¿Qué clase de idea será? Tal vez sea una metáfora.

Este texto difícilmente podrá ser situado dentro del ensayo o el artículo científico. En algunos puntos, podría pasar por ser un artículo de divulgación, en otros, más bien parece un libro de texto y aunque nada me daría más gusto que fuera utilizado de esta manera, he de aceptar que en él se filtra mucho de confidencia y poco de sistematización. He de agregar que una de sus partes, está constituida por historiales clínicos, lo cual problematiza aún más, su clasificación.

Visto con otros ojos, este Reporte de Experiencia Profesional, me parece más una bitácora de navegación o un diario de viaje. Inclusive, en el límite de la posmodernidad, bien podría constituirse como un *Scrapbook*, es decir un libro de recortes, construido y reconstruido múltiples veces y guardado amorosamente como souvenir.

Bajo esta nueva luz, tal vez podré asignarle un sentido diferente a lo que contiene este texto. Ya no es más la reunión heteróclita de cosas tan sueltas y diferentes como

pueden serlo: los fragmentos dispersos de teoría, las reflexiones más o menos acabadas sobre los modelos terapéuticos, la investigación con metodología cualitativa y cuantitativa, los anexos, los historiales clínicos, las presentaciones en foros académicos, el productos tecnológicos, etc. Reunión que antes de iniciar este trabajo se me antojaban ominosamente similar al diccionario del emperador chino imaginado por Borges (citado en Foucault; 1966) que unía tantas cosas dispares a través de la artificiosa e ilusoria intervención de los incisos.

Ahora, siguiendo a Lévi-Strauss (1962), puedo dar cuenta que este Reporte de Experiencia Profesional, no es una pieza de ingeniería, producida con material en bruto y hecha a medida para satisfacer necesidades cotidianas, pieza que al estar elaborada sin restricciones, pierde por eso mismo su valor estético, para maximizar aún más su valor práctico.

Este reporte, al utilizar únicamente elementos preformados en su redacción, es con todo derecho, un producto de bricolaje, que, al estar restringido a la forma anterior de su materia prima, deberá reinterpretarla y por lo tanto, esta conservará su esencia. En la elaboración de este reporte profesional, al igual que en la elaboración de un producto del bricolaje, no se trata de forzar el material o de destruirlo para obtener lo que deseamos, sino de poder aprovechar al máximo su características inmanentes, para mostrar su belleza y hacer surgir su funcionalidad. El objeto de bricolaje al mismo tiempo que sirve a un fin práctico, brinda un placer estético, trata de rescatar lo que se tiene y no de imponer lo que nunca se tuvo.

El tapiz *Quilt* (Webb; 1992) es uno de los objetos que se obtienen a partir de una actividad de bricolaje y cuya elaboración tomaré como metáfora para explicar el proceso de elaboración de este reporte. Un *quilt* es una cobija hecha de fragmentos de diferentes telas. Los quilt fueron introducidos en Norteamérica por los pioneros que colonizaron el Oeste. Las mujeres de aquella época no se podían dar el lujo de desperdiciar un fragmento de tela, y gracias a esta industria, podían aprovechar al máximo sus limitados recursos materiales. Sin embargo, pensar que un *quilt* es una mera manta hecha de retazos de telas viejas, es algo muy equivocado. Por el contrario, el *quilt* es un trabajo artesanal que no se contenta con conseguir una pieza mayor, partiendo de fragmentos más pequeños previamente guardados, sino que es un trabajo sumamente artístico, que consiste en generar diseños variados y bonitos utilizando única y exclusivamente lo que se tiene a mano.

Así, el trabajo realizado durante la elaboración del reporte profesional, puede explicarse utilizando las técnicas empleadas en la elaboración del *quilt* como metáforas. Existen tres técnicas básicas: El acolchado, que consiste en unir dos telas para formar una más gruesa; El *patchwork*, o unión de dos retazos para obtener uno más largo; y por último, el *appliqué*, que no es otra cosa más que poner una tela sobre otra para decorarla, generando así, texturas y diseños novedosos.

Para realizar el reporte fue necesario elaborar dos retazos grandes de “tela” que constituyen las dos partes principales de este reporte. La primera, esta compuesto por el marco teórico-conceptual; y la segunda, por los historiales clínicos. En el primer caso, las guías de unión fueron dadas por los principios epistémicos comunes a todas las terapias sistémicas; en el segundo, la coherencia estuvo aportada tanto por el proceder clínico como por las habilidades prácticas desarrolladas durante la formación Profesional. El proceso de acolchado o de unión entre estos dos grandes retazos constituidos a su vez

por fragmentos más pequeños fue proveído por las reflexiones que, más que salpicar, mantienen junta la totalidad de la obra; y por último, la inclusión de los otros elementos, tales como la investigación o los anexos, se corresponden con el *appliqué*, mismo que, no es suficiente con dejarlos caer donde se nos ocurran, sino que tienen que estar articulados para dotar de coherencia interna y sentido estético la totalidad del texto.

Antes de concluir con este prefacio, que ya temo bastante largo, me gustaría subrayar que el tono melancólico que descubro en estas líneas está justificado. Tal vez es mi última oportunidad (aunque según la ordenación del texto es la primera) para expresar parte del proceso personal que me implica en la elaboración del texto. Pocas veces el autor se permite (agradezco de antemano la consideración) confesar el enorme esfuerzo de elaboración de duelo, que representa realizar un texto. Duelo por lo que dicho texto representa en la vida del autor y que ya no será más. En mi caso, duelo por el residente que fui y he dejado de ser; duelo por lo que pudo ser el texto y que una vez concluido ya no se tiene posibilidad de cambiar; duelo por un fragmento de mí que dejo atrás, y aunque sé que esto es necesario para que surja algo nuevo, algo que sea diferente, algo que sea mejor, no deja de entristecerme. Al fin y al cabo ese fragmento mío al alejarse me acerca más a la muerte, paradigma de mi responsabilidad inalienable e intransferible.

Heme aquí que comienzo a ***“Pensar la terapia familiar sistémica”***. Que quede pues, lo siguiente a su consideración.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE UN CAMPO, ANÁLISIS DE UNA PROPUESTA

LOS QUE IGNORAN LAS CONDICIONES GEOGRAFICAS -MONTAÑAS Y BOSQUES, DESFILADEROS PELIGROSOS, CIENEGAS Y PANTANOS- NO PUEDEN CONDUCIR LA MARCHA DE UN EJERCITO. SUN -TZU "EL ARTE DE LA GUERRA"

I. PRESENTACIÓN

El presente texto constituye el "Reporte de Experiencia Profesional" que el autor presenta para obtener el grado de "Maestro en Psicología", en el campo de conocimiento "Psicología Aplicada a la Salud" con "Residencia en Terapia Sistémica". Aunque su objetivo principal es dar cuenta del proceso de formación del autor, lo anterior, creo yo, no estaría completo sin que se le dedicará también un espacio amplio a la reflexión sobre el significado de aquellas ideas, términos y conceptos que guían nuestro quehacer científico y terapéutico, por lo que es resulta una obligación ineludible, su revisión continua.

El objetivo del presente capítulo consiste en presentar las reflexiones que el autor ha venido haciendo como resultado de su proceso de formación como Terapeuta Familiar Sistémico. Reflexiones que, de una manera muy particular, sostienen y fundamentan su quehacer científico, clínico y humano dentro de esta área, reflexiones que de cierta manera, también dan cuenta de la profundidad y rigurosidad de dicho proceso. Aclaraciones hechas, creo yo que podemos comenzar.

¿POR QUÉ UNA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA?

Iniciemos este apartado con un hecho evidente y crudo pero absolutamente innegable. La formación de un profesional especializado en un campo profesional, resulta costoso. Debe haber buenas razones para ello, si el Estado Mexicano hace posible lo anterior, brindando sus recursos humanos, materiales, y financieros, a través de Instituciones tales como, la Universidad Nacional Autónoma de México, U.N.A.M. y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT (a quienes el autor, le está profundamente agradecido). Dichas razones, no sólo contemplan las necesidades e intereses de aquel que se está formando, sino también y sobre todo, las necesidades sociales y las prioridades de gobierno. Al respecto, en el texto del "Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica" (Moctezuma, 2001) se encontrará la justificación y fundamentación completa del proyecto, por lo que remito a ella a los interesados. Extendernos aquí al respecto sería pesado e innecesario ya que el objetivo principal del presente texto es señalar como el autor ha respondido a dicha demanda social e institucional. Creo que es de suma importancia que el autor consigne cuáles son las razones particulares que lo llevaron al autor a comprometerse con este proceso de formación y cuáles son, a su juicio, las principales necesidades sociales que en México, un profesional de sus características esta llamado a atender.

Estas reflexiones que se han venido haciendo a lo largo de todo el proceso de formación, además de sus implicaciones sociales, también revisten un profundo interés para aquellos que habrán de evaluarlo, ya que, en mayor o menor medida, también reflejan el grado en que el autor no sólo ha aprendido, sino sobretodo ha hecho suyo todo aquello que se le enseñó. También, permiten evaluar hasta que punto, dicho saber le ha permitido comprender el papel que está comprometidos a realizar en la sociedad.

Actualmente, la sociedad mexicana en su conjunto, tiene que hacer frente a una serie de problemáticas y dificultades sociales que la vienen aquejando desde hace mucho tiempo. Por ejemplo, la violencia y la desintegración familiar, el alcoholismo y las adicciones, el fracaso escolar y la migración, entre otras. Aunque estas problemáticas, ya están siendo atendidas, con mayor o menor éxito por distintos profesionales y desde diferentes marcos conceptuales; El autor considera que resulta necesaria la formación de profesionales (y no sólo eso, sino también su posterior integración al sistema de salud) que puedan comprender y atender dichas problemáticas, no de forma aislada, como se ha venido haciendo, sino en su complejidad inherente; sin reducir ni simplificar ninguna de sus aspectos. Es necesario un profesional que no sólo tomé en cuenta al paciente identificado, sino también su contexto, puesto que, los problemas no impactan únicamente a aquellos que los padecen directamente, sino que también afectan a los que se encuentran cerca, por ejemplo; los familiares, los amigos y los compañeros de actividades. Por otro lado, gran parte de los fracasos que se presentan en la intervención de algunas problemáticas se deben a que el tratamiento aísla artificialmente al paciente identificado y no se enfrenta así el verdadero problema, sino únicamente artefactos creados por el enfoque usado, cuya única realidad se circunscribe a las descripciones parciales que lo crean.

Debido a la complejidad inherente a todas las problemáticas humanas, y a que estas se manifiestan en más de un nivel, el trabajar sólo con el paciente identificado, no puede resolver ningún problema satisfactoriamente ya que dicha intervención no alcanza a actuar en todos los ámbitos que impacta. Existe además otra situación de fracaso aún más triste y costosa; se suele dar el caso de que, después de un largo tratamiento que, gracias al esfuerzo del profesional y del paciente se corona por el éxito, cuando el paciente se reintegra al medio en el cual normalmente se desenvuelve, no disminuye el riesgo de que en el futuro, el problema se vuelva a presentar, ya que, aún están presentes las condiciones en las que este se originó, y por lo tanto siguen actuando como factores patogénicos.

Es necesaria la formación de profesionales con un alto grado de compromiso social, como es el caso de los Terapeutas Familiares Sistémicos, que no se contenten con “culpar” o “quejarse” de las “adversas condiciones sociales”, sino que, por el contrario, cuenten con herramientas teórico-prácticas que les permitan operar y modificar dichas condiciones, lo cual, a la larga, es lo que todo programa de intervención social debe buscar. Para un Terapeuta Sistémico, su labor profesional no consiste en emprender tareas sin esperanzas de remediarlas. Por el contrario, busca atacar y modificar las situaciones que condicionan la aparición de las problemáticas y solucionar con su intervención las verdaderas fuentes del problema.

**PRECISIONES SOBRE LA TERAPIA FAMILIAR,
LA TERAPIA SISTÉMICA Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

En el área de la salud, el campo profesional donde se inserta el presente trabajo, es indistintamente conocido como el de “La Terapia Familiar”, el de “La Terapia Sistémica” o de una forma más completa, como el de “La Terapia Familiar Sistémica”. En la práctica, se suelen usar estos términos como sinónimos sin mucho problema, sin embargo, en una forma más estricta, no es ocioso de nuestra parte, el realizar algunas precisiones importantes al respecto. Aunque se usen de forma indistinta dichas denominaciones apuntan a diferentes concepciones de la práctica de la terapia y señalan distintas problemáticas epistémicas a abordar por ella. Ignorar dichas diferencias sólo puede tener por resultado diluir la especificidad del campo y de su impacto social. Por otra parte, sólo será a partir de dicho análisis que se podrá desarrollar los dos temas principales que nos ocupan y a los que está dedicado el capítulo.

Por una parte, se emprenderá la definición teórica y la descripción empírica del campo psicosocial en el que de hecho se trabajó durante el tiempo que cubrió el periodo de Residencia que se consigna en este Reporte, incluyendo por supuesto, el análisis y la discusión de las diferentes problemáticas que lo aquejan y que, como resultado de mi inmersión en él, fueron abordadas con una epistemología específica y atendidas con una terapéutica particular derivada de ésta. Por otra parte, tomando en consideración la fundamentación teórica y las reflexiones a las que necesariamente el ejercicio clínico nos lleva, también se señalará como nuestro campo profesional y nuestro enfoque epistémico se constituyen en una opción válida y conveniente para el abordaje y solución de las dificultades y problemáticas señaladas. Comencemos pues con las precisiones:

El término **“Terapia familiar”** define a la práctica terapéutica según su unidad de trabajo, o en otras palabras, según su objeto empírico de práctica. De una forma burda, se podría decir entonces que: *“La terapia familiar es aquella que se ocupa de, o que atiende a las familias en su conjunto”*. Aunque esta definición parece lo suficientemente clara y explícita, hay que apresurarnos a decir que las cosas no son tan simples como podría parecernos a simple vista. Esta definición se revela insuficiente porque es tautológica. No puede sostenerse por mucho tiempo ya que, más que despejar dudas, genera más interrogantes.

¿Qué implica el hecho de que hablemos de una terapia familiar?

Significa acaso que... *¿Utilizamos a la familia únicamente como recurso para curar al miembro enfermo? ó por el contrario, ¿Qué curamos a la familia enferma para rescatar al único miembro sano? Entonces, el paciente identificado, ¿es el más sano o es el más enfermo?*

Significa entonces que... *¿Lo importante es el individuo, ya que la familia sólo es su telón de fondo? ó bien que... ¿La familia es nuestra unidad terapéutica? y por lo tanto, ¿sólo debemos abordarla a ella como cliente o usuario único?, puesto que el individuo como tal, o bien no importa, o bien debe de ser objeto de otro tipo de terapias.*

El análisis de esta definición en la cual, no encontramos señalamientos sobre cuál es la relación entre la familia y el sujeto, también sirve para plantearnos importantes cuestiones éticas; por ejemplo:

¿El hacer terapia familiar implicará tomar partido? ¿Se estará a favor de los niños en detrimento de los padres?; ¿de las mujeres en detrimento de los hombres?; ¿de los enfermos en detrimento de los asintomáticos?

Implica entonces que:

En los casos de violencia intrafamiliar, ¿se deberá preferir a la “pobre víctima” antes que al “cruel agresor”?; que al tratar las adicciones, ¿habrá que prestar oído a los “razonables padres” antes que al “degenerado adicto”?; o que en los de problemas de alimentación, ¿habrá que aliarse con los “preocupados padres” contra la “tozuda adolescente” que se niega a comer o lo hace en exceso?.

O en cambio, qué:

Se habrá de asumir un relativismo moral absoluto y no distinguir entre dependiente y codependiente, víctima y victimario, ofensor y ofendido, esquizofrénico y esquizofrenizante. Implica que ¿Se habrá de ignorar el contenido por penoso que esté sea y privilegiar el proceso?, que ¿se ignorará lo biológico y lo intrapsíquico a favor de lo relacional?,

Por último, es necesario señalar que esta definición tampoco es suficiente porque, lo que entendemos como familia, como se vera más adelante, resulta, ó bien demasiado amplió, ó bien demasiado estrecho, como para ser el único criterio que nos permita caracterizar el tipo de intervenciones que desde nuestra tradición terapéutica se realizan. Digamos pues, a manera de conclusión parcial que el Termino Terapia Familiar no es lo suficientemente preciso ni sintético, cómo para ser usado en la descripción de nuestro campo profesional y que de hecho podemos aseverar lo mismo del termino familia.

El término **Terapia Sistémica**, en cambio, pretende subrayar la epistemología que está de fondo en la intervención realizada y no el objeto concreto a abordar mediante la acción terapéutica. En este sentido, es importante señalar desde el principio que, los sistemas no son realidades empíricas con las que uno se topa cotidianamente, de la misma forma en la que uno se encuentra un champiñón en la ensalada o una piedra en un río. Uno no dice “éste es un sistema” de la misma manera en la que uno podría decir “ésta es una piedra”. Más bien, uno dice “esto es un sistema” de la misma manera en que uno dice “este vaso está medio lleno”, es decir, como una opción epistémica válida, más no única, todo lo cual implica, por supuesto, una posición ética bien definida.

Los sistemas constituyen una realidad metafórica, son constructor de segundo nivel y no entes empíricos, es decir: un sistema es un mapa de relaciones que nos permite dar cuenta de nuestra experiencia sobre la experiencia. Mientras que al hablar del hongo, de la piedra o del agua describimos nuestras experiencias agrupándola gracias a un constructo o concepto de primer nivel (el de hongo, de piedra o de agua); un sistema es un concepto o constructo de segundo nivel, gracias al cual, podemos, de una forma muy particular, hacer una descripción o meta descripción, de las descripciones de nuestras experiencias. El constructo “sistema” pertenece a un orden de experiencia diferente, el de la investigación científica.

QUÉ ENTENDEMOS POR SISTEMA

Aunque habrá tiempo de volver a ello, de forma sintética se dirá que **un sistema es un todo compuesto por partes coordinadas y en interacción que tienden a un fin común**. Dicho todo, es mayor que la suma de sus partes y se encuentra en un estado constante de interacción de fuerzas. Para el enfoque sistémico, por lo tanto, es imposible

comprender el funcionamiento de una parte sin comprender el funcionamiento del todo; describir o explicar un fenómeno de forma aislada, sin considerar la realidad en la que se encuentra insertado, o bien abordar una realidad reducida sin considerar su contexto. En otras palabras el enfoque sistémico celebra la complejidad y sostiene que de alguna manera todas las realidades del universo están conectadas entre sí.

La epistemología de la terapia Sistémica se diferencia de la epistemología de otros tipos de terapias porque:

- A) Sus descripciones no son lineales, es decir, no suponen que los objetos posean atributos y características inherentes a ellos, sino más bien, al suponer que una pieza se define a partir de sus relaciones con otras, hace que sus descripciones sean recurrentes, y por lo tanto...
- B) Su tipo de pensamiento tampoco será lineal, por lo que no buscará explicaciones históricas o etiológico sino que, al ser circular, lo que buscará es la forma en que se dan las interacciones entre las partes, es decir, se trata de un pensamiento de tiporecursivo.
- C) Al ser aplicado en la solución de problemas, sus intervenciones no buscan bloquear la causa o remediar el déficit, por el contrario, buscan que, alterando sólo una pequeña parte se pueda cambiar el comportamiento total del sistema.
- D) Por ultimo, en éste mismo sentido, hablamos de un pensamiento, profundamente elegante y estético que fomenta el respeto ante las realidades en las que interviene.

Un punto en el que no se insiste mucho, pero que es importante señalar aquí, es que la terapia sistémica, aunque suele trabajar con mas de un sujeto a la vez, no constituye *per se* una terapia de multitudes o de grupos. Se puede perfectamente trabajar de forma sistémica con un solo sujeto, ya que lo importante, no es la cantidad de personas presentes en el consultorio, sino la convicción derivada de la epistemología sistémica, de que sólo se puede comprender al sujeto si se toma en cuenta al grupo, y de que sólo se podrá entender al grupo, si se entiende el sujeto.

Con relación al término Terapia Familiar Sistémica, también es importante realizar algunas reflexiones que nos servirán para caracterizar mejor el campo psicosocial en el cual se inserta el trabajo que incluye el reporte.

Primero, como hemos tratado de demostrar, los términos terapia familiar y terapia sistémica, no son sinónimos ni deben resultar intercambiables. Por un lado, bástenos con recordar que podríamos fácilmente hablar de diferentes formas o escuelas de terapia familiar; escuelas inspiradas en otras concepciones epistemológicas diferentes e incluso opuestas a la concepción sistémica. Por ejemplo: terapia familiar con enfoque psicodinámico ó psicoanalítico; terapia familiar gestalt; e inclusive, terapia familiar cognitivo-conductual.

Por el otro lado y aunque de entrada resulte un poco más extraño, tenemos el hecho innegable de que la terapia sistémica no tiene necesariamente porque ser aplicada o practicada únicamente en familias. Así, desde el caso más simple que nos recuerda que la intervención con un miembro de una familia no constituye *in strictu sensus* un trabajo familiar, hasta los casos de intervención sistémica más *sui generis*, que ni remotamente se pueden conectar con familias, como pueden serlo: las negociaciones entre partes durante la firma de un contrato, durante un juicio e inclusive durante un secuestro; el trabajo en instituciones, por ejemplo en la solución de conflictos en ambientes laborales

o en grupos de profesionales, ya sea el caso de la formación de médicos o en la organización de equipos multidisciplinarios que realmente funcionen como tales.

Precisando, diremos que, desde el punto de vista sistémico, el ocuparse de familias, el fundar una terapia familiar sistémica es una decisión primordialmente epistémica que se justifica por el hecho de que la familia es un sistema primario o natural que trasciende al individuo pero que es lo bastante pequeño y bien delimitado para servir como unidad de investigación. En cambio, desde el punto de vista pragmático, de aquellos que se ven enfrentados a la necesidad de comprender y atender familias, como es nuestro caso, la decisión de decantarse por el enfoque sistémico obedece al hecho de que dicho enfoque les permite comprender a su objeto en sí mismo sin reducirlo a un epifenómeno del individuo o al papel de contexto en el cual este se desenvuelve. Por otra parte, brinda también un marco de referencia que permite enfrentarse a la complejidad sin negarla, disolverla o reducirla. Si de aquellos que necesitan enfrentarse a la realidad de las familias muchos adoptaron el enfoque sistémico es porque este les brinda un mapa inmejorable para orientarse en una realidad que hasta ese momento les resultaba confusa. Concluidas estas consideraciones, se está listo para señalar que la familia es nuestro campo de ejercicio psicosocial y por lo tanto se dedicara el antepenúltimo apartado para definirlo, delimitarlo, abordarlo, conocerlo y analizarlo, tanto en sí mismo, como en sus problemáticas y dificultades. En el último apartado, después de revisar la forma en que se ha abordado a la familia en el campo de la salud mental, se justificará por qué el enfoque sistémico es una opción teórica, epistemológica y clínica válida y útil para atacar y resolver las problemáticas identificadas en el campo psicosocial.

II. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL, APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA FAMILIA

FAMILIA Y CULTURA.

En "Espiritu y Naturaleza" (1979), Gregory Bateson, recuerda la manera en que abordó a dos grupos de estudiantes; los primeros, residentes de terapia familiar; Los segundos, alumnos de un curso sobre arte. A éstos últimos, valiéndose de un cangrejo y una caracola, trató de explicarles, o más bien, mayéuticamente trató de que ellos se explicaran a sí mismos, las características de la vida. Encontraron juntos que la característica esencial de la vida, son las relaciones formales, que el todo guarda con las partes, y así, mediante las comparaciones de primer orden (de la cosa con la cosa en sí), y de segundo orden (de la cosa con otra cosa), pudo llegar a mostrarles un atisbo de la pauta que conecta, que, más allá de ser una comparación entre comparaciones, es una "intuición rítmica" que no tiene que ver con las cantidades, sino con las relaciones que las partes del ser guardan entre sí.

A su vez, otro famoso antropólogo Claude Lévi-Strauss, en uno de sus más recientes libros "Mirar, escuchar, leer" (1998), nos recuerda que la regularidad, la simetría y el ritmo, es lo que, para Franz Boas, otro antropólogo, constituye la base de toda actividad estética; y también señala que, para Emile Benveniste, famoso lingüista, el griego *rhythmos*, tiene el sentido primitivo de "arreglo característico de las partes de un todo". De esta manera, Bateson, Boas y Lévi-Strauss, coinciden en señalar que hay una estética del ser, ya que la noción de ritmo encubre (y también recubre) la serie de permutaciones permitidas para que un conjunto forme un sistema. La familia, en su singularidad, (como veremos más adelante) se puede representar como una serie de ritmos, de arreglos característicos de un todo, como pulsos que provoca la sociedad en su devenir.

El estudio de la familia, es un estudio estético, la acertada definición de la "danza de las coaliciones cambiantes", nos apunta entre muchas otras cosas, a considerar el carácter musical, rítmico, de la familia; ya que, al fin y al cabo, la música es un arte primitivo porque no representa, sino que pone en juego las relaciones fundamentales que conforman el ser, porque anticipa formas y relaciones de la naturaleza mucho antes de que su existencia sea revelada. La música es un arte sobrenatural porque siguiendo a Jung (en Bateson, 1979) que a su vez lo retoma de los pensadores gnósticos: la música es del orden de la *creatura*, el orden de lo viviente, donde no se entiende nada si no es a partir de las diferencias y las distinciones. De esta manera los sistemas, de los cuales la música es paradigmática son una creación sobrenatural porque logran estar vivos, van más allá del *pleroma*, el orden físico, donde las fuerza y los choques son explicaciones suficientes.

Con relación a la familia, una vez dilucidado su carácter rítmico, su esencia musical, esta intuición, para el aquí y el ahora, nos lleva necesariamente a plantearnos la siguiente pregunta ¿por qué un ritmo y no otro?, ¿Por qué tener una estructura y no tener la contraria? En resumen, ¿Por qué la institución familiar en la que actualmente vivimos es ésta y no otra de las muchas que han existido o que son posibles de ser concebidas por el espíritu humano?, ¿Por qué hemos de bailar este son y no otro? ¿Por qué sus acontecimientos han de ser estos tan difíciles de encarar y no aquellos que nos parecen tan baladíes? Queda preguntarnos ¿Cuál es la pauta que conecta, entre el aquí y el ahora y nuestra institución familiar? ¿Cuál es el contexto que determina la familia actual?

Nuestro intento por responder estas preguntas, entre muchos otros posibles, se nos ocurre puede tomar dos caminos, el primero, analizar el pasado de la institución familiar, ya que a fin de cuentas el pasado es una pauta que conecta, como bien nos lo muestra Bateson (1979) con su caracola y el concepto de proconismo, a saber: "la verdad general de que los organismos portan en sus formas actuales evidencias de su crecimiento anterior, es decir, el proconismo es a la ontogenia, como la homología es a la filogenia" Sin embargo, tal vez lo que encontremos en el análisis del pasado no marcará un destino fatídico, como muchos esperan, para la institución familiar, sino un abanico optimista de posibilidades para ella. El otro camino del cual hablábamos, es aquel que nos remite al sentido, el cual se sustenta en la necesidad comunicacional de que todo mensaje tenga un contexto.

Hablábamos de que la música es un arte sobrenatural, y recordemos que la relacionábamos con la familia en tanto que ambas conforman sistemas. Pues bien, Lévi-Strauss (1998), nos señala que para el occidental, lo sobrenatural sólo puede ser abordado por lo simbólico, es decir, la única manera que el hombre tiene de dar cuenta de una realidad que lo rebasa que lo abrumba, que no entiende, es a través del símbolo. Y sin embargo, el símbolo una vez usado ya no se puede reconectar con la experiencia, la palabra queda por siempre separada de la cosa. Al estar separada la significación de la representación, el símbolo nos representa un plano superior a la experiencia común que nos permite explicarla. Si bien, el símbolo debe tener una conexión con la cosa, esto es así porque el símbolo repite las regularidades de la cosa; es decir, el análisis y la búsqueda de significado en la familia, se justifican porque la cosa y la explicación de la cosa están conectadas entre sí. Aunque mapa y territorio no son lo mismo, aunque

familia y sistema tampoco lo son, se puede utilizar el uno para entender al otro porque ambos participan de las mismas regularidades.

De esta manera, el presente apartado tratará de integrar dos fuentes diferentes de información, por una parte, la teoría sociológica y antropológica de la familia; necesarios para caracterizar con justeza y de una forma conmesurable con otras disciplinas nuestro campo psicosocial y por la otra, también integrará los desarrollos de los teóricos sistémicos de la familia en un intento de articular lo anterior con nuestra práctica, para así tratar de producir un dato nuevo, ya que la única manera en que se puede perpetuar la ciencia y el arte es produciendo obras otras, obras, tal vez mejores, tal vez peores, pero que a su vez darán origen a otras obras. Tal vez me puedo extraviar en el camino, pero me consuela pensar en lo que escribió Bateson (1979): "aquellos a quienes ni siquiera se les ocurre que puedan estar equivocados, no pueden aprender otra cosa más que habilidades específicas".

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Como se lee en su artículo para la Enciclopedia Francesa, Lacan (1977), no duda en caracterizar a la familia como una institución. La describe como "un grupo natural de individuos unidos por una doble relación biológica". Con el término "doble relación biológica" se refiere a que:

- A) Cumple con el proceso biológico de generar a sus miembros, y a su vez,
- B) Proporciona las condiciones ambientales que sostienen el desarrollo de los jóvenes.

Por lo tanto, en la familia se origina y se mantiene la continuidad del grupo social, siempre y cuando los adultos progenitores cumplan con sus funciones dentro de ella. Estas funciones de los adultos progenitores, de la unidad donde se origina la familia, de la pareja propiamente dicha, se llaman funciones paternas y son completamente diferentes aunque dependientes en grado sumo de aquellas otras funciones que se ocupan de mantener cohesionada la pareja y que denominamos funciones conyugales.

En vista de lo anterior es posible entonces construir un modelo reducido, con algunas propiedades invariables de la familia para todas las épocas y lugares, las cuales son las siguientes:

a) La familia tiene su origen en el matrimonio, o bien, en cualquier otra forma de unión más o menos estable en el tiempo, pero que siempre será sancionada por la sociedad. Es decir, no existe familia sin un doble reconocimiento. El primero es un reconocimiento mutuo entre los dos de la pareja y el segundo es un reconocimiento entre la pareja y la sociedad. Es decir, sin pareja y sin el reconocimiento que los otros, el grupo social hacen de éste "entre dos" no habría posibilidad de existir para la familia. Lo anterior nos señala muy clara y tempranamente, que en la familia hay dos tipos de relaciones, a saber: entre los miembros con los otros miembros y entre la familia y la sociedad. Volveremos a esto.

b) La familia incluye al marido, la esposa y al menos un hijo nacido de esta unión, si bien, existen varios tipos de familia dentro de las cuales no se originan nuevos seres, esto no importa mucho ya que bajo la figura de adopción, sea está legal o de hecho, es como si alguno o alguno de los miembros de la familia hubiese sido engendrado por alguno o algunos de los otros miembros. De no haber hijos, se considera que esta es una unión incompleta, que, ó bien, es una protofamilia (recién casados), o bien, solamente una pareja cuyo estatus es dudoso, aún y sobretodo estando casados. Este núcleo básico

formado por lo que Minuchin (1977) llama "holón conyugal", al procrear, deviene otra unidad que ni niega ni substituye la anterior, es decir surge el holón parental. Con el advenimiento de al menos dos hijos se instituye el holon fraterno y, se le puede agregar otros parientes, que de cierta manera, serán periféricos.

c) Los miembros de la familia están unidos entre sí por lazos jurídicos (matrimonio, adopción, alianza), lazos consanguíneos (parentesco), derechos y obligaciones de naturaleza económico-relacional y una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, así como por un conjunto más o menos variable y diversificado de sentimientos tales como amor, afecto, respeto, etc. La ausencia de lazos consanguíneos no es un impedimento en la formación de familias ya que bajo las figuras de la alianza y la adopción, inclusive aunque la pareja esté conformada por individuos del mismo sexo es posible que se constituya una unidad familiar.

Gracias a estas características podemos señalar que cada grupo humano tiene un medio para distinguir entre las uniones legítimas o de *jure* y las uniones de hecho o de *facto*, y por otra parte, si bien una pareja sin hijos puede llevar una vida normal, e inclusive con un mejor nivel material que una con hijos, tal es el caso de las parejas del mismo sexo o infértiles, el grupo social les niega un estatus. En efecto, además de cumplir con funciones instrumentales de cuidado y mantenimiento, otra de las funciones que cumple la familia consiste en conferir un estatus social a los individuos que la conforman. Lo anterior se debe a que las uniones conciernen menos a los particulares que a los grupos. El matrimonio siempre es para los otros, puesto que, como se verá más adelante, los matrimonios no unen individuos, sino grupos.

Así, para la mayor parte de las sociedades, la soltería más allá de cierta edad, aparece como repugnante y condenable, y en las sociedades sin escritura (es decir, las mal llamadas sociedades primitivas), los solteros simplemente no existen porque instrumentalmente es imposible que puedan sobrevivir, su situación, guardando las distancias, es similar a la del huérfano sin red social, a saber, les hace falta un otro que cumpla con ciertas funciones que por sí mismos, socialmente hablando, no podría desempeñar.

El análisis etnológico nos muestra, según Lacan (1977), que en la familia siempre se ha presentado autoridad, modos de parentesco, herencia y sucesión. Sin embargo, contrariamente a lo que podamos creer, entre más esta un pueblo carente de cultura material, la familia se ajusta menos al parentesco biológico y obedece más a un retorcido sistema de parentesco, y es que, la familia, tiene una naturaleza dual. Si bien se funda en necesidades biológicas, está sometida totalmente a condicionamientos de índices social. Aunque la familia muestre muy distintos aspectos y formas, no puede explicarse únicamente a partir de supuestos "instintos parentales" o de profundos "lazos de afecto".

Entre la cultura y la naturaleza, la familia efectúa una transición, es decir, para que existan familias, no basta con que haya individuos biológicos con relaciones de sangre, sino que también debe de haber prohibiciones y obligaciones que mantengan estos lazos y que constituyan sujetos sociales producto de estas mismas. En otras palabras sin sociedad, no habría familias, pero para que haya familias, debe existir antes una sociedad. En este mismo sentido, Lévi-Strauss (1983), señala que la familia aparece como un fenómeno prácticamente universal, presente en todo tipo de sociedades, y aunque la forma más común es la "familia monogámica", ésta puede tomar múltiples formas. Sin

embargo, también se observan casos peculiares en los cuales no existen familias reconocibles, y por extraño que pueda parecerlos, estos casos anómalos, de sociedades sin ningún tipo de célula familiar reconocible, pueden ser explicados, como veremos más adelante, no como estadios primitivos o futuros de la sociedad sino como alternativas posibles que se originaron precisamente a partir de tendencias muy específicas que se encuentran presentes, en germen por supuesto, en todas las sociedades, incluyendo sin duda alguna también la nuestra.

Aunque nuestros propios condicionamientos sociales nos hagan difícil aceptarlo, en muchas sociedades, tanto pasadas como contemporáneas, la familia no es más que una asociación económica. En estos casos sólo es una célula social, fundada en el intercambio de prestaciones recíprocas que la separación sexual del trabajo, a la vez, hace posible y necesario. Un hipotético terapeuta familiar funcionaria en ellas más como un intermediario laboral que como un profesional preocupado por los sentimientos y visiones de los distintos miembros de la familia.

Con relación a la continuidad de la especie, la familia como una unidad donde se originan los seres vivos es la que proporciona la base material para que se presente la herencia biológica, pero, al ser también un nicho cultural, es ahí únicamente donde se pueden dar los procesos fundamentales del desarrollo psicológico, mismos que, sólo se producen en el espacio que se crea entre los aspectos biológicos y los culturales.

La sola presencia de la familia en una sociedad, nos refiere a un orden cultural que asegura una continuidad psíquica y física de las generaciones. Es una institución que no se puede reducir ni a lo biológico ni a lo social. Es ante todo, una institución que, como podemos observar en los planteamientos de Salvador Minuchin, es jerárquica, y es precisamente gracias a los efectos de esta jerarquía en el animal humano que se puede producir el futuro sujeto.

Así, como se revisará a continuación, al funcionar como el paso entre lo biológico y lo cultural, la familia se basa, según Lévi-Strauss (1949) en una serie de prohibiciones, principalmente sexuales, que siempre han existido, siendo la más importante de estas prohibiciones, la del incesto, puesto que inaugura el orden social a través de la institución del parentesco. Cabe agregar que no hay evidencia, antropológica de la supuesta promiscuidad primitiva. Se puede afirmar que no existe sociedad sin parentesco y no hay parentesco sin prohibición del incesto.

PARENTESCO

Para poder entender el parentesco y la importancia que tiene éste en el estudio etnológico, sociológico y psicológico de la familia, tenemos que recordar las tesis básicas de Lévi-Strauss (1949) al respecto:

En "Las estructurales elementales del parentesco" (1949), Lévi-Strauss denuncia a la dicotomía naturaleza-cultura como un falso problema epistémico, ya que lo natural en el hombre es que tenga cultura, y no es posible que el hombre sea más natural o más cultural. Como señala el autor en otro lugar (Ferrat, 2001), no es posible que haya culturas "crudas, cocidas o fermentadas". El paso entre la naturaleza y la cultura es la prohibición del incesto, que tiene por el hecho de ser universal, un carácter natural, pero que al inaugurar el orden del intercambio, tiene un carácter cultural. Así, al renunciar a una mujer sobre la que se tiene derecho y cederla a otro que a su vez nos cederá a una mujer sobre la que él tiene derecho, se producen alianzas que fortalecen el tejido social.

La prohibición del incesto es un movimiento originario que busca sustituir el azar por el orden, es un movimiento que trae consigo intercambios y reciprocidades, y además, es la mejor manera de crearse parientes, el cual es el mejor, si no, el único medio para que las familias biológicas no sean empujadas al exterminio recíproco. La prohibición del incesto empuja a que, las diferentes familias biológicas se unan por medio de lazos de sangre, y al mismo tiempo, busca que las familias no se encierren en sí mismas haciendo posible, de esta manera, la sociedad. La prohibición del incesto y su contraparte, la prescripción matrimonial, dotan a las sociedades de una armadura fuerte sin la cual no podrían sostenerse. A través de la prohibición del incesto, las mujeres se convierten en un medio de relación entre grupos, que se definen a sí mismos en términos de parentesco; de esta manera, es importante señalar que para que surja cualquier parentesco, es necesario que con anterioridad, se establezca una relación de alianza.

Desde el inicio de la etnología, es una regla metodológica, que se recopilen al principio, los términos de parentesco de cualquier cultura a estudiar, ya que para esta ciencia, los problemas del parentesco son un camino regio para entender las sociedades, puesto que la instancia familiar es la que permite comprender las culturas con mayor profundidad.

Al ser el parentesco una realidad tan importante, no nos sorprende que sea la primera experiencia a la que se enfrenta el niño, ya que, al fin y al cabo, y como señalamos antes, la familia está formada por lazos (inestables, como nos muestra la teoría de las alianzas y las coaliciones), de filiación, alianza y hermandad, de los cuales, la alianza es la más importante ya que es gracias a ella que pueden surgir nuevas familias. El parentesco sirve para el trato y la referencia. Primeramente, es un vocabulario, que se complementa con los nombres propios y que nos permite clasificar a los otros con los que vivimos. Está clasificación que varía de cultura en cultura, es tan local que, al tratar de ser explicada en función de otra clasificación, sólo se consigue revolver más. Por ejemplo, para los romanos, existían los agnati y los cognati, que sólo torpemente podemos “traducir” en nuestro sistema de parentesco respectivamente como “parientes paternos” y “parientes maternos”. Pero el parentesco no es sólo eso, es además muchas otras muchas cosas. Por ejemplo, nos dicta un protocolo de comportamiento, que en algunos pueblos controla la totalidad de las conductas manifiestas entre aliados y consanguíneos. Profundizando en lo anterior, según Lévi-Strauss (1983), las actitudes prescritas por el protocolo de parentesco varían entre dos polos a saber: La familiaridad o la reserva; la ternura o la autoridad; la licencia o la decencia verbal etc. Lo cual retrata el constante desequilibrio que está en la base del intercambio que da origen al parentesco. El parentesco no puede nacer únicamente de la unión de los sexos y del engendramiento de los hijos, implica en principio un algo diferente; la alianza social de familias biológicas que intercambian entre sí miembros y que, por lo tanto, como ilustra la mitología Bororo (Lévi-Strauss; 1983), tratarán de buscar el difícil equilibrio entre los principios contradictorios de la equivalencia y la desigualdad. Principios que, dado el tiempo, no sólo llevará al intercambio de mujeres, sino también al de los bienes.

Abriendo nuestro espectro con relación al parentesco, hemos de considerar también las relaciones que éste sistema en la familia guarda con la sociedad en general. En primera instancia, siempre y en todas partes, la existencia de la familia entraña prohibiciones que hacen imposibles o por lo menos condenables, ciertas uniones. Así, la prohibición del incesto instituye una dependencia mutua entre familias biológicas y las

fuerza a engendrar nuevas familias, gracias a las cuales, el grupo social en su conjunto puede perpetuarse.

En ningún caso el matrimonio es, ni será jamás, un asunto privado. La mayoría de las veces el matrimonio no tiene nada que ver con el placer de los sentidos y hay veces que se opone a él con mucha fuerza. Lo sexual, aunque nos neguemos a creerlo, influye mucho menos que lo económico y que lo social en la formación de matrimonios.

En los pueblos sin escritura recordando lo ya dicho, el matrimonio se basa en la división de labores. Que un sexo esté encargado de ciertas tareas implica que dichas tareas están prohibidas para el otro, de esta manera, la división del trabajo instituye un estado de dependencia recíproca entre los sexos, los cuales deben unirse para alcanzar un fin económico común. Sin embargo, las características de esta división del trabajo no son ni fijas ni universales. Es necesario entonces distinguir entre el hecho de la división sexual del trabajo que si es universal (aunque cada vez tienda a atenuarse más), y las modalidades de esta división que son idiosincráticas de cada pueblo (aunque se tienda a proyectarlas a otros). Tal vez, la división sexual del trabajo busca asegurar por unos medios precarios la continuidad de las parejas que son muy frágiles, bastante cambiantes y sujetas a intercambios y fuerzas violentas que impulsan a su destrucción.

Antes de cerrar este apartado, señalemos que el parentesco está más relacionado con la prosecución del grupo social que con la preservación o la imitación de los vínculos naturales. La familia primitiva ignora (inclusive de forma activa) los vínculos de sangre dándole mayor importancia a los vínculos jurídicos, de esta manera, por ejemplo, los sistemas matrilineales buscan dotar a la sociedad con un esqueleto firme, mientras que los sistemas patrilineales buscan asegurar un régimen de posesión de bienes y de tierra y este fin se vuelve más importante aún que el de clasificar a la sociedad. Así, observamos que, en algunas sociedades, por ejemplo, en las que había en el África negra antes de la explotación colonial, las mujeres de alto rango (asimiladas a un rol masculino por el sistema de propiedad) tenían y ejercían a menudo el derecho de "desposar" otras mujeres que los amantes autorizados embarazaban. La mujer noble se transformaba en el "padre" legal de los hijos y siguiendo la regla patrilineal en vigor en estas sociedades les transmitían su nombre, rango y bienes a sus "hijos".

LA FAMILIA A TRAVÉS DEL TIEMPO

Durante la segunda mitad del siglo XIX y una parte del siglo XX, bajo la influencia del evolucionismo biológico, los estudiosos de la familia buscaron ordenar en una serie unilineal las instituciones familiares que se observaron en el mundo, principalmente entre los pueblos sin escritura. El primer estudioso de la familia desde la perspectiva etnológica fue Lewis Henry Morgan, él supuso que la institución familiar es universal y que pasó por un proceso evolutivo. Lamentablemente su trabajo, junto con el de Bachofen, sirvió como una coartada teórica para el desarrollo del colonialismo y más tarde el ascenso del Nacional Socialismo alemán.

Se supuso entonces que si el matrimonio y la institución familiar monogámica eran observados entre los pueblos civilizados, esta forma de institución familiar debería de ser la más moderna, debería de ser el último escalón de la evolución familiar y erróneamente se supuso que las instituciones familiares de los pueblos sin escritura eran formas primitivas, menos desarrolladas e inclusive corrompidas del devenir de la institución familiar.

Así, los investigadores se inventaron términos como promiscuidad primitiva y casamiento de grupo para hacer parecer más bárbaros (y más inmorales) a los primitivos e inclusive algunos estudiosos de otros campos basaron sus desarrollos teóricos en ellos, por ejemplo Engels en "El origen de la familia, la propiedad privada y el estado"(1891). De esta manera se popularizó la supuesta evolución de la familia propuesta por Bachofen.

Sin embargo, no tardó en "descubrirse" que la familia "moderna" monogámica también se presenta en pueblos "primitivos". La familia fundada sobre la unión más o menos estable, pero socialmente aprobada de dos individuos de sexos diferentes que fundan un matrimonio, procrean y crían hijos, aparece como un fenómeno prácticamente universal presente en todo tipo de sociedades (Lévi-Strauss, 1983; 1984; 1988). Inclusive, en pueblos seminómadas, sin cultura material, se observan parejas casadas, estrechamente unidas por lazos sentimentales permanentes que cooperan económicamente y que mantienen un interés común dirigido a los hijos.

El esquema evolucionista fue duramente combatido por Taylor, Rivers y Boas. Lévi-Strauss retomó de Morgan la confianza en la universalidad de la institución familiar pero rechaza el evolucionismo de éste.

Por lo tanto, es un error grave tratar de abordar el estudio de la familia con un espíritu dogmático. Ya que a cada instante, el objeto que se creía captar se escurre. Por ejemplo, desde Herodoto se puede decir que en la historia, la familia conyugal se encuentra con mucha frecuencia y en donde parece faltar es en general en sociedades muy evolucionadas y no, como se suele pensar, en las más rudimentarias o en las más simples. Así, lo que ilusoriamente tomamos por "evolución de la institución familiar" no sería sino una sucesión de elecciones entre distintas posibilidades, resultado de movimientos en sentidos diversos dentro de los límites de una red trazada de antemano (Lévi-Strauss, 1983).

Cuando observamos más de cerca, muchas formas de institución familiar, en lugar de parecerse antecedentes de la familia monogámica, nos parecen permutaciones posteriores de ésta, que han surgido como respuestas específicas a situaciones también específicas. Por ejemplo, en algunas sociedades poligámicas, se observa que, o bien se trata de un matrimonio monogámico con concubinas oficiales, o bien es la yuxtaposición de varias familias monogámicas donde el mismo hombre es el esposo de varias mujeres con hijos y morada aparte.

En algunos pueblos donde la paternidad es asunto espinoso, aunque exista la poliandria, sólo se considera como padre a aquel varón que cumplió con los ritos de paternidad, es decir, este tipo de poliandria es un matrimonio monogámico con varios concubinos oficiales.

Nos interrogamos con inquietud por las formas futuras de nuestras instituciones familiares. Es posible que ya existan prefiguradas en otras sociedades antiguas o contemporáneas. Un inventario razonado, como el que el estudio de la familia nos ofrece, nos permitirá percibir el devenir de nuestra institución familiar (Lévi-Strauss, 1983). Realmente, la pregunta más intrigante no consiste en determinar cuál ha sido la razón de que haya tantas formas de institución familiar, sino, más bien es la siguiente, si la universalidad de la familia monogámica no es el efecto de una ley natural, ¿cómo explicar entonces que se encuentre en casi todas partes?

POR QUÉ LA FAMILIA MONOGÁMICA

Entre las diferentes elecciones que han tomado los grupos humanos, existen algunas francamente extrañas, por ejemplo, en algunos pueblos se prescribían bodas entre adultos y niños, los cuales eran criados por su cónyuge y un amante oficial. Se creía que al cuidar al niño, el recuerdo de la experiencia formaría un lazo imborrable en él y aseguraría la felicidad del matrimonio. En otros casos, la familia conyugal procreaba pero no criaba y se fomentaba el intercambio de hijos para acrecentar el estatus de la pareja adoptiva.

Sin embargo, es sumamente común que la mayoría de los pueblos "prefiera" la familia conyugal o formas de organización que la toleran, por ejemplo, la familia extensa que es más doméstica que conyugal y que consiste en un grupo de parentesco que se subordina a una autoridad única generalmente el más viejo del grupo. Esta forma de organización era la de la gens romana que estaba constituida por varios troncos paternos, o las familias agnáticas más reducidas pero indivisa y que se sometían a la patria potestad del abuelo o pater familias (Lacan 1977). Parece ser que en occidente el surgimiento de la familia restringida fue aparejado al debilitamiento de la familia extendida, pero más bien lo anterior podría deberse al retorno a una forma más común de organización familiar

Actualmente existe una tendencia general que consiste en reconocer que la vida familiar, en el sentido en que nosotros le damos a esta expresión, existe en todas las sociedades humanas. La familia fundada en la unión más o menos duradera pero siempre socialmente aprobada de un hombre y una mujer que forman un hogar, que procrean y que crían hijos, estaría presente con frecuencia en todas las sociedades. La familia conyugal, tal como podemos observarla, sin embargo, no responde a una necesidad universal, no es pues, la expresión de un deseo universal y no está inscrita en los trasfondos de la naturaleza humana. Más bien representa una solución intermedia, un determinado estado de equilibrio entre varias formulas posibles y que otras sociedades han preferido efectivamente. Así, por ejemplo, el factor económico juega un papel, en los pueblos donde la poligamia está permitida. Sólo si el hombre tiene medios, tendrá más de una mujer y así, si no tiene medios para tener más de una mujer, tendrá que hacer de la necesidad una virtud. La monogamia es más extendida entonces porque en una situación normal y en ausencia de disparidad en los sexos, todo grupo humano se ajusta a la repartición de una mujer para cada hombre, (o de un hombre para cada mujer, como lo prefiera el lector).

Entonces, parecería que la práctica poligámica o poliándrica no depende de un mayor o menor desarrollo, o de una mayor o menor evolución de la sociedad, sino de la supresión, voluntaria o no, de algunos de los miembros de uno u otro sexo. Otra forma de explicar la practica poligámica y poliándrica podría depender de la imposición de una fuerte jerarquía social que le dará prerrogativas a una clase social o económica en particular.

La familia restringida no es el elemento base de la sociedad y tampoco es su producto, ya que la sociedad no puede existir más que oponiéndose a la familia, respetando al mismo tiempo sus constricciones. Para entender lo anterior, debemos de considerar junto con Lévi-Strauss (1983) que los antropólogos y sociólogos de la familia se dividen en dos:

Aquellos que, como Radcliff-Brown conceptualizan a la sociedad pensándola como un agregado de familias elementales formadas por un hombre, una mujer y sus hijos. Estos

antropólogos le dan primacía a la familia elemental ya que según ellos tiene un fundamento biológico y psicológico de suma importancia. Para estos autores, los demás vínculos sociales se reducen por extensión o derivación de aquellos que las consideraciones de orden biológico obligan a reconocer como únicos lazos primigenios. Ellos consideran que la filiación constituye el dato esencial para comprender las relaciones de la familia con la sociedad. Colocadas unas tras otras, las sucesivas filiaciones forman líneas de descendientes y la realidad de la familia se basa, para ellos, ante todo en su continuidad temporal. Considerada como institución, la familia refleja esta fidelidad lineal que conecta las generaciones.

Aquellos que, como Lévi-Strauss mismo, hacen hincapié en la trama, y consideran que debido a las prohibiciones matrimoniales, cada familia proviene de la unión de otras dos familias, es decir cada nueva familia proviene de la fragmentación de otras. Para ellos, la sociedad sólo permite que las familias restringidas duren un tiempo limitado, pero con la condición de que los miembros que las forman sean luego incorporados a otras familias. En estas fuerzas que tejen redes transversales de alianzas se aprecian los vínculos que sirven de base, e incluso engendran toda organización social.

Considerando lo anterior y enfocando el problema desde esta segunda posición, aquella que resalta el papel de la alianza, podemos decir que la sociedad desconfía de la familia y le cuestiona el derecho a existir como entidad separada. La sociedad no permite a las familias restringidas durar más que por un lapso medio, más corto o más largo según el caso, pero con la condición de que los individuos que las formen sean sin tregua desplazados, prestados, tomados, cedidos o rendidos de manera que, con los trozos de familias desmanteladas, puedan constituirse otras familias antes de caer a su vez en pedazos.

A PROPÓSITO DE LA FAMILIA EN LA ACTUALIDAD

El grupo reducido que compone la familia moderna no aparece ante el examen como una simplificación, sino más bien como una contracción de la institución familiar. Muestra una estructura profundamente compleja en la que más de un aspecto puede ser aclarado en mayor medida por las instituciones positivamente conocidas de la familia antigua, que mediante la hipótesis de una familia elemental que no se encuentra en ningún lado (Lacan 1977). Si hemos de considerar una familia elemental no es porque sea común sino porque muestra el funcionamiento de sistemas familiares más complejos. Nada sería más falso que reducir la familia a su fundamento natural. Ni el instinto de procreación, ni el instinto materno, ni los lazos afectivos entre marido y mujer y entre padres e hijos, ni la unión de todos estos factores, la explica. En todas las sociedades, la creación de una nueva familia tiene como condición absoluta la existencia previa de otras familias. La familia no se da sino en el proceso social de la alianza entre dos familias, su fin último es dar consistencia a un producto momento-estado de la sociedad.

Si con Lévi-Strauss (1983) podemos decir que la relación de las familias restringidas con la sociedad global no es estática, sino dinámica, y que se asemeja a las tensiones y a las oposiciones que se equilibran de manera precaria. Podemos pensar que las relaciones de parentesco entre familias funcionan como frenos sociales que impiden la esquismogénesis de un grupo o bien que puede ser posible que los antagonismos entre los diferentes subsistemas de la familia busquen una complementariedad, inclusive culturalmente fijada que sirva de freno social a las escapadas violentas de la familia. Por otra parte, se podría señalar que la exogamia busca el cambio de segundo orden a través

de la inclusión de nueva información al sistema familiar, y que por otra parte, la endogamia es un cambio de primer orden porque busca que no se modifique el sistema familiar.

Como dato adicional, tenemos el siguiente: Los estudios de género se podrían beneficiar de la intuición de que el matrimonio establece la división sexual de las tareas cuyo efecto es la interdependencia de los sexos que justifica la institución familiar, el sistema de alianzas, y por lo tanto, la continuidad de la sociedad. Sin embargo, las perspectivas que se abren con el estudio antropológico de la familia son tan amplias que tal vez podamos reflexionar en la siguiente frase de Lévi-Strauss(1983) que tiene un fuerte gusto sistémico:

"Se puede decir que las familias son en la sociedad como las pausas en el viaje, a la vez su condición y su negación".

"LA FAMILIA MEXICANA"

Tal vez, "la Familia Mexicana", es uno de los temas más difíciles de abordar, ya que en él se mezclan de forma irremediable lo que es, lo que debería ser, y lo que nos gustaría que fuera. Entonces, al que pretenda mostrar la realidad, por cruda que esta sea, se le tratará como a un criminal, y es que en efecto, eso es, un asesino de ensueños, un bocón mal advenido, al que se le juzgará como si la fantasía fuera la realidad y él quisiera, con sus "necios áridos y chatos" razonamientos descomponer este bello estado de cosas. Se le denostará, no por decir "esto es así", sino por recordar que "esto no es así". La necesidad de creer, en la "familia Mexicana perfecta" con todos los problemas que acarrea una negación de este tamaño, es por mucho superior a la promesa de beneficio que trae consigo el hecho de aceptar las cosas como son, para así después, con acuerdo a la realidad, poderlas modificar para bien. Para una gran cantidad de personas (académicos entre ellos) es pan de todos los días utilizar la estrategia que reza: "si dices una mentira el suficiente número de veces es muy probable que se vuelva realidad".

Así, durante un tiempo, los discursos oficiales por un lado, y la opinión popular por el otro, han sostenido lo siguiente: existe en México un tipo de organización familiar que es la "más normal", la "más ideal" y por lo tanto, resulta ser para nosotros la más común, la más frecuente. En cuanto a familia y valores familiares, México es "primero en el mundo y ejemplo de las naciones". La ilusión que se sostiene es la siguiente: "A semejanza de la Bandera Mexicana, el Escudo Nacional y la Virgen de Guadalupe, hay una Familia Mexicana que a la vez es símbolo de nuestros valores y patrón a aspirar en su prosecución" y continúa "la Familia Mexicana es una, siempre la misma, sin importar el tiempo y el espacio, constituye una realidad innegable".

Se suele, (tal y como se puede observar en las películas de Ismael Rodríguez) según esta ilusión, describir a la "Familia Mexicana" de la siguiente manera: "Un padre responsable, humilde, cumplido y trabajador; amoroso, pero severo, a quien se le teme, quiere y respeta desde la lejanía con una reverencia sagrada. Una madre buena y abnegada, capaz de dar todo por su familia sin pedir nada a cambio, paciente y dulce con sus hijos, sumisa y comprensiva con su esposo. Humilde en su saber, posee una respuesta sabia para todo. Hijos obedientes y buenos, traviosos pero inocentes, prestos a demostrar su cariño con esfuerzo y trabajo si es preciso, respetuosos ante todo". Esta familia, construida y constituida a imagen y semejanza de la "Sagrada Familia", sólo puede ser afectada desde afuera, sólo puede ser azotada por el infortunio o por la adversidad (que extrañamente se ceban más en los mexicanos) sin embargo, su "sólida

estructura” y sus “fuertes valores” la hacen ser resistente a todo y levantarse de entre sus cenizas una y otra vez. La “Familia Mexicana”, según éste ideal, debería estar constituida por la pareja parental, los hijos y en algunas ocasiones, por los abuelos que, tras enviudar, se mudarían con sus hijos y nietos para vivir con ellos bajo un clima de cooperación y armonía. Sin embargo, por ideal y deseable que esta configuración familiar pueda parecernos, en la gran mayoría de los casos la realidad no se ajusta (ni se ha ajustado) a ella.

En este esquema, aquellos que se alejaban de este ideal, eran retratados como víctimas de la necesidad o de alguna de las “fuerzas corruptoras” que “amenazan a las almas inherentemente buenas”, como por ejemplo “el dinero, la ciudad, el vicio o lo extranjero”. Generalmente estas “almas descarriadas” carecían de familia, ya sea que algo se las hubiese arrebatado o que ellos se hubiesen alejado de ellas. Se suponía que la “Familia Mexicana” es originariamente buena y para salvarla habría que mantenerla en su prístina pureza. Por último, todos los problemas, las desviaciones y los vicios se resolvían cuando el “extraviado” se reintegraba a su familia, única tabla de salvación que por lejana que estuviera siempre lo esperaba con los brazos abiertos. Esta “Familia Mexicana” es más un espejismo infantil, una aspiración de deseo, el mito de un paraíso anhelado proyectado al pasado, que un hecho concreto que se presente o que se haya presentado en México. Esta “Familia Mexicana” de existir, es por mucho la excepción y no la regla.

Por lo tanto, sostener la realidad de esta “Familia Mexicana” ideal no nos ayuda mucho en la comprensión de las verdaderas familias mexicanas, aquellas que como terapeutas familiares sistémicos pretendemos entender y ayudar. Nosotros, en tanto que trabajamos directamente con las “familias mexicanas”, (escrito en plural para así reflejar mejor su diversidad), no nos podemos dar el lujo de mantener esta ilusión y hasta cierto punto también habremos de soportar el encono que se despierta en los demás cuando se rasgan sus ilusiones. No puede ser de otra manera.

Para poder abordar mejor la realidad de las familias mexicanas, empecemos recordando que no hay ningún ingrediente único o específico del cual estén dotas. Lo que les da su particularidad a las diferentes familias mexicanas, al igual que a las diferentes familias en todo el mundo, no es otra cosa más que la idiosincrática combinación de los elementos, las necesidades, las constricciones, los afectos y los deseos que conforman a las familias en todo el mundo. Para comprender algo de las particularidades de las familias mexicanas, utilizando una metáfora olfativa, no hay que buscar su esencia única, sino percibir el delicado matiz de las diferentes notas, la calidez de la madera, la dulzura de los florales, la astringencia de los cítricos, la profundidad del almizcle etc.

Al respecto, una herramienta que nos permite apreciar esta combinatoria particular, es sin duda el análisis histórico-antropológico. No se puede entender ningún aspecto de lo mexicano sin hacer referencia a la historia y a las culturas que nos conformaron; la mexica por un lado y la española por el otro, con su particular mezcla de valores y elementos iberos, romanos y árabes. Una característica fundamental que hay que tomar en cuenta en cualquier estudio sobre mexicanidad es el hecho de que somos el producto del mestizaje y que este proceso no sólo consiste en la suma de las dos culturas anteriores sino un complejo proceso de adaptación de la nueva cultura que desplaza a la autóctona y que pugna por reducir la distancia con la cultura extranjera.

LA FAMILIA ENTRE LOS MEXICA

Comencemos pues, con el análisis de la familia en el México prehispánico. Obviamente hacer el recuento de las diferentes organizaciones familiares presentes en los pueblos mesoamericanos escapa de los alcances del presente texto, a manera de ejemplo de esta diversidad cultural recordemos que, como señala Moctezuma (1998) en el territorio mexicano antes de la conquista se hablaban más de 80 lenguas diferentes. Por lo tanto, en un corte arbitrario decidido por la importancia de la cultura mexicana, la tomaremos a ella como ejemplo de la organización familia prehispánica. Explicar la cotidianidad familiar del mexica resulta en extremo difícil, ya que, por una parte, es ardua de reconstruir; los únicos datos que tenemos provienen de textos seguramente modificados en grado sumo durante la conquista y la colonia, además de que la observación de las comunidades indígenas actuales tampoco aporta datos confiables puesto que han cambiado y se han modificadas por más de trescientos años como resultado de las influencias extranjeras y mestizas. Por otra parte; lo poco con lo que contamos, nos retrata una realidad completamente distinta a la nuestra como se vera a continuación.

Hay que señalar que, lo que para nosotros representa dos ámbitos separados de experiencia, es decir lo profano y lo religioso, para los mexica constituía una unidad indivisible. En su cosmovisión, la vida trascendente y la cotidiana estaban profundamente compenetradas. Y más aún, todo aquello susceptible de engendrar polos, entre ello el género, no podía sino pensarse sin el doble referente del todo y del opuesto. El pensamiento mexica con relación al género era bastante complejo ya que la misma complementariedad que se observaba en el día a día, también se expresaba en lo trascendente. Así tenemos que, de *Ometeotl*, la deidad originaria, se suponía emanaban dos aspectos de su ser de igual importancia *Ometecuhtli* “el señor de la dualidad”, su aspecto masculino y *Omecihuatl* “la señora de la dualidad”, su aspecto femenino. De estos principios que no podían unirse sin anularse, ni existir el uno sin el otro, al conjugarse, se originaban todas las cosas

Así, la conducta moral y los valores que se manifestaban entre los mexicas no eran como los nuestros, derivados de principios religiosos o de una cosmovisión filosófica, sino que constituían el ser mismo, la identidad de un pueblo que consideraba literalmente que ellos eran otra manifestación de *Huitzilopochtli*, la deidad suprema y que su territorio era una manifestación de *Ciuacoatl* la madre del genero humano. Cada acto cotidiano de un mexica aparte de su implicación práctica tenía una significación cosmológica concreta. Para la teocracia mexicana, que tenía una concepción circular del tiempo, el mantenimiento de los valores familiares era imprescindible no sólo para mantener la sociedad cohesionada o al imperio pujante sino al universo mismo existiendo. Cualquier desviación o corrupción de lo familiar produciría, implicaría y al mismo tiempo señalaría la destrucción del universo y el ocaso de los dioses.

Como resultado de esta comprensión holística del universo y no de un sojuzgamiento de género es que cada sexo estaba obligado para con ciertas cosas que lo sagrado les asignaba como propias y que, tanto en el caso del varón como de la mujer, eran pesadas de llevar. Ningún sexo tenía ventajas a expensas de otro. Como el análisis de la ceremonia del nacimiento muestra (García, 2003), el ombligo de los hombres se plantaba en el campo de batalla en donde debía, con su muerte, de reverenciar a la deidad y por otra parte, el ombligo de las mujeres se anclaba en el hogar desde donde a través de su trabajo sostendría la vida familiar. También el análisis de la recompensa ultraterrena

muestra estas mismas invariables del deber sagrado; Los varones ganarían el paraíso de *Huitzilopochtli* con su muerte en la guerra o en el sacrificio y las mujeres ganarían su recompensa en el más allá, al morir en el parto.

He aquí el ideal familiar prehispánico, La mujer sosteniendo el centro, el primer punto cardinal, como una flor, lo que implicaba la vida cotidiana, el fuego del hogar, la huerta familiar. El hombre conquistando los restantes cuatro puntos cardinales, como un colibrí, lo que implicaba, la vida pública, el brindar el sustento, la guerra y el comercio. La mujer, como la luna, marcando la pasividad, la regularidad, el cambio lento. El hombre, como el sol, marcando la actividad, el desgajamiento, el cambio rápido. De esta manera, aunque con una profunda diferencia en el ser de los sexos, cada uno con un rol específico, la sociedad mexicana dotaba de dignidad y complementariedad a cada sujeto que la conformaba. Aunque basada en otra ideología, religiosa y no sociológica, su postura ante la diferencia de los sexos se acercaba muchísimo a nuestra contemporánea y aún utópica equidad de género.

Sin embargo, se podría objetar que la equidad entre los géneros señalada aquí para el pueblo mexicano no era tal, puesto que existía la poligamia. Al respecto, como muestra Sandoval (1984), la poligamia es una constante sociológica presente en las sociedades guerreras con separación de trabajo por género, las cuales tienen que solucionar el problema de un gran número de mujeres adultas desamparadas por la falta de los varones muertos en la guerra. El pueblo mexicano no era la excepción, y aunque la esposa principal y los hijos de ella eran los únicos que tenían derechos sucesorios, las segundas esposas y sus hijos no tenían porque ser maltratados o menospreciados (como actualmente pasa) sino que tenían el derecho a ser protegidos, sostenidos y cuidados. Si el varón no cumplía con estas obligaciones o maltrataba a su mujer y sus hijos, ella podía pedir la separación legal. Los hombres también podían pedir la separación y aunque era más fácil para ellos, ésta no podía ser injustificada. Los derechos de los varones eran mayores, pero así también lo eran sus obligaciones para con los demás, sobre todo con las mujeres y los niños a quienes respetaban en grado extremo. Las mujeres tenían derecho a la propiedad y a seguir estudios avanzados, Algunas de ellas, conocidas como *ciuatzonli* (gran mujer) podían reunir poder político y su opinión era muy respetada. Por último no podemos olvidar el papel tan importante que jugaba en la política y en la moral del imperio mexicano la esposa del *Huey Tlatoani* (venerado gran portavoz) la *Huey ciuatlatoani* (venerada mujer granportavoz).

De cierta manera, el gobierno se organizaba bajo los mismos principios de la familia. Existía además del *huey tlatoani* un funcionario llamado "*Ciuacoatl*" o "mujer serpiente" que administraba la riqueza y los bienes públicos. Una característica primordial del pueblo mexicano era el hecho de que la totalidad de la población importaba en el momento de la toma de decisiones (Sandoval; 1984). Una cultura cuya cosmovisión consistía en el respeto a la totalidad, no podía prescindir de ninguno de sus elementos. Las decisiones del varón y la mujer, aunque diferentes, eran equivalentes. Así, casi todos los arreglos familiares se fundaban en estos valores. Se consideraba un valor fundamental tanto el respeto a los padres como su complemento, el amor hacia los hijos a quienes se les educaba con cariño y severidad al mismo tiempo. Hasta los 8 años el contacto con el niño era constante, suave y familiar. La relación entre el padre y el hijo era cercana. El niño aprendía su rol masculino directamente de su padre. La niña, por su parte, convivía con las otras mujeres y entre ellas crecía, por lo que contaba con un modelo constante de

feminidad y una enseñanza continua de las labores asignadas a su género. Después de los 8 años la educación se volvía más severa, se ingresaba a instituciones educativas, el *calmecal* (escuela de sacerdotes) y el *tepuzcalli* (escuela de guerreros). Todo este sólido edificio que compenetraba cada uno de los aspectos del ser del mexica gracias a la conquista fue destruido en pocos, poquísimos años y se trato de sustituir por esquemas diferentes de organización familiar que no podían aplicarse del todo dado el estado de guerra y sojuzgamiento del pueblo conquistado.

LOS VALORES FAMILIARES DEL PUEBLO CONQUISTADOR

Para entender el proceso de mestizaje que dio como resultado el surgimiento de la mexicanidad, es importante señalar el hecho de que, a diferencia del mestizaje que se da entre pueblos que comparten fronteras comunes y que consiste en un intercambio involuntario de dos vías entre ambos; en el caso particular de la conquista de México, el mestizaje fue un subproducto del intento consciente de los conquistadores de borrar de la faz de la tierra la sociedad y la cultura del pueblo sometido que a su vez buscaba permanecer sin importar el precio que hubiera de pagar por ello. El pueblo mexicano es el resultado del choque de dos fuerzas; el intento de una cultura (que no la nuestra), por sobrevivir y el intento de un grupo de poder (que tampoco somos nosotros) por imponerse. Con muy pocas excepciones Para el conquistador, tanto el ataviado con cota de malla y equipado con mosquete, como el que usaba sotana de lana cruda y enarbolaba crucifijos de madera tosca, el nuevo territorio no era un lugar para integrarse y comprender, sino un coto privado para expoliar y destruir; era un páramo llano para construir desde cero una “Nueva España”. Era un territorio donde los naturales eran vistos algunas veces como estorbos y otras más como recursos naturales disponibles para el saqueo.

Paradójicamente, aunque el grupo conquistador en general no estaba abierto al intercambio cultural con los naturales, sus valores y cosmovisión son a su vez producto de un largo proceso de intercambio cultural entre varios pueblos, entre diferentes concepciones del mundo, que poco a poco, a lo largo de los siglos fueron amalgamandose para construir una cultura española particular. Probablemente el pueblo español posee una de las culturas europeas que en mayor parte dependieron del mestizaje en su proceso de conformación.

VALORES ROMANOS. Originariamente la península ibérica fue ocupada por grupos autóctonos, entre ellos los cantabros, los vascos y precisamente los iberos. Posteriormente, durante varios siglos con el nombre de *Hispania*, España fue una de las provincias más occidentales del Imperio Romano adoptando las costumbres y los valores culturales latinos para así mezclarlos con los de los pueblos ya presentes y sometidos por el Imperio. Al igual que la mayoría de los pueblos establecidos en la cuenca del mediterráneo los romanos se organizaban bajo un sistema patriarcal, lo cual significaba una completa dependencia ante el varón más viejo de la familia y una segregación completa y activa de la mujer en casi todas las actividades publicas.

Así, mientras que los iberos, cantabros y vascos eran matrilineales y matrilocales y por eso guardaban gran respeto por las mujeres, al ser el pueblo romano patrilineal y patrilocal se adoptaron estos valores en detrimento del ancestral culto celta a la feminidad. Como resultado de esto, toda la vida de un hombre romano o romanizado dependía del padre. La carrera y desarrollo profesional de un ciudadano romano dependía por entero del apoyo de su padre y por lo consiguiente de su *gens*. Los varones

no se convertían en ciudadanos con plenos derechos sino hasta que el propio padre moría y de hecho, hasta el simple acto de nacer estaba impregnado por estos valores, ya que entre los romanos el recién nacido solo venía al mundo como resultado de una decisión del padre que en el momento del alumbramiento tomaba partido entre la *expositio* (abandono del recién nacido) o la *tollere* (aceptación dentro del grupo familiar). Lo anterior se debe a la poco frecuente práctica de los romanos quienes no solían criar a todos sus hijos sin importar a que estrato social se perteneciera. A su vez a los romanos les resultaba extraño que los egipcios, los germanos y los judíos no hicieran lo mismo que ellos y se llenaran de hijos que no podían mantener ni educar. El ideal romano era criar a lo sumo a sólo tres hijos. Entre el pueblo romano se podían distinguir tres grupos a los cuales el individuo se integraba:

Primeramente a su linaje o *gens* que se trasmitía por lado paterno (agnaticio) y que constituía la base de su lugar en la sociedad. Para el romano era más importante el deber que tenía con la *gens* que la obligación que pudiese sentir para con aquellos que llevasen su “sangre” y la frecuencia de adopciones entre las principales *gens* muestra lo anterior. Al respecto, hay que recordar que la adopción romana constituía una forma de alianza que no se reducía a dar cobijo a los niños pequeños sino que inclusive se podía y se solía adoptar a adolescentes e inclusive a hombres maduros que ayudaran a perpetuar una *gens* casi extinta y darle así mayor gloria. En segundo lugar se integraba a su familia propiamente dicha liderada por el varón adulto de más edad o *paterfamilias*. El padre, y con ello toda la familia paterna (*agnados*) tenían la obligación de ser estrictos, rígidos y severos con los hijos. La madre y por lo tanto también su familia (*cognados*), solían tratar al niño con dulzura y cariño.

Por último y sólo en algunos casos, también existía una vicefamilia donde el romano joven y de buena posición se criaba. La vicefamilia era el espacio donde transcurría la cotidianidad de los niños y estaba compuesta por un ama de cría, generalmente una esclava griega, un pedagogo que también se nombraba *nutritur* o *thropheus* y múltiples hermanos de leche. La razón por la cual no se criaban a los hijos con los padres biológicos, sino en *vicefamilias*, obedecía a la creencia de que el medio familiar era corruptor en si mismo, ya que los padres, por querer a sus hijos, nunca iban a ser lo suficientemente severos con ellos para educarlos adecuadamente. Siempre una *vicefamilia* sería más sana y estricta. La diferencia entre hombres y mujeres era muy marcada y señalaba una profunda diferencia de suerte para las personas. Mientras el varón, llegada la adolescencia, continuaba sin problemas sus estudios que, dicho sea de paso, tenían sólo el fin de embellecer su espíritu, se esperaba que la mujer se casara a los catorce años. La virginidad femenina era sacrosanta y se esperaba que una matrona, es decir, una madre de familia, fuera casta, virtuosa y sumisa. La mujer pasaba directamente de la tutela del padre a la tutela del esposo quien a partir del matrimonio podía tomar decisiones sobre su futuro y bienes. El sexo nunca resultó un pecado para los romanos varones, por el contrario, se le consideraba un placer que, al igual que los demás placeres, como la comida y la bebida, debían dosificarse para no afectar la salud. Por lo consiguiente, entre los romanos, la actitud ante el sexo era más higiénica que moral. No fue sino hasta que el imperio romano se cristianizó en el siglo IV que los valores judeocristianos fueron adoptándose y se comenzó a condenar no sólo al sexo, sino a todos los placeres en general, y que algunos valores clásicos como la virtud y la castidad tomaron su tinte moralista.

VALORES ÁRABES. Como resultado del desmembramiento del poder romano, del auge de los pueblos bárbaros, y el ascenso del Islam en el siglo VIII; El norte de España fue invadido por pueblos de origen germano romanizados y el sur de España fue ocupado, casi por ocho siglos, por musulmanes de origen berebere, liderados por una elite árabe. Resulta imposible entender el carácter del pueblo español si no se presta atención a la cultura islámica de Al-Andalus que fue una de las más florecientes de la edad media y que guardo durante está época oscura, la cultura griega y la latina. Sin embargo, más allá del posible esplendor de las cortes musulmanas, los valores tribales llanos de los pueblos berebere y árabe se infiltraron en la población española como se vera a continuación. Como señala Hourani (1999) Las familias árabes sólo podían sobrevivir gracias al intercurso de dos grupos externos; el grupo de parentesco y la aldea o tribu en la cual se hallaban. (En términos actuales hablaríamos de la familia extensa y del barrio o red social respectivamente). Para la sociedad árabe, el honor es el valor supremo y el que da consistencia a toda la sociedad a través de múltiples obligaciones reciprocas.

Básicamente el honor de un hombre árabe consiste en defender lo que es suyo y en responder oportunamente a las demandas de la familia y a las del grupo tribal. En un mundo donde el ámbito privado pertenece a las mujeres y el publico a los hombres es por honor que los hombres deben protección a sus mujeres (madres, hermanas, esposas, hijas) y a su vez es por honor que estas deben someterse a ellos. Los hombres no debían hacer nada que pudiera avergonzar tanto a su familia restringida, como a su grupo familiar extenso (*bent*), como a su tribu (*qawn*). Las mujeres a su vez no debían hacer nada que avergonzara a sus hombres (padres, hermanos, esposos, hijos). Aunque el Corán y los hadices afirma la igualdad entre hombres y mujeres y dotaba de múltiples derechos a éstas últimas, de hecho el orden social se basaba en la superioridad del varón. Cada varón podía tener hasta 4 mujeres con la condición de que las tratará igualitariamente. En la medida de que la familia contará con recursos, tanto a las mujeres como a los niños se les recluía en una parte especial de la casa llamada *harim* (*Harem*) donde se les protegía del “amenazante mundo exterior” y recibían los mejores cuidados que el dinero pudiera comprar. Por lo consiguiente cabe aclarar que para el musulmán varón, el harem es un espacio que permite proteger mejor a aquellos que están bajo su cuidado. No es el burdel privado que la leyenda negra suele retratar. El harem era un espacio donde se mantenía el honor y no donde este se perdía, de esta forma, algunos “sabios” islámicos aconsejaban que:

“una mujer debería abandonar su casa sólo en tres ocasiones: Cuando la conducen a casa del esposo, a la muerte de sus padres y cuando va a ocupar su propia tumba” (Ibn al-Hayy citado en Hourani; 1999)

Sin embargo, el estar recluida en el harem, no excluía del todo a la mujer de la participación social. Por una parte podían muy bien manejar sus bienes propios a través de intermediarios y por la otra con la edad adquirirían autoridad como madres o abuelas de varones destacados.

EL CRISOL ESPAÑOL. Cómo resultado de la “reconquista” española, que concluye exactamente un año antes del descubrimiento de América, España entera comienza a perseguir todo lo no católico en su territorio, sin embargo, como los valores no flotan en la cultura sino que dependen de condiciones externas, muchos de los valores árabes permanecieron tan arraigados en los españoles que no sólo no se pudieron erradicar sino que hubo que disfrazarlos y maquillarlos como valores cristianos creando un mosaico cultural complejo lleno de contradicciones. Así, los valores familiares del conquistador

derivados tanto del mundo árabe como de los germanos cristianizados eran más o menos los siguientes:

Aunque se absorbió la influencia germánica de organización familiar bilateral (que actualmente determina que tanto en España como en Latinoamérica tengamos dos apellidos) existía una marcada separación entre el mundo femenino y el masculino. La organización social siguió siendo patriarcal dotando a los varones con más derechos y libertades que a las mujeres. Aunque se mantuvo el concepto de honor dentro de la familia, los hombres tuvieron carta blanca para hacer y deshacer fuera de ella, creándose así, una doble moral que aún hoy persiste entre nosotros. El sexo para de los varones siguió siendo un placer que podían procurarse como mejor quisieran y aunque el cristianismo los hacía sentir culpables al respecto, proyectaban toda la culpa y el horror que esta les provocaba en las mujeres, dando como consecuencia que a lo largo de los siglos se acentuara la segregación y el desprecio hacía las mujeres y sus capacidades.

Entre los españoles de la reconquista y de la conquista de América la mujer no valía como persona sino sólo como medio de satisfacer las “bajas pasiones” o en el mejor de los casos como objeto de intercambio para asegurar la alianza entre las familias. De hecho, ante esta ambivalencia, la salvaguarda de la virginidad de las mujeres de la propia familia se vuelve igual de intensa que la búsqueda de los favores de las mujeres de otros.

En la España de la reconquista, al igual que en la época romana se siguió considerando al padre como la mayor autoridad y sus decisiones eran consideradas absolutas e inapelables. Se seguía considerando que el cariño malcria a los hijos a quienes en consecuencia se les trataba con severidad e incluso con crueldad. Se instituyeron algunos derechos germánicos como el de pernada que consistía en el derecho a la primicia del soberano sobre las mujeres casaderas y sobre las piezas de caza; El de sangre que excluía a los hijos naturales; Y el de primogenitura, mismo que a excepción del primero, dejaba a los demás hijos la tarea de hacerse una vida a costa de lo que fuera. Aunque dejó de practicarse la exposición del recién nacido, era común que los hijos crecieran con otras familias o que simplemente su familia no se ocupará de ellos. Los hijos bastardos despreciados por la sociedad y la iglesia, no tenían derecho alguno que reclamar condenándolos a ser parías sociales y religiosos toda su vida. Aunque la iglesia preocupada por los valores paganos promovió que la familia extensa perdiera importancia ante la familia nuclear, este fue un valor imposible de erradicar. Por otro lado sólo dentro de la organización familiar es cómo las mujeres tenían algo de cariño poder y respeto pero únicamente como madres o abuelas, pero nunca como pareja o esposa. La mujer, gracias a la religión culpigena, tenía que reprimir su sexualidad en el matrimonio y al varón en consecuencia se le toleraba que lo buscará afuera culpando en todo momento a una mujer (la esposa fría o la amante seductora) por ello.

LA FAMILIA DESPUÉS DE LA CONQUISTA

Aunque a muchos defensores de la hispanidad no les guste recordarlo, es importante señalar que las personas que llegaron al nuevo mundo y que participaron en su descubrimiento y su conquista, por mucho, no eran la crema y nata de la sociedad europea. La gran mayoría de ellos eran “galeotes” es decir presos comunes y corrientes a los que se les trasmutaba su pena corporal o en prisión por un viaje sin garantías a lo desconocido del mar.

Con relación a la motivación de la conquista, esta no estuvo guiada por el celo religioso o por el ansia de descubrimientos sino por la pura ambición de riquezas. Para decirlo de una forma sencilla, los viajes de descubrimiento no habían proporcionado dividendos a sus patrocinadores y lo que se buscaba con desesperación en la conquista era el oro de las siete ciudades de Cibola. Más allá del deseo de aventuras, de la necesidad de cristianizar o de la obligación para con el rey de someter; lo que los conquistadores querían era oro y en menor medida todo aquello que se pudiera aprovechar en el momento, por ejemplo mujeres o comida. Aunado al ser criminal de la mayoría de ellos, al sentirse tan lejos de España y de sus leyes se sentían con ciertos derechos de extraterritorialidad y buscaban resarcirse inmediatamente de todos los riesgos y temores que habían enfrentado y padecido en el embravecido mar o en la inhóspita jungla. De la misma manera que obras maestras de la orfebrería desaparecieron fundidas en lingotes de oro fáciles de transportar y que ejemplares sublimes del arte plumario fueron arrojados al fuego o al lodo por ser considerados estorbosos e inservibles; como señala Sandoval (1984) El principal efecto de la conquista fue la destrucción del orden social mexica y de toda posibilidad de reconstruirlo. Destrucción que a los españoles, salvo a unos cuantos (por ejemplo Fray Bartolomé de las casas) les valió un pepino.

Gran parte del efecto que tuvo la conquista en el pueblo mexica podemos atribuirlo al hecho ya comentado del entrelazamiento que para ellos existía entre los ámbitos profano y religioso. Al destruirse la sociedad mexica se dio el colapso de su cosmovisión dando como resultado que todo aquello en lo que creían quedo en entredicho. Por otra parte la familia y la tradición quedaron destruidas, la línea de descendencia perdida y el sentido de identidad pulverizado. La conquista separó a esposo de esposa, a padres de hijos a parientes y aliados por igual. La conquista alteró las propiedades, corrompió a los justos, destruyó las instituciones educativas y frenó la manifestación religiosa que sólo se reanuda cuando el pensamiento mágico cristiano se funda con el náhuatl

El varón que no fue muerto o perseguido fue sojuzgado, vejado y esclavizado por la fuerza. Para el español, este ser, el indígena no posee ninguna cualidad humana, probablemente, como el mismísimo Papa dudaba, ni siquiera tuviese alma que salvar por lo que no había porque andarse con tantas delicadezas con ellos. Se le marcaba como al ganado y como tal servía para alimentar a los perros. Solo servía para reventarlo trabajando en las minas, en las construcciones o en los campos de las encomiendas. Para el sentir del indígena, la situación era aún peor, su dignidad estaba por siempre pérdida, su posibilidad de una muerte digna negada, su existencia era una humillación sin fin a la que no se le podía poner fácilmente fin.

Con la conquista, la unión matrimonial como institución social desapareció de entre los mexica, la mujer perdió sus derechos y se convirtió en botín del conquistador. El español acostumbrado a satisfacerse sin remordimientos humilla y viola a diestra y siniestra sin preocuparse de la suerte de esta pareja forzada y ocasional ni mucho menos de la suerte de su posible descendencia que a lo mucho consideraban producto del pecado de bestialismo. Solo algunas mujeres principales, es decir nobles (por ejemplo las hijas de Moctezuma o de Nezahualcoyotl) después de bautizadas, fueron casadas con plebeyos españoles para que así ellos pudieran asegurar una pretendida legitimidad entre el gobierno y la nobleza española. Sin embargo, en la mayoría de las relaciones estables entre españoles y mexicas no existió una incorporación mutua porque el español no consideraba a su "pareja" como su igual. Por otra parte, las uniones no eran legales,

la iglesia no las permitía ni mucho menos las recomendaba. No había techo, mesa, ni destino común. La posibilidad de que un mexicana se uniera con una española era casi nula. Sobra decir que los productos de las uniones estables y ocasionales eran despreciados tanto por los mexicas que veían en ellos el producto de su sometimiento, como por los españoles que simplemente no los reconocían como propios o los asimilaban al grupo vencido.

Poco a poco comenzó a surgir una nueva raza que a lo largo de los años constituirá el grueso de nuestro pueblo, la raza mestiza o mexicana. Raza maldecida desde el útero por uno o ambos padres, rechazada tanto por unos como por otros. Cuando los mestizos eran aceptados, la madre mexicana tenía que absorber los dos roles parentales de forma casi automática. Desde la conquista ha sido muy evidente y muy consistente la falta de padre en la familia mestiza. Los hijos mestizos carente de padre como estaban y rechazados por el grupo de la madre, ignoraban quienes eran o a que mundo pertenecían. El doble rechazo los alejaba de los adultos, y al no convivir con ellos en lugar de aprender normas y tradiciones se entregaban al oportunismo, la malicia y la astucia para poder sobrevivir. Al mestizo identificarse con el indígena le resultaba imposible ya que amén de ser rechazados por ellos, compartir su destino de esclavitud y desprecio no era envidiable. Así que, el mestizo se esforzaban por el otro camino, trataba de asimilarse al español, obviamente no se podía integrar a su grupo, lo cual aunque imposible no impedía que siguiera deseándolo. Con este fin en mente a falta de aceptación venía la imitación adoptando el engaño, la traición, la depredación, la explotación del débil que practicaba el conquistador y que a sus ojos lo igualaba con él. El mestizo por lo consiguiente adoptará todo aquello que lo haga un chingón en lugar de un chingado (Paz, 1965). En consecuencia, el mestizo, es decir el actual mexicano, le teme a la humillación, al despojo, al desconocimiento, al abandono. De esa manera, desconfía de los otros mexicanos porque por experiencia sabe que hay que arrebatar para sobrevivir. Se adelanta al menosprecio antes que el otro lo menosprecie a él haciendo así imposible cualquier esperanza de progreso que como sabemos se basa en el pacto social.

Las familias mexicanas no dejan de acusar los efectos de la conquista. Primeramente, la ausencia de padre dota a la relación con la madre de un carácter inusualmente intenso. Por una parte la sociedad permite que se exprese entre madre e hijo una “seudoadoración” mutua que raya en lo religioso y que encubre los sentimientos de odio que se manifiestan, en el caso de la madre, con una sobreprotección castrante ante los hijos varones y una negligencia y desprecio constante ante las hijas. En el caso de los hijos varones, este odio denegado es sexualizado y transferido a otras mujeres, en especial hacía la pareja, a la que paradójicamente se le reclama cariño maternal, y en el caso de las mujeres, las empuja a una rivalidad constante con las otras mujeres y aumenta el descuido y menosprecio hacia las hijas.

En segundo término, tenemos que en el mexicano la expectativa buena y mala ante el matrimonio es mayor y por lo tanto la desilusión y el resentimiento son mayores. Las parejas mexicanas, como señala Sandoval (1984) “Son reticentes en su entrega al matrimonio por resentimientos y temor, sentimientos que prevalecen sobre el anhelo de amor y completad”. El varón mexicano teme al matrimonio porque en lugar de representarle la realización de su hombría es para él, el regreso a una posición de dependencia infantil ante la nueva esposa-madre. La mujer mexicana teme al matrimonio porque no representa para ella un futuro prometedor, sino la muerte de sus sueños a

manos de las pesadas e idealizadas obligaciones de esposa y madre que tendrá que sufrir en compañía (o mejor dicho en ausencia) de un varón frustrante y egoísta. El matrimonio para la mayoría de los mexicanos no representa una ocasión de alegría, sino el comienzo de un vacío interior coronado por la fatalidad y la resignación idealizadas por la religión católica como precio a pagar por el pecado original.

Por último, si en la mayoría de las culturas los matrimonios son motivo de alianza entre dos grupos familiares extensos, en el caso de los mexicanos suelen darse dos panoramas distintos, primero tenemos, la asimilación de uno de los miembros del matrimonio, generalmente el varón, a la familia extensa del otro miembro, o bien un clima de continua y mutua hostilidad entre las dos familias extensas que no permite la consolidación de la familia nuclear con asimilación de los hijos a una de las familias extensas, generalmente la materna, y una educación de constante encono y azuzamiento hacia la otra.

Entender la familia en México no es tan sencillo como estudiar a ese pequeño grupo reducido conocido como familia nuclear sobre el que tratan los manuales americanos de terapia familiar, pero tampoco se trata de enfocarse a estudiar como única realidad posible y dada a la familia extensa. Entender la familia mexicana comprende el estudio de una compleja red de interrelaciones entre ambas organizaciones que es ideosincrática de nuestra cultura. La intervención terapéutica con familias mexicanas no puede obviar la influencia de ninguna de estas dos organizaciones so pena de ser fallida.

Se solía pensar, influenciados por la realidad norteamericana, que el convivir cotidianamente con la familia extensa es un rasgo de patología y una constante fuente de conflicto para la familia nuclear, sin embargo es innegable la capacidad que tiene esta de brindar apoyo y ayuda constante, es decir de servir como una eficaz red social. Ante esta realidad compleja tenemos que reconocer que es necesario desarrollar modelos de intervención sistémicos que permitan la intervención en la familia extensa respetando su función de red y optimizar así su funcionamiento. De la misma manera que la estomatología moderna se horroriza ante el absurdo de extraer una pieza cariada que se puede rescatar, debemos de reprobarnos todas aquellas intervenciones en terapia familiar que buscan separar a la familia nuclear de la familia extensa con el pretexto de higienizar el ambiente psicológico familiar.

SOCIODEMOGRAFÍA DE LAS FAMILIAS MEXICANAS ACTUALES

Alejándonos del punto de vista cualitativo de carácter antropológico y sociológico que arriba se ha venido desarrollando y aproximándonos a la visión demográfica que principalmente aporta datos cuantitativos, se nos revela otra forma de abordar el problema de la descripción de las familias mexicanas actuales. Para tal fin, se puede hacer uso de distintos ejes de comprensión derivados de la aplicación de medidas objetivas de carácter estadístico tales como el ingreso económico bruto de cada unidad familiar o el número de integrantes que la conforman. Como señala Moctezuma (1998) Entre estos posibles ejes tenemos:

A) La zona geográfica y cultural a la cual pertenecen. En el caso de la República Mexicana, tradicionalmente se ha usado una división gruesa de su territorio para delimitar tres zonas geográficas con situaciones socioeconómicas y culturales específicas. Dichas zonas son las siguientes

- 1) La zona norte, que comprende el altiplano, así como los territorios fronterizos con Estados Unidos. Se caracteriza por un menor porcentaje de mestizaje indígena en la conformación de su población y por una gran influencia norteamericana en su cultura.
- 2) La zona centro, que comprende el valle del Anahuac, el Bajío, el centro-pacífico y el centro-golfo. Es la zona con mayor mestizaje indígena y además es la que cuenta con mayor porcentaje de población de la república. Desde un punto de vista sociocultural, como señala Moctezuma (1998) aquí se conforma el prototipo de las familias mexicanas.
- 3) La zona sur, que comprende el istmo y la península de Yucatán. Existe poco mestizaje, hay predominio indígena. Esta zona está marcada por grandes contrastes socioeconómicos. Es una área rica en cultura y pobre en recursos monetarios.

B) *El eje urbano-rural de residencia.* A diferencia del anterior que se podía delimitar con índices geográficos, el Eje urbano-rural de residencia es un continuo entre las dos condiciones que se desplaza gracias a procesos tales como la migración y la constante urbanización de las zonas rurales. De esta forma se puede observar que mientras que algunos emigrantes, principalmente hombres, al regresar a sus lugares de origen principalmente de Estados Unidos “importan al campo” patrones culturales urbanos, las familias que emigran del campo a la ciudad tienden a mantener patrones culturales y de organización social en la urbe.

En las regiones rurales, las relaciones personales son cara a cara con una gran vinculación social y máxima lealtad interna, lo cual mantiene el sentimiento de pertenecer a una misma comunidad, a un mismo pueblo pero en la que la más ligera desviación a las normas de conducta acarrea el ostracismo y la segregación del grupo. La organización familiar es extensa con marcadas divisiones de trabajo no sólo por género sino por generación. Existe un marcado sentimiento de continuidad temporal. Aunque *de jure* el varón es la principal figura de autoridad *de facto* es la mujer la que controla y cohesionan el grupo familiar. La vida religiosa es muy importante y con su devenir marca el paso del tiempo con sus fiestas y celebraciones.

En las regiones urbanas, las relaciones personales presentan una dinámica individualista, egocéntrica y anónima. Un valor que predomina es la orientación al logro y al consumo. Las familias aspiran a una organización nuclear cuando de hecho, lo que se da, es una familia extensa en la cual las jerarquías y los límites no son suficientemente claros. Se observa entonces una familia extensa que en lugar de funcionar como red social es promiscua y fuente de problemas. La autoridad hacia los hijos es menor, el respeto a los padres y abuelos se pierde y la religiosidad se mantiene más como costumbre supersticiosa que como práctica viva.

C) *El nivel socioeconómico en el cual se reparten.* Aunque existen medidas económicas claras sobre la cantidad de ingreso *per familia* que indican a que grupo se pertenece, clase pobre, media o alta con sus consabidas subdivisiones, en el caso de nuestra práctica, tal vez sea más útil clasificar a las familias de la siguiente manera. Aquí se propone que se distinga entre tres grupos económicos principales:

- 1) Familias para las cuales la subsistencia es un problema. Que por lo tanto son familias cuyas principales problemáticas consisten en todas aquellas relacionadas con la subsistencia diaria. Es común observar en ellas negligencia y maltrato hacia los hijos que por el trabajo no se pueden cuidar o en los cuales se descargan las frustraciones de la vida cotidiana. Por otra parte se aprecia rencor y encono hacia el cónyuge al cual se

experimenta como incapaz para mejorar la situación familiar, cuando no insensible ante ellas.

2) Familias sin problemas de subsistencia con aspiraciones económicas insatisfechas. Aquí se agrupan todos aquellos grupos familiares para los cuales la comida, el techo y el vestido están relativamente seguros pero que una vez cubiertos éstos, no cuentan con un excedente económico considerable. En estas familias, las problemáticas suelen estar ligadas a la educación de los hijos y a la expresión de los afectos. Hay tiempo y recursos suficientes para que la familia se preocupe por su bienestar psicológico.

3) Familias sin problemas de subsistencia y con aspiraciones económicas satisfechas. Los principales satisfactores no son problema en lo absoluto y el excedente económico es considerable, por lo cual se pueden permitir lujos. Al igual que las familias del apartado anterior sus problemas están ligados a la expresión de los afectos y a la relación con los hijos pero agravados por las posibilidades negativas que la abundancia brinda.

La importancia que para nosotros tiene esta descripción sociodemográfica, va más allá de la mera estadística, ya que nos permite dibujar la dispersión epidemiológica de los distintos padecimientos y problemáticas que aquejan a las familias mexicanas. Por otra parte, nos permite identificar recursos y potencialidades entre los diferentes grupos descritos que le son característicos ayudándonos a elegir mejor las modalidades de intervención que se han probado más adecuadas para los diferentes estratos.

III. PROBLEMÁTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL, PROBLEMÁTICAS DE LA FAMILIA

INTRODUCCIÓN

Partiendo desde un punto de vista estrictamente sistémico, el distinguir entre problemáticas familiares y problemáticas individuales carece de sentido. Si hay algo que el enfoque sistémico se esfuerza en exponer, es el hecho de que toda problemática relacional afecta al sujeto y que toda problemática del sujeto repercute en sus relaciones. Por otra parte, tratar de identificar “cuál es la causa etiológica de la problemática” es aún más ocioso que preguntarse “qué fue primero, el huevo o la gallina”. En este sentido, no sería exagerado señalar que todas las problemáticas de salud, incluyendo por supuesto, las problemáticas de salud mental pueden denominarse con justa razón problemáticas familiares y además, se puede agregar, que toda problemática de salud se podría abordar provechosamente a través de una intervención sistémica. Sin embargo, tampoco se debe, ni se puede sostener que la intervención sistémica sea la panacea, ni mucho menos, que hay que prescindir, a favor de ella, de cualquier otro tipo de intervención o enfoque terapéutico. La terapia familiar sistémica, al igual que los demás tipos de terapéutica psicológica, cuenta con indicaciones y contraindicaciones de prescripción, mismas que se deben de respetar para conseguir que esta herramienta sea útil y así brinde los frutos para los cuales fue creada.

No obstante, que para fines teóricos sea innecesario distinguir entre problemáticas individuales y problemáticas familiares, para fines prácticos esta distinción cobra mayor importancia. ¿Por qué?...Planteemos las cosas de la siguiente manera: porque en algunos casos los factores individuales juegan un papel más importante en la conformación de la problemática a tratar y que por lo tanto denominaremos problemática intrasubjetiva. En algunos otros casos son principalmente los factores relacionales los que determinan la

aparición y el mantenimiento de una dificultad por lo cual habremos de nombrarlas problemáticas intersubjetivas o relacionales.

Aunque parezca obvia, la distinción entre ambas, el diagnóstico diferencial no siempre es fácil de realizar, ya que también tenemos que contemplar que en el campo de la salud mental, se pueden identificar otros dos grandes tipos de problemáticas, a saber: aquellas que sin importar si son intra ó inter subjetivas afectan más al individuo por lo que su tratamiento generalmente suele ser el convencional; Y aquellas que también sin importar si son inter ó intra subjetivas impactan más a los grupos, es decir, pareja, familia, escuela o grupo de trabajo cuyo tratamiento suele ser a través del enfoque sistémico. Aunque estas divisiones podrían parecer bastante claras e incluso sencillas, en la práctica, caracterizar una problemática dentro de uno u otro campo suele ser bastante complicado. Y por lo tanto la decisión sobre la mejor forma de intervención tampoco suele ser sencilla.

¿A qué me refiero con lo anterior? Veamos algunos ejemplos: Un niño con dificultades de aprendizaje bien rápido podría clasificarse dentro de las problemáticas intrasubjetivas, mientras que un matrimonio donde la mujer se queja de la infidelidad del esposo, en primera instancia no cabría duda que fácilmente se podría insertar dentro de las problemáticas intersubjetivas. Pero ¿será así de sencillo? ¿Qué tal si las dificultades de aprendizaje del niño se presentan únicamente con una maestra especialmente dura y poco comprensiva?, ¿podría ser que el problema entonces fuera intersubjetivo? Y ¿que tal si la esposa padeciera una psicosis endógena que la lleva a una celotipia delirante? ¿Formaría parte del grupo intrasubjetivo?

Como se observó, la única forma en que se puede prescribir una terapéutica adecuada depende del profundo análisis clínico del caso y de la honestidad del tratante que le impida empañar su visión ante un apego de escuela o grupo. Sin embargo, a mi juicio, hay otros elementos que sirven para poder prescribir con éxito que tipo de intervención es la más adecuada, entre ellos tenemos la cantidad de recursos económicos, materiales y humanos tanto de la familia o el cliente tratado como de la institución tratante; la disponibilidad de tiempo de ambos y sobre todas las cosas, el tipo de demanda de servicio que hace. Sobre lo anterior me gustaría explayarme un poco más.

Algunos autores, (por ejemplo Miller et. al; 1999) al analizar los factores que determinan el éxito de los procesos terapéuticos, señalan la importancia de los factores atribuibles a los clientes en la prosecución del éxito terapéutico. Entre los factores atribuibles al cliente aquellos que contribuyen en mayor medida al éxito terapéutico son el deseo sincero y comprometido de emprender un proceso terapéutico y la confianza en obtener resultados positivos. Así, de nada sirve emprender un proceso terapéutico en el cual el cliente no esta comprometido. Ningún cliente obtendrá resultados positivos si se embarca en un proceso que directa o indirectamente no haya sido solicitado por él. Por lo tanto, creo que aquellos casos en los cuales sólo hay un interesado en atenderse, deben manejarse únicamente con dicho interesado en un esquema de terapia individual, lo cual, como se señaló anteriormente, no excluye que el terapeuta utilice un enfoque sistémico. Por el contrario, todos los miembros involucrados, que manifiesten interés sincero en la problemática deberán tarde o temprano; en mayor o menor medida, recibir una atención terapéutica ya sea de forma conjunta o en distintos espacios terapéuticos.

PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS DE LAS FAMILIAS MEXICANAS

Manteniendo en mente la dificultad práctica de deslindar entre dificultades “familiares” e “individuales”; se pueden señalar problemáticas tanto intrasubjetivas como eminentemente relacionales que claramente impactan a una gran cantidad de familias mexicanas. Además, durante el tiempo de residencia que comprende este reporte de experiencia profesional, estas problemáticas estuvieron presentes en mayor o menor medida en los casos que se atendieron. Por consiguiente, en el contexto del presente trabajo, es necesario que a dichas problemáticas se les dedique un espacio que sin ser exhaustivo y sin comprender todo el espectro de posibles problemas, permita analizar con mayor amplitud y detenimiento aquellas que son más frecuentes en nuestra práctica. Dichas problemáticas son las siguientes: Problemas de pareja; Alcoholismo, tabaquismo y drogadicción; Problemas alimenticios; Violencia familiar; Problemas relacionados con los hijos; Problemas derivados de condiciones sociales adversas.

PROBLEMAS DE PAREJA.

Como se ha señalado en apartados anteriores, la pareja humana es el origen y la base de la institución familiar. Si anteriormente el objetivo del matrimonio consistía en asegurar la seguridad y la supervivencia, ahora cada vez se da mayor importancia a la necesidad de compañerismo y amor recíproco. De tal forma, primeramente constituida en su carácter de pareja conyugal, la pareja humana tiene que enfrentar toda una serie de dificultades emanadas del simple hecho que implica el que convivan dos adultos fuertemente unidos por lazos afectivos, altas expectativas recíprocas con relación al futuro, y además, corresponsables de un destino común. Posteriormente, con el nacimiento de los hijos, al devenir pareja parental, las dificultades no sólo no disminuyen, sino que ganan en profundidad y complejidad debido a la responsabilidad extra que implica cuidar y guiar a la descendencia en común. Al hablar de problemática de pareja, es necesario hacer notar que nuestra preocupación principal radica en identificar aquellas situaciones donde el ajuste relacional es precario o deficiente. Así, encontramos que estas dificultades son de diferentes tipos, orígenes e intensidad. La importancia de tratarlas radica en el hecho de que si bien algunas sólo afectan el funcionamiento de las parejas trayendo sufrimiento y angustia a sus miembros, otras amenazan la existencia misma del vínculo y por ende la estabilidad familiar, en primera instancia y de una forma más amplia, el de la sociedad en su conjunto. Tratar con la profundidad y detenimiento debido todas y cada una de estas dificultades, es por mucho, algo que escapa de la presente exposición, sin embargo nos permitimos hacer un breve recuento de aquella que son más frecuentemente observadas en la práctica terapéutica.

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA FALTA DE COMUNICACIÓN. Según señalan los estudios de género, por motivos culturales, sociales e inclusive, tal vez biológicos, los patrones de comunicación tanto en su modalidad analógica como en la digital son muy diferentes entre hombres y mujeres. En primera instancia, la edad a la que las mujeres comienza a hablar es menor que la edad a la que los hombres suelen hacerlo. Aunque las mujeres se comunican de forma verbal con mayor frecuencia que los hombres, ellas suelen estar más atentas y son más hábiles para entender el lenguaje corporal. Como resultado de lo anterior, para algunos varones resultan francamente incomprensibles las reacciones de algunas mujeres a una comunicación analógica que para ellas resulta obvia y que ellos ni siquiera llegaron a percibir. Por otro lado, los hombres se comunican verbalmente con menos frecuencia, pero sus interacciones verbales tienden a ser más pragmáticas que sociales. De ahí que mientras los hombres se enfocan a la solución de problemas, las

mujeres se enfocan a la comprensión de los mismos. Como resultado de lo anterior se origina la siguiente confusión: de forma general, las mujeres tienen la impresión de que los hombres hablan poco y revelan de sí mismos menos que ellas, por lo consiguiente, los experimentan como emocionalmente alejados y afectivamente distantes. A sí mismo, los hombres generalmente tienen la impresión de que las mujeres hablan de más y sin propósito alguno, por lo que las experimentan como nerviosas y superficiales y suelen no prestarles mucha atención ya que hacer esto se les dificulta. Cuando estas diferencias son muy acusadas en una pareja suele pasar que la comunicación mutua se va deteriorando poco a poco creándose una separación real entre ambos miembros que va minando la confianza mutua y el afecto entre los cónyuges. Por otra parte no podemos negar algunos factores culturales de expectativa de comportamiento por género y dentro del matrimonio que fomentan actitudes tales como los secretos entre los cónyuges y algunas formas de respeto mal entendido que evitan tratar algunos temas en pareja.

PROBLEMAS DERIVADOS DEL EXCESO DE COMUNICACIÓN. Contrariamente a la opinión general, no sólo la falta de comunicación genera problemáticas en la pareja, sino que también lo puede hacer y de una forma muy destructiva el exceso de comunicación. El exceso de comunicación en una pareja puede manifestarse de formas muy variadas, por ejemplo como una falta de límites ya sea entre los miembros de la pareja y entre la pareja y los otros. Así un cónyuge que no se permite mantener fuera de contacto de sus otros roles a su pareja, puede tener severos problemas tanto en el trabajo, como con su familia extensa o con su grupo de amigos. Por otro lado, cuando la familia extensa o el grupo de amigos se involucra demasiado en la conflictiva de pareja, en lugar de colaborar a resolver sus problemas pueden, sin proponérselo incluso, agravarlos aún más generando escalamientos o escapadas.

FALTA DE RECIPROCIDAD EN LA RELACIÓN. Una de las principales expectativas que espera cumplir un individuo cuando se casa es la satisfacción de sus necesidades afectivas y materiales con ayuda de su cónyuge y recíprocamente, movido por amor y altruismo espera colaborar en la satisfacción de las necesidades afectivas y materiales de su pareja. Sin embargo, hay una gran cantidad de situaciones en las cuales esta reciprocidad no existe o bien no es percibida como tal por uno o ambos miembros de la pareja. Uno de los casos más tristes es aquel en que concientemente uno de los cónyuges espera engañar al otro, bajo esta circunstancia, es poco lo que se puede hacer, salvo desengañar al cónyuge engañado y ayudarlo a superar la difícil y dolorosa situación. Generalmente la realidad de la problemática no es tan drástica y lo que ocurre es que; o bien que el cónyuge no puede cumplir con la expectativa del otro, o bien que uno de los miembros de la pareja no ha podido expresar sus necesidades de forma tal que sean entendibles por su pareja. Por último, como apuntábamos más arriba, puede pasar que las expectativas del hombre o la mujer sean irreales o neuróticas, resultando así imposible que estas sean satisfechas, o que si lo son esto represente un alto costo para la integridad física y psicológica de la pareja. En este caso, lo que terapéuticamente procede es señalar el carácter imposible o patológico de la necesidad insatisfecha y esforzar por esta vía su abandono, resignación o rectificación de acuerdo a la realidad. Por último, tenemos aquellos casos en los que la falta de reciprocidad es más una percepción equivocada que una realidad tangible, la tarea terapéutica en estos casos consistirá precisamente en revisar las causas individuales y relacionales de dicha distorsión para poder de esta manera conseguir la aceptación de lo anterior por ende el mejoramiento de la vida de pareja.

PROBLEMÁTICA SEXUAL. Aunque el lugar que la sociedad sanciona como el único permitido para el ejercicio y disfrute de la sexualidad es el lecho conyugal, sabemos que en la práctica no es así. Mientras que la principal problemática sexual de las parejas no casadas radica en la contracepción y las enfermedades de transmisión sexual, al casarse la pareja se debe también enfrentar al hecho de que las relaciones sexuales matrimoniales no son necesariamente placenteras. De cierta forma, este apartado podría vincularse con el anterior de forma tal que hablásemos de falta de reciprocidad sexual, pero el problema va aún más allá. Partamos, por inicio del hecho de que a casi cuarenta años de la revolución sexual éste sigue siendo un tema espinoso del cual no discuten los esposos y mucho menos se habla a los hijos. La problemática sexual muy frecuentemente se origina en la falta de educación sexual que perpetúa concepciones equivocadas y prácticas sexuales casi supersticiosas. Otro factor que aporta en grado sumo motivos de insatisfacción sexual es la desigualdad de género ante la sexualidad. Las problemáticas sexuales repercuten en otras áreas de la pareja y su abordaje en algunas ocasiones resulta imprescindible para poder resolver otro tipo de conflictos.

INFIDELIDAD. Como señala Frank Pittman (1994), la infidelidad es un fraude, la traición a una relación, la violación de un convenio establecido en la pareja con relación a la mutua exclusividad sexual. En palabras del mismo Pittman, “la infidelidad es una deshonestidad sexual intraconyugal”. Aunque dicho convenio mutuo puede ser tan abierto o tan restringido como la pareja lo haya establecido, la infidelidad siempre implica la realización real de un acto de naturaleza sexual entre un miembro de la pareja y alguien más. La infidelidad obviamente puede destruir un matrimonio, pero esto no se debe a que sea dañina en su aspecto sexual (salvo que implique el contagio de una enfermedad sexual) sino que, al ser un engaño, termina desconcertando y desilusionando al otro. La infidelidad implica que aquel a quien se ha amado y en quien se ha confiado durante buena parte de la vida, ha venido guardando secretos culpables y ha dicho mentiras graves, destruyendo así la confianza que había sido depositada en él.

Aunque pareciera que el hastío ante la relación actual y el amor hacia alguien nuevo tiene mucho que ver, generalmente, lo que experimenta el infiel es mucho rencor e ira hacia su cónyuge actual que siente que lo ha lastimado, hacia su compañero de infidelidad a quien deja en un segundo plano de su vida, hacia el matrimonio como institución social que restringe una mal entendida libertad y sobre todo, hacia el sexo opuesto en general ha quien no respeta mucho. Los valores de nuestra sociedad, hacen que esperemos que los matrimonios sean monogámicos y consideramos que un matrimonio sólo puede ser feliz y exitoso si consigue guardar la fidelidad, pero, a pesar de eso muchas personas consideran que la infidelidad matrimonial es algo predecible e inevitable, pero pocas de ellas tienen la suficiente presencia de ánimo para tolerarla si les ocurre en carne propia. Muchos infieles consideran que mientras que no se sepa ni se divulgue, la infidelidad es aceptable, sin embargo olvidan que a quienes ofenden no son a los vecinos, ni al que dirán, sino a sus seres queridos y que deseándolo o no, terminan ocasionándoles un daño casi irreparable. En este sentido, la labor del terapeuta familiar no consistirá en adoptar una postura moral que castigue o satanice al infiel sino que, en primera instancia, tratará de descubrir las posibles causas de la infidelidad para tratarlas y remediarlas. Posteriormente buscará sanar las heridas producidas en la confianza y el amor del otro.

SEPARACIÓN Y DIVORCIO. Mientras que, como señala el INEGI (2000), la tasa bruta de nupcialidad ha disminuido de 7.0 para cada mil habitantes en 1970 a 5.6 para cada mil habitantes en 2000; la relación divorcios-matrimonios ha aumentado, ya que en 1970 sólo se divorciaba el 3.2 % de parejas que se casaban y en 2003 el porcentaje fue de 11.0 %. Sin embargo a esta cifra debemos de aumentar un número indeterminado de matrimonios que aunque no se divorcien legalmente terminan, por diversos motivos, separándose. Las causas de la separación y el divorcio son muchas y muy variadas. Entre los factores que contribuyen, tenemos la infidelidad, la falta de comunicación en la pareja, el resentimiento mutuo, el desconocimiento de la pareja debido a uniones apresuradas u obligadas, la incapacidad de uno o ambos cónyuges para asumir su responsabilidad adulta, la violencia familiar, la pobreza, las diferencias socioculturales y económicas entre los miembros de la pareja, las adicciones, la migración, etc. La terapia familiar, puede en muchos casos prevenir las separaciones atacando la problemática de fondo que origina el conflicto, y en la mayoría de los casos puede tratar exitosamente los efectos y las consecuencias que en los miembros de la pareja y la familia tiene el divorcio y la separación. Para poder entender los efectos que la separación conyugal tiene, es necesario hacer una división artificial entre los efectos que ésta tiene en los cónyuges y los efectos que tiene en los hijos. Generalmente, los miembros de una pareja involucrada en un proceso de separación, experimentan sentimientos de derrota y decepción por el proyecto en común que se va a pique. Aquel que promueve la separación experimenta culpa, ya que se siente responsable por desmembrar la familia. Aquel que no promueve la separación vive intensos sentimientos de rechazo y autodevaluación ya que generalmente se explica la situación como resultado de carencias reales o imaginarias.

Para los hijos, el divorcio implica el rompimiento de la cotidianidad y la destrucción casi total de su forma de vida. Surge en ellos un profundo conflicto de lealtades entre los padres ya que no hay manera de quedar bien con ambos, así como un profundo resentimiento hacia aquel o aquellos que están provocando la situación, es decir uno o ambos padres y de haberlo el tercero en discordia. Otros hijos, especialmente cuando son pequeños experimentan el divorcio y la separación como el resultado de su mal comportamiento y se sienten responsables de la infelicidad de la familia. Posteriormente, el divorcio y la separación también pueden implicar un cambio sustancial en el nivel de vida, y en los patrones de educación y crianza. Otro cambio que seguramente implicará más adelante será el proceso de reconstrucción familiar.

ADICCIONES

Una de las constantes en todas las culturas humanas, es precisamente el uso de sustancias capaces de alterar la percepción, producir otros estados de conciencia, anestesiar el cuerpo y producir sensaciones agradables, y de forma paralela, una de las mayores dificultades a las cuales se han enfrentado todas las culturas es el abuso que algunos de sus miembros hacen de estas sustancias. En la actualidad, un grave problema de salud es aquel provocado por la adicción al alcohol, al tabaco y a las drogas.

ALCOHOLISMO. Actualmente existen dos tendencias en el abordaje de esta problemática, aquella que lo considera una enfermedad aunque no se puede sostener que tenga una etiología única o una manifestación patológica clara; y aquella que lo considera un síndrome complejo en el que diversas influencias biológicas, psicológicas y sociales se conjugan para determinar su aparición y mantenimiento (Molina, 1982). El papel que la terapia familiar sistémica tiene en el tratamiento del alcoholismo consiste en incidir tanto

en los factores psicológicos como en los sociales que originan este padecimiento. Por otra parte, es importante también señalar que el alcoholismo no es algo que le pasa a un sujeto solo, aislado, sino que también constituye una fuente continua de trastornos familiares, y a su vez la aparición y recurrencia de dichas problemáticas dentro del seno de la familia afectan al paciente identificado. Como Steinglass y col. (1997) señalan, el tratamiento del alcoholismo suele puede ser exitoso si se realiza tomando en cuenta a todo el sistema familiar, mismo que podemos definir como “familia alcohólica”, ya que este padecimiento deviene el principio organizador central en torno al cual se estructura la vida en familia, y en consecuencia desterrar al alcoholismo no es tan sencillo como únicamente mantener sobrio al alcohólico, sino que implica una reestructuración del funcionamiento familiar alrededor de principios organizadores más sanos y maduros.

TABAQUISMO. Uno de los grandes retos en salud pública consiste en poder abatir el problema del tabaquismo, ya que en México constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Al igual que todos los padecimientos que tardan en manifestar sus efectos, el tabaquismo no es considerado un problema por quien lo padece hasta cuando generalmente ya es muy tarde. Afortunadamente cada vez es mayor el número de personas que convencidas de los efectos dañinos de esta adicción consideran seriamente la posibilidad de abandonarla. Dejar el hábito del cigarro no consiste únicamente en un asunto de voluntad, varios factores tanto biológicos como psicológicos y sociales están en juego en la génesis de esta problemática, que para ser abandonada necesita de ser tratada por profesionales de la salud. Una de las opciones terapéuticas que más ha brindado resultados en el combate a esta adicción, precisamente, es la terapia breve sistémica desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto California, misma que constituye la base de formación teórica del terapeuta familiar.

DROGADICCIÓN. Bajo este rubro se agrupan las diferentes adicciones a sustancias de consumo ilegal. Entre aquellas cuyo uso es más frecuente, tenemos: marihuana, cocaína, heroína, los diversos psicotrópicos, los solventes e inhalantes y las anfetaminas. La adicción a cada una de estas sustancias presenta características propias y bien diferenciadas, algunas tienen efectos leves en el organismo y otras lo afectan grandemente. Algunas provocan adicción fisiológica y otras no, y sobre todo, su uso se reparte en diferentes sectores sociales y económicos de la población. Ahondar demasiado al respecto nos llevaría lejos del propósito del presente trabajo, sin embargo, es importante resaltar que una característica común al tratamiento de todas estas adicciones radica en considerar que no son padecimientos que generan de forma aislada, sino que están determinados, al igual que el alcoholismo y el tabaquismo, por factores biológicos, psicológicos y sociales. Otra característica común consiste en que el adicto, frecuentemente es estigmatizado tanto por su grupo social como por su familia, funcionando como chivo expiatorio para la problemática familiar. El tratamiento de estos padecimientos no puede obviar la intervención familiar, ya que de lo contrario, sólo se perpetuará el eterno ciclo de leves mejorías y constantes recaídas.

PROBLEMAS ALIMENTICIOS

En los últimos años el estudio de los problemas alimenticios cada vez va cobrando mayor importancia. En gran parte, ayudados por los medios de comunicación, términos tales como obesidad, anorexia y bulimia se han vuelto de uso común. Sin embargo, también se puede observar que existe un enorme desconocimiento de lo que realmente representan estos padecimientos, cuáles son los síntomas con los que se manifiestan,

que impacto tienen en quienes los padecen y sobretodo, se ignora casi por completo la forma en que pueden ser tratados.

ANOREXIA NERVIOSA. Es un trastorno extremadamente complejo, aunque existen varias teorías sobre su posible etiología, quienes la han estudiado no han logrado llegar a un consenso, por lo que prevalece una separación de puntos de vista derivados de diferentes escuelas. Los dos síntomas principales de la anorexia consisten en una alteración psicológica y una física. La primera, es la alteración de la imagen corporal, sin importar que la persona sea muy delgada, se siente gorda y experimenta una ansiedad intensa ante la posibilidad de seguir engordando; la segunda, consiste en la pérdida real de peso como resultado de un autorehusamiento a ingerir alimentos. El peso corporal puede llegar a ser tan bajo que pone en riesgo la vida del paciente. Este trastorno es más común en las mujeres que en los hombres, y al respecto hay teorías y opiniones muy variadas (Goldman, 1987). Hacer una revisión extensa del padecimiento va más allá de los propósitos de este apartado, pero es importante señalar que si bien no hay muchos acuerdos teóricos, con relación al tratamiento si los hay y muy específicos. El primero de ellos consiste en la recomendación de que todo caso de anorexia debe ser tratado por un equipo multidisciplinario; el segundo de ellos, apunta al hecho de que se ha demostrado que el contexto social y el ámbito familiar juegan un papel muy importante en la génesis y mantenimiento de esta problemática, por lo que la intervención del terapeuta familiar sistémico resulta de particular importancia. Dentro de la tradición sistémica, existen dos aproximaciones principales al tratamiento de la anorexia, la escuela de Milán y en fecha más reciente, el enfoque narrativo.

BULIMIA. Aunque resulta igual de compleja que la anorexia, y de la misma forma no hay acuerdos teóricos con respecto a ella, la bulimia es un padecimiento que se atiende menos, ya que es “menos escandalosa” que la anorexia. Su sintomatología principal consiste en la presencia del ciclo atracón de comida-vómito autoinducido. En algunos casos aparte del vómito también se presentan episodios casi maniacos de ejercicio con el propósito de quemar calorías y abuso de laxantes. Generalmente es un trastorno secreto de evolución lenta y al no ser incapacitante no es detectado salvo cuando aparecen secuelas tales como desequilibrio electrolítico o lesiones del tracto digestivo ambas provocadas por el vómito (Goldman, 1987). Al ser un padecimiento secreto la labor del terapeuta sistémico consistirá primeramente en descubrir este secreto y permitir que la familia pueda colaborar en el restablecimiento del paciente identificado.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA. En la clínica se pueden observar otros trastornos alimenticios principalmente entre los niños, tales como la pica, que consiste en la ingestión de sustancias no nutritivas; la anorexia selectiva, que consiste en el rehusamiento a ingerir determinados alimentos llegando casi al extremo de que el menor tiene uno o dos alimentos favoritos que constituyen toda su dieta y lo ponen al borde de la desnutrición. También no se puede dejar de mencionar la obesidad infantil. La terapia familiar resulta particularmente indicada en el tratamiento de estos trastornos, ya que casi toda problemática infantil cumple una función dentro de la dinámica familiar y no pueden ser superados si ésta no es atendida. Otro aspecto que es importante resaltar es el hecho de que mucho de estos trastornos también se originan por creencias erróneas y malos hábitos en la familia. Ambos aspectos también pueden ser detectados y tratados por el terapeuta familiar.

VIOLENCIA FAMILIAR

La opinión de este trabajo, con relación a la violencia familiar no es que haya aumentado en los últimos años, sino que más bien nos enfrentamos a una ruptura epistémica que ha conceptualizado como patología una situación penosa que ha lo largo de toda la historia humana se ha venido presentado. Primeramente es importante señalar que la violencia no es algo antinatural que le ocurra a los seres humanos, la violencia es parte de la vida misma y es imposible de erradicar. Resulta difícil asociar los términos violencia y familia. Comúnmente pensamos a la familia como un refugio ante el mundo despiadado y a la violencia la asociamos con imágenes de muerte, daño y destrucción. Pensar que la violencia se pueda dar dentro del seno familiar menoscaba la poca confianza que aún conservamos; sin embargo, es importante señalar que aquella concepción de la familia como un lugar de tranquilidad y armonía es sólo una ilusión (Falcón, 2001). Cuando se comenzó a estudiar el fenómeno de la violencia familiar, se creía que se trataba de una patología aberrante, únicamente repartida entre los léperos y la canalla, pero se descubrió que contrariamente a esto, la violencia familiar es muy frecuente, que está presente en todos los grupos sociales y que nadie escapa de ella. Como resultado de lo anterior, se creó una tendencia general que trataba de reducir la violencia en la familia. Tanto la sociedad en su conjunto, como las instancias de gobierno y de salud fomentaron el abordaje de este fenómeno. Al profundizar al respecto se encontró que la familia es la fuente misma de la violencia que se transmite de padres a hijos mediante el aprendizaje de patrones de comportamiento, y más aún ahora se puede afirmar que la estructura misma de la familia y su modo de funcionamiento generan una dinámica de violencia imposible de evitar (Sefchovich, 1990). La violencia es inherente al ser humano y le permite funcionar en el mundo, sin embargo, aún queda por resolver el problema siguiente: ¿por qué algunas familias pueden funcionar con niveles tolerables de violencia y otras se ven enredadas en interacciones de tal intensidad que lastiman a todos sus miembros?, ¿qué es lo que provoca que algo común al ser humano se convierta en una fuente constante de sufrimiento?. Para fines prácticos al hablar de violencia familiar nos referiremos a aquellos casos en los cuales la violencia se ha vuelto un problema imposible de manejar para los miembros de la familia y la definiremos como “todo acto u omisión único o repetitivo cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes con quienes guarda una relación de poder” (NOM-190-SSA1-1999; en PROMSA, 2001). La violencia familiar comprende el abandono, el maltrato físico, psicológico, sexual, el abuso económico, las conductas de dominio y control y la manipulación de los hijos. Las consecuencias de la violencia familiar también son muy variadas, pueden ser tanto físicas como psicológicas, tanto graves como leves. Hay varias causas que incrementan la violencia en la familia, entre ellas tenemos, las económicas, psicológicas, situacionales y culturales. La prevalencia de la violencia familiar generalmente es la siguiente: los hombres son los que agraden a sus esposas y son las mujeres las que suelen agredir a los niños. En el caso de violencia sexual, generalmente son los varones los perpetradores. El abordaje terapéutico de la violencia familiar implica comprender en su especificidad cada caso en particular, ya que al tratarse de un fenómeno complejo no se pueden postular intervenciones tipo; sin embargo, lo que si se puede hacer notar es que el papel del terapeuta familiar no consiste en curar o castigar al agresor, ni en proteger y salvar a la víctima, sino en reconocer a la violencia como parte inherente de la vida misma y conseguir que la familia adopte nuevas formas de enfrentar sus conflictos (Sefchovich, 1990).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS HIJOS

Cuando un niño presenta problemas, se suele consultar a un especialista, ya sea éste pediatra o psicoterapeuta infantil, según sea el caso; sin embargo y principalmente tratándose de problemas psicológicos, en algunas ocasiones, los padres solicitan terapia familiar cuando conceptualizan el problema no como una dificultad inherente a los niños, sino como una incapacidad de ellos para poder educarlos. Un caso muy representativo de lo anterior, suelen ser los padres de niños con alguna discapacidad, que viven su tarea paterna como algo que sobrepasa sus fuerzas y en lo que deben ser aconsejados y apoyados. En la práctica, ninguna intervención psicológica con un niño está completa si no se realiza también alguna forma de intervención con los padres, esto también es válido en sentido inverso. Entre las principales problemáticas, tenemos: desobediencia, falta de límites, problemas escolares, agresividad, enuresis, encopresis, entre otras. La observación demuestra que la problemática de los hijos siempre se encuentra relacionada con una problemática familiar, es una manifestación de un conflicto mayor que se equilibra gracias a ella. Por este motivo, cuando la problemática del menor es abordada de forma aislada, se observa el sabotaje de la familia a sus avances. Cualquier mejoría en el hijo, provoca angustia en uno o ambos padres, así como la aparición del conflicto que se venía encubriendo. Resulta particularmente útil en el tratamiento de los problemas relacionados con los hijos, los enfoques estructural que permite reestablecer el funcionamiento de la familia y el narrativo que ha desarrollado formas muy atractivas y útiles de trabajar con los niños.

PROBLEMAS DERIVADOS DE CONDICIONES SOCIALES ADVERSAS.

Una característica del enfoque sistémico, consiste en que no restringe su atención a la familia, sino que se permite ampliar su foco para incluir aquellas problemáticas ocasionadas o que impactan a sistemas más amplios. Las condiciones sociales adversas representan fuerzas que no hay que menospreciar, ya que colaboran grandemente en la formación de problemáticas dentro de la familia. Entre las condiciones sociales adversas que impactan a la familia, tenemos: la pobreza, la falta de red social y los efectos de la migración.

POBREZA. La falta de recursos económicos y la imposibilidad de conseguirlos es condición de origen de una gran cantidad de problemas, entre los que podemos contar, adicciones, violencia, desnutrición, negligencia, etc. al respecto, lo que propone la terapia familiar, consiste en reconocer la realidad pragmática de la falta de oportunidades, así como su prioridad de solución para poder abordar otros problemas, en pocas palabras, lo primordial es que la gente coma y ya después podrá ser atendida.

FALTA DE RED SOCIAL. El concepto de red social nos ha permitido entender muchos de los vericuetos del funcionamiento familiar. Las grandes dificultades de la vida se pueden enfrentar mejor cuando se cuentan con otros, ejemplo de lo anterior es el cuidado que la familia extensa puede hacer de los hijos; la solidaridad entre vecinos que permiten resolver problemas varios; el apoyo mutuo que los amigos hacen con relación a la búsqueda y obtención de trabajo. Para un individuo o familia que carecen de red social, algunos aspectos de la vida se tornan muy difíciles, otros imposibles, e inclusive, se llegan a generar problemas graves. Algunas de las problemáticas asociadas a la falta de red social, son las siguientes: negligencia, maltrato, abandono y muerte infantil. Muy ligado a lo anterior tenemos la salida o expulsión a calle; el desempleo, algunos tipos de adicciones, etc. Parte del trabajo que el terapeuta familiar puede hacer al respecto,

consiste en la identificación y fomento de las redes sociales, permitiéndole a la persona reconocer la importancia de éstas y erradicar creencias y actitudes que impiden su consolidación.

EFFECTOS DE LA MIGRACIÓN. Después del petróleo, la segunda fuente de divisas del país son las remesas que los migrantes envían a sus familias. En México, han existido dos tradiciones de migración por excelencia. La primera es aquella que se realiza de las poblaciones rurales a los núcleos urbanos; la segunda, es aquella que se realiza de todo el país a Estados Unidos. En muchos lugares de la república, por ejemplo, Zacatecas, Michoacán y Guerrero, la migración “al otro lado” casi es un rito de pasaje de la infancia a la edad adulta. Se espera que todo varón viva esta experiencia, e inclusive, se ridiculiza si no lo hace. Existen muchas causas a este fenómeno, si bien se suele subrayar las económicas, no hay que menospreciar los factores sociales y psicológicos. En este sentido, la migración tiene dos caras; por una parte tenemos la experiencia del migrante que se enfrenta a una cultura nueva en una situación de franca desventaja, experiencia que después será vivida como una hazaña cuando el migrante regresa, y por otra, la vivencia de la familia del migrante. La migración es una de las causas más frecuentes de desintegración familiar, aunque aquí, en este trabajo, se sospecha que existen problemas de fondo en el funcionamiento familiar cuya resolución se da con la migración enmascarándose así las verdaderas razones de la desintegración. Por último, es necesario también mencionar aquellos casos en los cuales toda la familia migra, creándose un conflicto entre los valores y forma de vida del terruño y los de la nueva realidad. El papel de la terapia familiar en estos casos es variado. Cuando la migración provoca desintegración familiar, es ésta el punto focal a tratar; cuando la migración involucra a toda la familia, generalmente sólo la descubrimos como telón de fondo y es labor del experto entender y conciliar las diferentes experiencias vitales que proceden tanto del lugar de origen como del nuevo lugar de residencia.

IV. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA VÁLIDA PARA ABORDAR LAS PROBLEMÁTICAS SEÑALADAS

SOBRE LA PERTINENCIA DEL ENFOQUE SISTÉMICO

Una característica común de los sistemas de pensamiento occidentales, consiste en el hecho de que ante cualquier realidad compleja a la que se enfrentan proceden a la separación de ésta en partes pequeñas, lo suficientemente pequeñas para poder ser manejadas, pero sobre todo, para poder ser entendidas. En sí mismo, este procedimiento que se conoce como procedimiento cartesiano o aún más sencillamente como análisis no tiene nada de objetable e inclusive, es el responsable de que el pensamiento en occidente haya progresado a paso constante desde el siglo de las luces hasta nuestros días. Sin embargo, como toda herramienta útil que suele ser difícil de manejar y cuyo uso no deja estar exento de peligros, el pensamiento cartesiano también trae consigo, dentro de sí, el germen de futuros problemas epistémicos que pueden constituirse como graves obstáculos para el avance del conocimiento. Generalmente, suele pasar que esta realidad desarmada, desmembrada, permanece así, tal cuál, después de la operación cartesiana. Dicho en otras palabras, frecuentemente suele pasar que después del análisis no se realiza una síntesis y por consiguiente, nos acostumbramos a pensar el universo como un conjunto de pedazos independientes sólo nula o débilmente unidos entre sí. También es una tendencia común al pensamiento cartesiano el reificar los fragmentos y olvidar frecuentemente que su existencia no es una existencia en sí y para sí, sino el producto de

una operación de corte que el intelecto impone a lo real. Tal vez el mejor ejemplo de lo anterior, es nuestro hábito epistémico de pensar como una realidad ontológica la separación entre cuerpo y mente, al punto que le suponemos a cada uno de estos términos existencias separadas, pero unidas misteriosamente y sin saber por que por unos cuantos y por eso más elusivos e intangibles puntos de contacto. Como resultado, tenemos que la separación entre mente y cuerpo que el pensamiento cartesiano instituye, es actualmente uno de los grandes obstáculos epistémicos que impiden la vinculación entre las terapias psicológicas y la medicina de corte biológico-positivista, incluida dentro de ellas por supuesto, la neurología y la psiquiatría.

Otra de estas dicotomías, la cual precisamente es la que nos ocupa en este apartado, es la que se establece entre el sujeto y los otros. Todo el pensamiento occidental nos ha esforzado por un camino epistémico que nos lleva a pensar que, como sujetos, todos y cada uno de nosotros vive en un perfecto estado de separación e indiferenciación del otro. Solemos pensar que el sujeto esta encerrado en sí mismo, como en una burbuja que asegura nuestra mismidad, nuestra consistencia temporal. También se nos ha llevado a pensar que aquellas situaciones que nos podrían a considerar lo contrario no son sólo muy infrecuentes, sino incluso peligrosa para nuestra integridad cuando no francamente patológicas por ser los preludios de la disolución del ser en el otro. Así, han surgido ciencias que se caracterizan por estudiar al sujeto en su ipsiedad, al que consideran un ente sólido sin porosidades ni vínculos, en oposición de otras que se caracterizan por ocuparse del polo contrario, las multitudes, de las cuales, concluyen, el sujeto no es sino un epifenómeno, cuando no, opinan las *avant garde*, una mera ilusión.

Las ciencias de la salud son disciplinas que se enfocan primordialmente en el sujeto, entendido este como cuerpo que sufre o que aspira a gozarse en óptimas condiciones. Pero, no obstante, sería muy injusto sostener que ellas no se han ocupado del problema de la interacción de las colectividades con la enfermedad individual y viceversa, de la salud con el contexto y viceversa, etc. El mero hecho del desarrollo de ciencias tales como la epidemiología o la salud pública no tarda en señalarnos que la visión médica no es ingenua al respecto, no tarda en recordarnos que cuando la integridad está en juego la epistemología se puede obviar. Sin embargo, también cabe decir que esta aproximación de las ciencias de la salud a las colectividades, la mayoría de las veces, sólo se ha hecho suponiendo a éstas, como una suma de individuos cuya actividad es similar a las de las partículas subatómicas; cuyo comportamiento probabilístico no se puede determinar de forma individual sino únicamente como parte de una población mediante modelos estadísticos.

En síntesis, las colectividades no han sido abordadas como una realidad compleja que interactúa entre sí misma y con cada sujeto en particular. La aplicación de la Teoría General de Sistemas y de la Cibernética a las ciencias de la salud precisamente busca restituir a una realidad desarticulada por la reticulación cartesiana su inmanente complejidad. En otras palabras, buscan demostrar la validez de la máxima que dice “sin conocer el todo no se pueden conocer las partes; sin conocer las partes no se puede conocer el todo”. En vista de lo anterior, se puede señalar que la especificidad del terapeuta sistémico entre los diferentes profesionales de la salud mental, que aquello que convierte este enfoque en una opción válida en el tratamiento de las problemáticas arriba señaladas, radica principalmente en el hecho de que el terapeuta sistémico es un profesional capaz de abordar la complejidad sin reducirla ni simplificarla y que puede

proponer diferentes alternativas de intervención y tratamiento a ellas dependiendo del particular y único balance que presentan los elementos que coparticipan en el mantenimiento de dichas problemáticas en cada caso en particular. Más aún, se puede agregar que el terapeuta sistémico no sólo es aquél que puede abordar las complejidades sin reducirlas, sino que además no confunde estas complejidades entre sí ya, que en todo momento puede reconocer la especificidad de cada situación que va a abordar y proponer, en consecuencia, la intervención más adecuada, sencilla, estética y elegante sin preocuparse por pertinencias epistémicos o filiaciones espurias a sistemas de pensamiento.

SOBRE LA PERTINENCIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

En el presente trabajo afirmamos que, contrariamente a lo que se suele pensar, la tradición médica, psiquiátrica y psicológica nunca ha dejado de prestarle atención a la familia como abstracción y sobre todo a las familias como dato bruto, dentro de sus sistemas de explicaciones. De esta manera, al tratar de encontrar las causas de los males que aquejan a un individuo, el médico se vuelca a la familia como nicho de probables etiologías y flagrantes agravantes, como se verá a continuación. Ya sea, en tanto que, origen del sujeto, o bien como contexto de su cotidianidad, la familia ha sido el sombrero de copa desde donde la prestidigitación médica ha extraído las más variopintas explicaciones sobre el origen de las enfermedades. En primera instancia, figuras tales como la degeneración mental por endogamia, o las taras de origen genético han puesto el acento en el hecho de que el padecimiento surge con el individuo mismo, y que, por lo tanto la responsabilidad activa o pasiva sobre el mal debe de adjudicarse a la familia. Por lo consiguiente, un estudio detallado de ella, nos puede señalar que incumplimiento de qué norma higiénica o moral estuvo en el origen del mal y parecería, para el imaginario popular, que tendría a este como su castigo.

Así, bajo estas circunstancias, la profilaxis del mal, que sólo se puede plantear de una forma radical, deberá de aplicarse a través de la autoridad moral que el médico ejerce sobre la familia. En este estado de cosas, el profesional de la salud debe, respaldado por todo su saber, actuar como un agente moral, tal y como lo haría un sacerdote o magistrado y entonces su ciencia le permitirá entre otras cosas: prohibir uniones que para su saber del cuerpo tendrían el regusto del incesto, o comportarse como un antiguo agorero de Delfos y desaconsejar así, en el mejor de los casos la procreación de futuros enfermos, y en el peor de ellos seres quiméricos o contranaturales. Con este movimiento, en que se implica al saber de la familia como parte del dominio médico aunque el profesional gana poder en la sociedad, se aleja de su campo de formación y de su certeza científica para entrar sin querer a un campo regido por la moralidad que pocas veces conoce bien. Tenemos además del caso anterior, otros ejemplos donde el saber sobre la familia no deja de intrincarse de forma extraña con el saber médico. Planteemos entonces que, si la etiología de las enfermedades agudas resulta fácilmente ubicable, en tanto que se identifica un agente más o menos tangible, por ejemplo, virus, bacterias, traumatismo, etc.; el asunto etiológico con las enfermedades crónicas y degenerativas por mucho adolece de dicha transparencia.

Los profesionales de la salud para poder abordar este tipo de enfermedades han creado modelos explicativos en donde la familia tiene un papel preponderante. Asuntos tales como hábitos, estilos de vida y de crianza, negligencia, carencia de redes sociales, falta de acceso a la cultura y pobreza extrema, terminan siendo necesariamente relacionados con

la familia. De ahí que en el caso de las enfermedades crónico-degenerativas estas no se puedan abordar sin explicar antes el funcionamiento de la familia enferma. En este caso, la intervención y profilaxis se suele plantear siguiendo un modelo privilegiado de inspiración pedagógica, obviamente nos referimos a la educación para la salud misma que se inserta en el reciente movimiento general que la medicina ha emprendido hacia una cultura de la prevención. Es entonces que vemos otro desplazamiento del profesional de la salud investido ahora como mentor que enseña el bien vivir y que para curar cuerpos deberá antes que nada empezar a curar educaciones defectuosas. En el campo de la salud mental, tampoco es novedosa la inclusión de la familia dentro de los sistemas explicativos. En el siglo XVIII, cuando se reconoció que la locura no podía ser explicada ni tratada únicamente con medios físicos, se comenzó a observar todo aquello que rodeaba al alienado en busca de posibles causas y probables soluciones, tomando la familia un papel preponderante. Así en un inicio, la exclusión que se practicaba con el que ahora llamamos enfermo mental tenía un doble fin, a saber: uno cívico moral que consistía en evitar que su condición alienada hiciera mella en la moral y buenas costumbres de su familia; y otro, meramente médico que consistía, aunque no se supiera si esto era posible, consistente en evitar su difusión vía contagio.

Como Foucault (1961) nos recuerda, mucho antes del auge de la psiquiatría y de los hospitales psiquiátricos y mucho antes de que la locura fuera caracterizada como una enfermedad, los dos grandes libertadores de los “locos” durante la Revolución francesa, Philippe Pinel y Samuel Tuke, contemplaron el papel de la familia dentro de sus sistemas de explicación de la locura. Pinel consideraba que la intratabilidad del “loco” se originaba en el hecho de que los alienados habían sido separados de sus parientes y encerrados, y que su docilidad volvería cuando se les restituyeran familia y libertad. Tuke, por su parte, funda retiros rurales donde los “locos” sin rejas ni cadenas se sentirán en familia. Razona que “Si el retiro es una familia, los locos son niños que deben aprender el respeto a través de la autoridad del padre. Deben ser educados y disciplinados como niños, tendrán tareas asignadas para que puedan controlarse a sí mismos”.

Posteriormente, casi en su totalidad, todos los sistemas explicativos de la personalidad y de la conducta patológica, tomaron en cuenta a la familia en el momento de elaborar teorías y modelos sobre la enfermedad mental siguiendo el viejo cause de interpretarla como origen o condicionante de esta. Así basta mencionar a manera de ejemplo que el complejo de edipo, concepto fundamental del psicoanálisis, es un drama familiar. Sin embargo, el estudio específico de las relaciones de la familia con la enfermedad mental sólo es posible cuando se realiza la sencilla observación de que el enfermo mental tratado exitosamente en aislamiento recae cuando vuelve a estar en contacto con su familia. De esta forma, se puede llegar a la conclusión de que la enfermedad mental no es algo inherente al sujeto, ni mucho menos a su familia, sino un estado de cosa producto de la interacción entre ambos. El reconocer que la enfermedad mental es un estilo particular de interacción entre un sujeto y su familia constituye el gran rompimiento epistémico que hace posible la intervención familiar no solo en el primer nivel de atención sino en el segundo e inclusive en el tercer nivel de atención.

Podemos mencionar que la especificidad de los modelos sistémicos radica precisamente en el hecho del abandono que estos hacen de las explicaciones lineales, lo que implica ya no suponer a la familia solo como etiología o contexto de la enfermedad.

Como resultado de este cambio en el pensamiento y por consiguiente de la puesta en juego de una epistemología basada en causalidad circular es que la terapia familiar puede explicar el padecimiento no como un resultado de la acción de la familia en el sujeto, sino como un pequeño aspecto de un estado actual más complejo que involucra la interacción de varios sujetos que se co-determinan simultánea y recíprocamente. En este sentido, la terapia familiar sistémica abre la posibilidad de que la intervención familiar no sólo sea preventiva o profiláctica, que no sólo sea moral o educativa, sino por el contrario, que sea una intervención pertinente sobre el problema cuya naturaleza compleja se está desarrollando en este momento y que va más allá de las cuitas de un solo individuo aislado. La intervención sistémica al reconocer a la familia no como una causa vaga o un pálido contexto, sino como una realidad en sí misma sobre la que se puede y se debe intervenir abre la posibilidad de que los tratamientos no sean sólo sintomáticos sino que puedan resolver en verdad, problemáticas multideterminadas (como las analizadas en el pasado apartado) que por lo consiguiente trascienden diferentes niveles de realidad.

PALABRAS FINALES: “SOBRE LA POSMODERNIDAD EN LA TERAPIA FAMILIAR”

Aunque se analizará con más detenimiento en apartados posteriores el problema de la posmodernidad en la terapia familiar, creo que, sin necesidad de adelantarnos demasiado al respecto, podemos plantear algunos de los efectos que la posmodernidad ha tenido en nuestro campo de estudio y sobre la pertinencia de su aplicación en el tratamiento de las problemáticas que aquejan a la población mexicana y que ya fueron revisadas en los apartados anteriores. Muchos teóricos coinciden en señalar que el principal carácter del pensamiento posmoderno es su reflexividad. En ese sentido, recordando lo que Lyotard (1989) señala:

“La posmodernidad es una translaboración (DurchArbeiten) que la modernidad hace sobre su propio sentido con el afán de evitar la repetición que la amenaza”

Por lo tanto, uno de los principales elementos que a mi juicio la reflexión posmoderna aporta a la terapia familiar, es el sano hábito de la constante autoevaluación y autocrítica de sus presupuestos, modelos, procedimientos e intervenciones. De hecho, el terapeuta sistémico se forma dentro de un amplio marco de explicaciones no siempre conmensurables entre sí, y en una pléyade de procedimientos mismos que tendrá que dominar e integrar en su particular estilo terapéutico. El ejercicio de la reflexión posmoderna enseña al practicante de inspiración sistémica a considerar que sus verdades no son Verdades Universales y por lo tanto lo inicia en el respeto de la diversidad tan necesario para el trabajo interdisciplinario así como para la intervención con familias de diferentes contextos culturales. Por otra parte la actitud incluyente que predica la posmodernidad amplia por mucho el abanico de posibilidades de intervención que generalmente se encuentran restringidos por el apego a un modelo rígido o a una postura específica.

Por último, cabe mencionar que el eclecticismo ciego y el nihilismo teórico, son posturas contrarias al espíritu posmoderno el cual no predica el aglutinamiento sin orden ni concierto de conceptos o posturas epistémicos, sino el diálogo abierto entre ellas con la esperanza de generar nuevos discursos, nuevas posturas abiertas a sí mismas al diálogo. Las posibilidades que lo posmoderno brinda a la terapia familiar están aún por descubrirse y es responsabilidad de cada practicante en particular iniciar estos caminos de autodescubrimiento.

CAPÍTULO 2

APUNTES DE CAMPO, ELEMENTOS DE UN ESPACIO DE TRABAJO

*EL CONOCIMIENTO ES UN DON DE DIOS PARA EL SERVICIO DE LOS
HOMBRES.... HE VIAJADO EN BUSCA DEL CONOCIMIENTO. ¿ACASO NO SON
USTEDES LOS ÁRABES LOS QUE HAN DICHO QUE DIOS FACILITA EL ACCESO AL
PARAÍSO A AQUEL QUE VIAJÓ POR LA CIENCIA? (IBN MAYMUN DIRIGIENDOSE A
ZAYTUN DISCIPULO DE IBN RUSH) IKRAM ANTAKI. EL ESPÍRITU DE CÓRDOBA.*

I. INTRODUCCIÓN

El plan de Maestría en Psicología tiene por objetivo formar profesionistas en psicología de alta calidad, capaces de intervenir adecuadamente en la investigación y solución de distintas problemáticas repartidas en tres campos de conocimiento aplicado: Psicología aplicada a procesos sociales, organizacionales y ambientales; Psicología aplicada a la educación y el desarrollo y la que aquí nos compete; Psicología aplicada a la salud. Cada uno de estos campos de conocimiento aplicado, a su vez se reparte en diferentes “Programas de Residencia” que permiten al alumno obtener una formación especializada y de alto nivel (UNAM, 2001; Moctezuma, 2001). En nuestro caso, el “Programa de Residencia en Terapia Familiar”, se caracteriza por formar a profesionales en un campo cuya visión integrativa permite el abordaje de los problemas clínicos desde una perspectiva interaccional, tomando en cuenta los diferentes niveles sistémicos (individuo, pareja, familia y sociedad) y todos aquellos contextos en los cuales la problemática tiene lugar. (social, cultural, económico y político)

Las actividades, tanto teóricas como clínicas, contempladas dentro del “Programa de Residencia en Terapia familiar” tienen como objetivo primordial, el que los participantes en ella, puedan desarrollar de una forma completa y satisfactoria, toda una serie de competencias profesionales específicas derivadas precisamente de este campo de aplicación. Este sistema de formación en la práctica, es propiamente dicho, la Residencia en si misma y el objetivo del presente capítulo consistirá en describir y analizar tanto las sedes y subsedes como las actividades realizadas por el autor durante su residencia en ellas. Aparte, se incluirá una reflexión profunda de lo que personalmente significó para mí trabajar en estas sedes

II. CARACTERÍSTICAS DE LA RESIDENCIA

CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS

El Programa de Residencia en Terapia familiar cuenta con un sistema de formación en el ejercicio profesional que pretende desarrollar competencias profesionales específicas en los residentes inscritos en él, para lo cual se implica un mínimo de 1650 horas de práctica supervisada por alumno, (equivalentes a 206 jornada de trabajo clínico a tiempo completo) a cubrir durante el periodo comprendido entre los 4 semestres contemplados como suficientes para cumplir con el programa de Maestría en Psicología.

Debido a que los programas de residencia en el área de la salud contemplan la atención de población directa deben de tomar en cuenta dos aspectos básicos en su organización, a saber las guardias y las rotaciones.

En el caso de las guardias, su objetivo primordial consiste en asegurar la intervención oportuna de las problemáticas de la población atendida, al ser pocas las problemáticas psicológicas de carácter urgente y al ser otras las instancias encargadas de su atención y canalización, el programa de residencia no contempla las guardias nocturnas ni las guardias de días oficialmente feriados, sin embargo, si se contemplan guardias durante los dos periodos de vacaciones académicas de la UNAM, que van de junio a julio y de diciembre a febrero. En el caso de las rotaciones, su objetivo primordial consiste en permitirle al residente la formación en la atención de las diferentes problemáticas a las que se avocan los diferentes servicios institucionales, sin embargo, al recibirse familias con todo tipo de problemáticas y al formar el residente equipos clínicos que complementan su práctica frente a paciente, se espera que el alumno desarrolle habilidades múltiples en el tratamiento de estas distintas problemáticas, por lo que, para el programa de residencia, no es indispensable la rotación en distintas sedes. Por otra parte, el compromiso directo de tratamiento con un paciente en particular cuyo proceso terapéutico es de duración variable, imposibilita la rotación de los residentes en terapia familiar. (Moctezuma, 2001)

Independientemente de la sede a la cual sea asignado, la principal actividad del residente será la atención clínica de calidad a los usuarios que la solicitan, misma que comprende a grandes rasgos: la entrevista clínica supervisada, la evaluación sistémica, el diseño de programas integrados de intervención basados en objetivos terapéuticos y técnicas pertinentes; y por último, la integración de de reportes clínicos.

III. SEDE PRINCIPAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

El Programa de Residencia en Terapia Familiar cuenta con diferentes sedes de entrenamiento que son asignadas al alumno primordialmente por su adscripción a los diferentes campus que participan en el programa. En este caso, al estar el autor asignado a la Facultad de Psicología, la principal sede de entrenamiento y supervisión fue el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

CARACTERÍSTICAS

La Facultad de Psicología de la UNAM cuenta con varios espacios dedicados a la atención de las distintas problemáticas psicológicas que presentan tanto la comunidad universitaria como la población abierta que a ella acude en busca de una atención profesional de alta calidad. Uno de ellos, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” que depende de la Coordinación de los centros de servicios a la comunidad universitaria y al sector social y que a su vez depende de la secretaría general de la facultad, desde hace más de 10 años ha prestado sus servicios especializados. Este centro originalmente se encontraba ubicado en el sótano del edificio “C” de la Facultad de Psicología pero, a raíz de la remodelación de la Facultad que implicó la construcción de los edificios de posgrado, se trasladó al sótano del nuevo edificio “E”. En estas nuevas instalaciones con las que cuenta ahora, los clínicos adscritos pueden disponer de 6 cubículos para atención individual, 3 cubículos de retroalimentación biológica y de 4 salas de doble vía de observación (cámaras de Gesell), dotadas éstas con equipo de audio y video para supervisión en vivo. Por las características del centro sólo se atiende

consulta externa. El centro cuenta con residentes de las siguientes áreas: Psicoterapia infantil, psicología de las adicciones, medicina conductual, terapia familiar; brindando además, servicios de psicoterapia individual, escuela para padres y actividades relacionadas con el programa de sexualidad humana entre otros.

Durante el periodo que cubre este reporte, la coordinación del centro estuvo a cargo de la Licenciada Maria de la Luz Fernández Dávila y posteriormente hubo un cambio de administración quedando al frente la Maestra Noemí Barragán Torres. El Centro atiende tanto a la comunidad universitaria como a usuarios externos que acuden por cuenta propia o bien, que son canalizados por otros centros de atención. Las cuotas asignadas suelen ser relativamente bajas, por lo que existe una gran demanda de servicio, que difícilmente se puede atender. La mayoría de los casos tratados son agudos o crónicos, ya que las urgencias generalmente no se pueden atender con prontitud, debido al procedimiento de admisión. Las principales problemáticas que se atendieron son las descritas en el capítulo anterior. Con relación a la población de usuarios de este Centro, se pueden señalar como rasgos comunes la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo en el público externo, situación que difiere con la comunidad universitaria, cuyo nivel socioeconómico es medio. Por regla general, la adherencia al tratamiento es buena, y los índices de éxito terapéutico también lo son. El proceso de admisión, durante el tiempo que cubre este reporte, consistía en lo siguiente:

- 1- Entrega de solicitudes. Se realizan en fechas y horarios específicos. Los usuarios deben llenar una ficha de solicitud de servicio donde además de sus datos generales, se le pide una breve descripción de la problemática por la cual acuden.
- 2- Tamiz. Actualmente se realiza mediante una entrevista de contacto que permite asignar al solicitante al servicio más adecuado. Durante el periodo que cubre este reporte el tamiz se hacía sin entrevista partiendo sólo de la ficha de solicitud.
- 3- Asignación. Los datos de los candidatos a tratamiento se entregan a los diferentes programas que organizan la atención tomando en cuenta sus recursos humanos y de tiempo disponibles.

Unos de los principales inconvenientes que tenía el procedimiento arriba descrito, era que entre el momento que el solicitante llenaba su ficha y la fecha en que se le atendía, podía transcurrir un periodo largo, inclusive de varios meses, dando como resultado, que se perdiera, la motivación inicial para emprender un tratamiento, que los solicitantes encontrarán otras opciones de tratamiento, que al pasar el problema de urgente a crónico el posible paciente se convenciera erróneamente de que no era pertinente el tratamiento, y en el mejor de los casos, se podía dar el hecho de que la problemática remitiera espontáneamente. La actual administración del centro con un esfuerzo considerable tanto clínico como administrativo está consiguiendo abatir esta problemática.

ACTIVIDADES REALIZADAS

En el caso particular de la residencia en Terapia Familiar, la principal actividad realizada en el Centro de Servicios Psicológicos, consistió en la atención clínica mediante modelos de supervisión. Para tal efecto, la forma más común de organización para el trabajo es aquella en la cual se conforman equipos terapéuticos que constan de: un terapeuta responsable del caso, que atiende a los usuarios de forma directa; un grupo de terapeutas que se encuentran atrás del espejo, su labor varía dependiendo del modelo de atención; sin embargo, de forma general se puede señalar que no consiste en un grupo pasivo de observadores que critica el desempeño del terapeuta responsable, sino un

grupo de profesionales que se enfoca en el seguimiento del caso, y que con ocasión de los encuentros pre-sesión, inter-sesión o post-sesión, ofrece al terapeuta responsable nuevas ideas y posibilidades terapéuticas. Bajo algunos modelos, este equipo de profesionales también interactúa de forma directa (equipo reflexivo) o indirecta (coro griego) con los usuarios. Por último, el grupo cuenta con un supervisor, que puede estar o no presente durante la sesión dependiendo esto último, por supuesto, del grado de avance en el entrenamiento de los residentes. La función del supervisor dicha de forma sintética y en palabras de Braulio Montalvo (1973), consiste principalmente en ayudar al clínico en formación. Debido a la importancia del proceso de supervisión en el entrenamiento de los residentes en terapia familiar, es que nos permitiremos ahondar al respecto.

EL PROCESO DE SUPERVISIÓN

Aunque es un lugar común decir que la Terapia familiar es un campo en rápida expansión, al punto que ya se le ha pensado como un campo profesional aparte de la psicología, la psiquiatría y el trabajo social; creo que no hay mejor manera de comenzar este apartado que mencionando lo anterior, puesto que, una de las consecuencias de este crecimiento tan sorprendente es precisamente la generación de interrogantes en relación al problema de la transmisión. Sin duda alguna, mucha tinta ha corrido desde los tiempos en que la Terapia Familiar era una curiosidad que practicaban clínicos aislados formados en un enfoque individual a la actualidad en la cual hay infinidad de Técnicas y modelos que de una u otra manera están relacionados con una epistemología cibernética, y sin embargo, no fue sino hasta hace relativamente poco que se le ha prestado atención al proceso de entrenamiento de terapeutas familiares.

En un comienzo, el patrón de entrenamiento del terapeuta familiar consistía más o menos en lo siguiente; una formación como psicólogo o psiquiatra seguido por una formación como psicoterapeuta individual y posteriormente el acercamiento directo a textos o a colegas que se hubiesen aventurado en el campo. Actualmente varios tipos de entrenamiento están disponibles para aquel que quiere formarse como terapeuta de familia. Por una parte tenemos cursos y talleres aislados que proveen formación teórica con poco o ningún énfasis en el desarrollo de habilidades técnicas en el alumno. Por otra parte, tenemos especialidades, diplomados y maestrías ofrecidos por institutos independientes donde hay un equilibrio entre contenidos teóricos y prácticos ofrecidos a los alumnos. Y por último están los cursos a nivel posgrado tanto de maestría como de doctorado que algunas universidades ofrecen y que además de las habilidades teórico-prácticas relacionadas con el desempeño terapéutico, hacen énfasis en la investigación científica. Abordando lo anterior de otra forma, podemos señalar que el entrenamiento en terapia familiar en la actualidad contempla tres grandes aspectos que son:

a) Aspectos teóricos o didácticos; que se relacionan con el dominio de las bases epistemológicas de un determinado enfoque o modelo. Este aspecto generalmente es cubierto mediante seminarios programados y lecturas asignadas. Si bien no bastan por sí mismos para habilitar a una persona como terapeuta familiar, sin su revisión la práctica de la terapia sería imposible, sólo una aplicación mecánica e inconexa de técnicas de las que el terapeuta ignora el por qué.

b) Aspectos prácticos; que se relacionan con el aprendizaje del qué y del cómo hacer en terapia. Algunos son generales y otros específicos de una técnica o modelo. Estos aspectos son cubiertos también por seminarios donde se comentan las técnicas a emplear sus indicaciones y contraindicaciones pero que se muestran estériles sin su puesta en práctica. El proceso mediante el cual el aspirante a terapeuta familiar puede

aprender la aplicación correcta de dichos procedimientos es la supervisión terapéutica tema de esta colaboración.

c) Aspectos de investigación; que se relacionan con el desarrollo y evaluación de la terapia. Estos aspectos son de suma importancia para garantizar que la práctica de la terapia es una actividad valiosa cuya utilidad es soportada por evidencia empírica.

Como vimos, la supervisión forma parte del entrenamiento en Terapia familiar cubriendo los aspectos prácticos. La supervisión, por otra parte es una de las actividades básicas en el campo ya que mediante ella éste se perpetúa. Por lo tanto, se le debe prestar especial atención a la supervisión porque de ella dependen los resultados que se obtengan en terapia.

BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA SUPERVISIÓN. Contrario a lo que podría pensarse, la supervisión en Terapia familiar es un proceso completamente diferente a la supervisión en psicoterapia familiar y durante mucho tiempo fueron campos en completo aislamiento que sólo eventualmente llegaban a coincidir. Gran parte de las diferencias en ambos procesos se deben a las diferencias epistemológicas que separan a la psicoterapia y a la terapia familiar sistémica. Sin detenernos mucho, ya que no es nuestra intención, revisaremos brevemente los presupuestos epistemológicos sistémicos para observar cómo se relacionan con el proceso de supervisión en terapia familiar.

La terapia familiar sostiene que las familias se comportan como sistemas, que a su vez están conformadas por subsistemas y que experimentan procesos de retroalimentación, muestran redundancias y complementariedades. La familia como sistema está inmersa en sistemas más grandes y un pequeño cambio puede amplificarse hasta modificar el sistema en su totalidad. Por supuesto la causalidad es considerada en forma circular y no lineal. Gran parte de los elementos usados en la supervisión en terapia familiar se derivan de las técnicas de investigación usadas por los pioneros en investigación familiar, por ejemplo, el grupo del Mental Research Institute en Palo Alto California. El espejo de unilaterial permitió la supervisión en vivo. La grabación en videocinta permitió el análisis de fragmentos selectos y los medios de comunicación como el teléfono y el apuntador, las intervenciones directas del supervisor.

SURGIMIENTO DE LA SUPERVISIÓN EN TERAPIA FAMILIAR Aunque desde sus inicios, los terapeutas familiares formaron colegas, no es sino hasta finales de los años 60 e inicios de los 70 que comienzan a aparecer los primeros artículos sobre el tema. En un principio se comienza a hablar de técnicas, modelos y programas de entrenamiento, haciendo énfasis en dos aspectos principales. Por una parte, se busca que el supervisado cambie de visión epistemológica y por otra parte, como herencia del proceso de supervisión individual, se hace énfasis en el análisis de la familia de origen del terapeuta. Cabe agregar que durante un periodo prolongado no hubo coherencia conceptual o técnica al respecto y que mucho menos se tomó en cuenta la evaluación del proceso.

En 1973 Montalvo definió la supervisión en vivo que él, en colaboración con Minuchin y Haley introdujo en la Child guidance clinic. En ese mismo año, Cleghorn y Levin (citados en Liddle, H. et al 1997) propusieron que para poder llevar a cabo una supervisión exitosa habría que definir primero qué habilidades tendría que desarrollar el terapeuta en entrenamiento. Ellos proponen tres tipos de habilidades a desarrollar: a) Perceptuales; b) Conceptuales; c) Ejecutivas. Para fines de los años 70 y principios de los años 80 comenzó a hacerse énfasis en la evaluación de la supervisión por medio de medidas objetivas y es a mediados de los años 90 que comienza a surgir la preocupación

de generar modelos integrativos de supervisión. En vista de lo anterior, cada vez es más necesario proponer una teoría aparte sobre las particularidades del proceso de supervisión y ver a ésta en su propio derecho, como un campo de especialización en terapia familiar. Actualmente se ofrecen cursos de posgrado a terapeutas experimentados para formarlos como supervisores clínicos.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA SUPERVISIÓN. Podemos definir a la supervisión en terapia familiar como “una relación entre supervisor y entrenado en un escenario de trabajo en la cual el supervisor ayuda a alguien menos experimentado o novato a desarrollar habilidades terapéuticas específicas mientras gana experiencia en el tratamiento con familias”. La supervisión en terapia familiar es como la terapia familiar misma varía según el modelo a supervisar pero en esencia es activa, directiva y colaborativa. Por otra parte, como la realidad sistémica misma, la supervisión debe ser considerada de forma multidimensional. Sin embargo, no hay que pensar la supervisión en términos de especialización, sino en términos de la ayuda que alguien experimentado brinda a un novato para arrojar luz en lo contextual que sin su ayuda, sería considerado como poco significativo. Obviamente hay varios requisitos que se le pide a un supervisor, por ejemplo:

- a) Que domine el modelo o la técnica a supervisar
- b) Que varíe su desempeño dependiendo de las características específicas del entrenado.
- c) Que se conozca a sí mismo lo suficientemente bien
- d) Que se comporte con respeto en relación al entrenado, y que sepa diferenciar muy bien el acto de supervisar del acto de dar terapia.
- e) Que respete al supervisado permitiéndole ser creativo, pero que al mismo tiempo le señale aquellas cosas importantes que no ha hecho aunque esto pudiese ser muy desagradables.
- f) Que tenga claro qué habilidades hay que desarrollar y cómo evaluarlas

ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA SUPERVISIÓN. A la par que se va desarrollando un acercamiento más sistemático con relación a la supervisión, se vuelve más evidente que hay otros elementos, además de las habilidades a desarrollar, que deben tomarse en cuenta para llevar a cabo un entrenamiento más completo, éstos elementos son:

- El isomorfismo. Este término se aplica a las similitudes que existen entre la relación cliente-terapeuta y la relación terapeuta-supervisor. Similar al término psicodinámico de proceso paralelo, quiere decir que lo que el terapeuta experimenta con la familia se repite en su relación con el supervisor y es un buen organizador cognitivo que el supervisor puede utilizar para ayudar al supervisado.
- Las teorías del desarrollo. Lejos de alejarse del pensamiento sistémico, las teorías del desarrollo hacen más compleja la intervención familiar, ya que obligan al terapeuta no sólo a pensar en función de diferentes niveles, sino también en función de diferentes tiempos. Por otra parte y en lo que atañe a nosotros, las teorías del desarrollo también se usan como metáforas del proceso de entrenamiento. El terapeuta pasa por etapas en su formación y el supervisor deberá comportarse diferente según el hecho de que el supervisado se encuentre en estos diferentes estadios.
- Persona del Terapeuta. Para que el proceso de entrenamiento no sea una mera clonación del supervisor, es necesario considerar el estilo del supervisado, su habilidad para unirse a la familia, su elección entre ser directivo o no. Todo lo anterior dependerá de los valores, la experiencia personal y la familia de origen del terapeuta. El terapeuta

debe de tener un considerable conocimiento de sí mismo y saber muy bien en qué situaciones o con qué personas su desempeño terapéutico se ve afectado. La supervisión que tome en cuenta la persona del terapeuta tenderá a ser más personalizada pero también tenderá a borrar los límites entre la supervisión y la terapia del supervisado, por lo que deberá de ser más respetuosa y cuidadosa.

TIPOS DE SUPERVISIÓN. Hay varias formas mediante las cuales la supervisión puede tener lugar, entre ellas tenemos:

- La revisión de notas del proceso tomadas por el supervisado. Aquí se tiene que confiar en la memoria del supervisado y sufrir la distorsión consciente o inconsciente que éste haga del proceso. Esta supervisión es deficiente porque no se sabe que sucedió realmente y no se pueden evaluar las habilidades directamente.
- La revisión de las cintas de audio de la sesión. Aunque se conserva íntegramente lo que se dijo, se pierde la riqueza de las conductas no verbales. Aunque es más fácil realizar grabaciones de audio que de video, muchos datos no son registrados.
- La revisión de las cintas de video de la sesión. En este caso, se conservan más datos, sin embargo, aparte de que las dificultades técnicas limitan su uso también se puede realizar sesgos a la hora de grabar.
- La supervisión de casos continuos. Su riqueza radica en que se puede observar el desarrollo de un caso a lo largo de varias sesiones y de esta manera se puede evaluar el efecto de las intervenciones y el desarrollo de las habilidades del supervisado.
- La cooterapia con el supervisado. Es una experiencia sin igual compartir el trabajo con alguien más experimentado; sin embargo, algunas dificultades pueden surgir como la falta de responsabilidad en el caso por parte del supervisado o el decremento del respeto que la familia siente por el entrenado.
- La supervisión de la sesión en vivo con o sin participación directa. Esta es una de las modalidades de supervisión más usada, ya que al ser muchos modelos de terapia familiar de tipo directivo se adaptan perfectamente a ellos, aquí no se tiene que confiar en la memoria ya que se observa lo que realmente está pasando y se puede intervenir con prontitud. Debido a su importancia le dedicaremos una sección aparte.

LA SUPERVISIÓN EN VIVO. Es descrita por Braulio Montalvo (1973) de la siguiente manera “es el proceso por el cual alguien guía al terapeuta mientras trabaja” generalmente usando un espejo unidireccional y un sistema de comunicación. Según él mismo, para llevar a cabo la supervisión en vivo es necesario seguir ciertas reglas básicas, que son:

- 1) El supervisor puede pedirle al supervisado que salga en cualquier momento, de la misma manera el supervisado puede salir por retroalimentación cuando él desee.
- 2) Se trata de colaborar con mutuo consentimiento. El supervisado acepta que el supervisor le pida cosas y el supervisor acepta que el supervisado cuestione lo que se le está pidiendo.
- 3) La manera en como se planea el tratamiento es con discusiones antes y después del mismo, si se utiliza el teléfono no se deben extender las discusiones.
- 4) El supervisor tiene la obligación de buscar procedimientos que se adapten al estilo y al modo de trabajo del supervisado.
- 5) El supervisado debe de aceptar que al principio el proceso sea muy dirigido puesto que poco a poco esto irá desvaneciendo.

Por otra parte, la supervisión en vivo sigue estos presupuestos: No se tiene que esperar a que el daño esté hecho para remediarlo, el supervisor puede intervenir antes para prevenirlo. Siempre hay una diferencia enorme entre lo que un terapeuta reporta y lo que en realidad pasa por lo que es mejor observar que reportar. Cualquier terapeuta, aun el más experimentado, puede ser “atrapado” por la familia y comportarse de tal modo que se siga perpetuando el problema de la familia. La labor del supervisor no es evitar que esto pase, sino ayudar al supervisado a recuperar el control y la dirección en la terapia.

Desde el punto de vista de Liddle y Schwartz (1983) Las etapas en las que se puede dividir la supervisión en vivo son las siguientes:

- *Evaluación general de las competencias del supervisado.* Antes de comenzar a supervisar se debe saber en qué punto hay que empezar y a qué aspectos habrá que enfocarse durante la supervisión, por lo tanto, es necesario evaluar las competencias del supervisado, esto se puede hacer mediante observación directa, o bien mediante instrumentos.
- *Consideraciones pre-sesión.* Se trata de preparar al grupo y al supervisado para la entrevista, en esta etapa se hace la estrategia de intervención y se discute el caso. Además se hacen consideraciones de: 1) La familia. 2) Del supervisado. 3) De la relación supervisado-supervisor. 4) De los elementos a enseñar.
- *Consideraciones durante la sesión.* Son las ideas que al supervisor le surgen mientras observa la sesión y pueden estar relacionadas a varios dominios como son: 1) De la familia. 2) del supervisado. 3) Del sistema terapéutico. 4) Del sistema de entrenamiento. En base a estos dominios, el supervisor podrá formular intervenciones que, sin embargo, para poder realizarse tendrán que tomar en cuenta varios factores como son 1) la urgencia. 2) la posibilidad de que el supervisado las aplique mal. 3) la probabilidad de que el supervisado las implemente exitosamente. 4) el grado de dependencia o diferenciación que tenga el supervisado con relación a su supervisor.
- *Guías para la intervención del supervisor.* Se debe de tomar en cuenta las características del supervisado, y para tal fin el estilo de supervisión podrá variar en ciertas dimensiones que son: 1) el grado de concreción o abstracción del supervisor. 2) el grado de directividad del mismo. 3) el grado de explayamiento que puedan tener sus intervenciones. 4) El grado de intensidad con el que se tendrán que hacer las intervenciones. Por otra parte, el supervisor no puede esperar que sus intervenciones sean repetidas exactamente y sin interferencia por el supervisado. Existen varios factores que afectan las intervenciones del supervisor y que son las siguientes: 1) La dificultad de la intervención. 2) la complejidad de la intervención. 3) la redirección del contenido de la terapia. 4) la redirección del proceso de la terapia. 5) las consideraciones de la familia. 6) el nivel de entrenamiento del supervisado. 7) la relación supervisado supervisor. 8) las consideraciones de enseñanza.
- *Decisiones sobre la intervención.* Una vez que la intervención fue realizada, hay que observar qué efecto tuvo tanto en el supervisado como en la familia. Con relación al supervisado hay que preguntarse ¿si implementó o no la intervención?, si no lo hizo ¿Por qué esto fue así? y si sí lo hizo ¿hasta qué punto lo hizo en forma correcta?. Con relación a la familia hay que preguntarse si ¿tuvo la intervención el efecto deseado? Si así fue, ¿es deseable ese efecto? Si no fue así ¿a qué se debió esto?
- *Consideraciones post sesión.* Al concluir la sesión es importante discutirla con el equipo y con el supervisado, para tal fin se puede estudiar la cinta y así obtener información sobre el desempeño del supervisado y sobre el plan terapéutico a seguir con la familia.

Entre los métodos que el supervisor tiene para intervenir tenemos los siguientes.

- 1) *El interfon*. Consiste en enviar una intervención al supervisado utilizando un interfon o teléfono que conecta ambos lado del espejo unidireccional.
- 2) *La consulta*. Que es una discusión cara a cara que tanto el supervisor como el supervisado pueden decidir tener en cualquier momento.
- 3) *La entrada*. Que consiste en la visita del supervisor al espacio donde el supervisado trabaja con la familia y consiste en una intervención directa del supervisor a la familia o bien de una intervención dirigida al terapeuta.
- 4) *Audífonos o apuntador*. Que consiste en un sistema mediante el cual hay comunicación directa del supervisor al supervisado y permite una intervención más inmediata.

CONCLUSIONES SOBRE LA SUPERVISIÓN. En un campo en rápida expansión como el de la terapia familiar la cuestión de la formación de los nuevos practicantes no puede dejarse sin atender. El entrenamiento en Terapia familiar comprende muchos aspectos, entre ellos la supervisión. La supervisión puede realizarse de muchas formas pero tal vez la más efectiva sea la Supervisión en vivo. La supervisión en vivo comprende una serie de directivas, restricciones y técnicas básicas que pueden variar de modelo en modelo supervisado. En la actualidad, se está buscando la implementación de formaciones multimodales e integrativas donde un mismo supervisado pueda conocer diferentes escuelas y modelos que le permitan desarrollar su estilo personal y único, tal es el caso del programa de formación de la residencia en Terapia Familiar.

HABILIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

Como resultado del trabajo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y de la participación en la supervisión que en él se realiza, quien escribe, desarrolló habilidades tanto clínicas como de ética y de compromiso social contempladas en el perfil profesional del egresado del Programa de Maestría en Psicología. Dichas habilidades son:

HABILIDADES CLÍNICAS SISTÉMICAS (DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO). Una de las primeras habilidades desarrolladas consiste en la capacidad de observación del proceso terapéutico de forma tal que aquello que para un lego resulta insignificante, como resultado del proceso de formación, puede ser analizado como datos que brindan información importante sobre la problemática a tratar. Otro conjunto de habilidades son aquellas que contemplan el establecimiento de una correcta alianza terapéutica que asegura la continuación del tratamiento y la resolución del problema. También hay que contemplar la evaluación correcta del motivo de consulta, la capacidad para definir las metas de tratamiento de forma colaborativa con los usuarios, identificando las características y las necesidades del sistema. Lo anterior reviste gran importancia porque de ello depende un adecuado planeamiento de las acciones terapéuticas. Otro aspecto muy importante a considerar es lo referente al diseño de programas de tratamiento individualizados que tomen en cuenta los modelos y las técnicas revisadas, mismos que a través de la correcta formulación de hipótesis, permitan conseguir los objetivos terapéuticos. Otro aspecto de vital importancia, consiste en la elaboración de reportes de tratamiento, mismos que permiten la comunicación y colaboración con otros terapeutas familiares, la evaluación del proceso terapéutico y la correcta organización del mismo. Por último, una de las habilidades fundamentales que han sido muy descuidadas, consiste en la correcta evaluación que permite la terminación del tratamiento. Todas

estas habilidades desarrolladas a lo largo del proceso de formación, son esenciales para el buen desempeño terapéutico, sin embargo, pueden perder su riqueza y sus alcances si no toman en cuenta el siguiente grupo de habilidades.

HABILIDADES DE ÉTICA Y COMPROMISO SOCIAL. El profesional de la salud, y sobre todo el profesional de la salud mental, desempeña un papel preponderante en nuestra sociedad, ya que se le confía el bienestar de los otros, por lo tanto, el desarrollo de su práctica, no puede llevarse a cabo sin consideraciones éticas que regulen su proceder y sin un profundo compromiso social de su parte. Como resultado del proceso de formación que tuvo lugar en las sedes, el autor puso en práctica muchos de los valores y actitudes inherentes a su persona y ejercidos con responsabilidad desde su formación en licenciatura, entre ellos. Es importante hacer mención el papel que el respeto hacia el paciente y su problemática debe tener en todo profesional de la salud. No hay dificultad real que sea pequeña o baladí, lo que a un hombre le resulta cotidiano a otro le puede representar una dificultad insalvable. El papel del practicante no es el de mostrar al paciente la futilidad de su problemática, sino el de ayudarlo a superarlo. La confidencialidad representa un problema difícil de abordar para el terapeuta familiar, ya que al atender a varias personas relacionadas, no sólo debe guardarla para la familia en su totalidad, sino para cada uno de los miembros en particular. Un punto difícil consiste en la capacidad de ser honesto con uno mismo, para poder reconocer los propios errores y mejorar la práctica clínica. Al ser el campo de la psicología uno en el que hay una gran cantidad de enfoques, una habilidad importante a desarrollar, consiste en la capacidad de respetar el trabajo con dichos enfoques, reconociendo los méritos de ellos y las limitaciones del propio; por último, en este mismo sentido, el terapeuta familiar debe reconocer las propias limitaciones y aceptarlas, así también y con más razón, por ser un profesional de la salud mental, debe ser el primero en reconocer las propias problemáticas y atenderlas de forma profesional, y por otros a la brevedad.

IV. SEDE ALTERNA FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P

Como parte del programa de residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y tomando en cuenta el compromiso social de esta casa de Estudios, a los residentes de este programa se les solicita que en su último semestre de preparación pongan al servicio de la comunidad, los conocimientos que han adquirido dentro de un marco de profesionalismo, respeto, ética y eficacia. Así, como resultado de gestiones particulares, durante el semestre lectivo 2003-2, tanto el autor como la residente Angélica García Olivares, consiguieron ser aceptados para una estancia de 6 meses en Casa Alianza, Institución de Asistencia Privada bajo la modalidad de voluntariado con el fin de realizar prácticas comunitarias y recabar información para elaborar el reporte de investigación que más adelante se presenta. El periodo de estancia fue simultáneo y acumulativo a las actividades de residencia en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

HISTORIA

Covenant House surge en 1969 por iniciativa del Sacerdote Franciscano Bruce Ritter, profesor de la Universidad de Manhattan en Nueva York para atender a niños, niñas y adolescentes en desamparo. En 1972, adquiere su carácter no gubernamental, laico (pero con fuerte inspiración religiosa) y apolítico. Es una organización no lucrativa y de carácter privado. Covenant House es la agencia privada de atención a la infancia más

grande de Estados Unidos. Provee refugio y servicios a los jóvenes que huyeron de casa y no tienen hogar. Después de Nueva York se expandió a varias ciudades de Estados Unidos, así como a Canadá y Latinoamérica. En 1981, surge Casa Alianza (su equivalente en español) en Guatemala para atender a los huérfanos producto del conflicto armado que vivía este país. En 1986, esta organización se extiende a Honduras. En 1988, gracias a la labor del Lic. Luis J. Creel, quien se asocia con Covenant House de Nueva York, Casa Alianza México, IAP es fundada el 8 de septiembre. Por último, en 1998, se abre la filial en Nicaragua.

OBJETIVOS

Casa Alianza México atiende a niños y adolescentes desamparados entre 12 y 18 años que sufren y dependen de la calle o están en riesgo de hacerlo, proporcionándoles además de cobijo y servicios especializados, la oportunidad de reconstruir su vida de una forma productiva. Muchos de estos niños proceden de hogares pobres y disfuncionales donde han sido abusados y rechazados, niños que, aparte, sufren del rechazo e indiferencia de la sociedad en general. En la calle, los menores viven al borde de la supervivencia, frecuentemente son golpeados, torturados, secuestrados, detenidos ilegalmente y asesinados impunemente.

CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

La atención de Casa Alianza sigue un modelo de puertas abiertas y busca sobre todo la reintegración familiar de los menores, colabora abiertamente con otras asociaciones y organizaciones tanto privadas como gubernamentales que se ocupan del mismo problema. Casa Alianza sostiene que todo niño, niña y adolescente tiene derecho al amor y al respeto, por lo que busca que toda la comunidad tome conciencia de la profundidad de la problemática de los niños que dependen de la calle para sobrevivir.

MODELO DE ATENCIÓN

Casa Alianza ha consolidado un modelo de atención profesional cimentado en el compromiso con un niño o una niña que opta por dejar la calle y se asume como artífice de su futuro. Cuenta con personal profesional: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos, abogados y otros, que garantizan una atención integral a un promedio de 170 niños al mes. El modelo de atención de Casa Alianza se deriva de dos conceptos claves, que dan nombre a la institución, a saber “casa” y “alianza”. Se entiende a la “casa” como lo opuesto a la calle, es decir, como un espacio seguro y digno donde se puede vivir y desarrollarse; la “alianza” se conceptualiza como un vínculo singular que se desarrolla con el menor fundamentado en el respeto absoluto y amor incondicional.

El modelo de atención consiste en dos fases. La primera, contempla la atención en calle. Esta etapa es desarrollada por educadores de calle que en parejas abordan a los niños en su propio ambiente para conocerlos y proporcionarles servicios básicos. Posteriormente, mediante actividades pedagógicas y recreativas se sensibiliza para que dejen la calle, invitándolos a formar parte de Casa Alianza o a integrarse a otros programas de instituciones similares. La segunda fase contempla tres niveles, que son: 1) el nivel de integración, 2) el de reconocimiento, y 3) el de fortalecimiento.

OTROS PROGRAMAS DE CASA ALIANZA

Aparte del objetivo principal que consiste en ofrecerle a los niños una opción diferente a la calle, Casa Alianza cuenta con diferentes programas que coadyuvan a este objetivo, entre ellos tenemos: el programa de rehabilitación de drogas; la atención a madres adolescentes en situación de calle; programa de apoyo jurídico; programa de salud

integral; programa de VIH-SIDA; la línea telefónica ACERCATEL; y por supuesto, el programa de reintegración familiar, donde tanto el que escribe como la residente Angélica García fueron adscritos.

INFRAESTRUCTURA

Actualmente, Casa Alianza México cuenta con los siguientes espacios físicos para llevar a cabo su misión.

Niveles de Integración y Reconocimiento: El proceso de recuperación de crisis y de desarraigo a la calle, se inicia en una casa de puertas abiertas las 24 horas del día.

- Hogar Reforma; Tiene capacidad para 80 niños. Actualmente atiende a un promedio de 60 niños al día.
- Hogar Churitzio; Tiene capacidad para 25 niñas, y actualmente atiende a un promedio de 15.

Nivel de Fortalecimiento:

- Hogar Quinta Alicia; Tiene capacidad para 30 niños. Actualmente atiende a un promedio de 30 niños al día.
- Hogar de Miramontes; Tiene capacidad para 18 niñas. Actualmente atiende a un promedio de 16 niños al día.

Programa de atención a madres adolescentes:

- Hogar para madres adolescentes; Casa Alianza y SEDAC colaboran para atender a adolescentes embarazadas que provienen de las Residencias de Casa Alianza, con el objetivo de proporcionar instalaciones apropiadas para la atención integral específica, la integración familiar, social y laboral de las adolescentes atendidas, y el desarrollo y estimulación temprana (puericultura) de los bebés.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO EN CASA ALIANZA

Debido al exceso de trabajo que enfrenta Casa Alianza en general y el área de Reintegración Familiar en particular, así como la ausencia de Terapeutas familiares contratados que coadyuven al proceso de reintegración de los menores en situación de calle; la participación de los Residentes de Terapia familiar de la Maestría en Psicología de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, se muestra como una alternativa sumamente útil y viable para aplicar sus conocimientos en una institución que es afín al perfil académico de egreso. Gracias al trabajo de Casa Alianza, en colaboración con los residentes de terapia familiar, se pudo brindar atención de alta calidad a las familias con las que se inició procesos terapéuticos.

ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA REALIZADAS EN CASA ALIANZA

Dentro de las áreas que conforman a la fundación; Reintegración familiar, es una de las áreas claves debido a que es deseable que los menores en situación de calle puedan ser reincorporados a sus sistemas familiares y es preciso que esto se logre de la forma más rápida posible, ya que el pronóstico de un niño de la calle empeora en relación directa con el tiempo que pase fuera de su núcleo familiar. El área de reintegración familiar en Fundación Casa Alianza México, está formada por un equipo multidisciplinario. Cuenta con psicólogos, sociólogos, y trabajadores sociales que laboran de forma conjunta para llevar a cabo los objetivos encomendados al área. Entre las tareas que realiza reintegración familiar tenemos:

- Recopilación de datos familiares de los menores que ingresan por primera vez a la institución.

- Localización geográfica, de las familias de los menores a través de los medios jurídicos y civiles disponibles.
- Entrevistas de primer contacto en las cuales se le notifica a la familia el paradero de sus hijos.
- Realización de estudios socioeconómicos para determinar las condiciones de vida de la familia del menor.
- Labor de contacto entre el menor y su familia durante la estadía del mismo en la institución.
- Entrevistas orientadas a la evaluación de una posible reintegración familiar.
- Entrevistas con los padres de carácter interventivo más no terapéutico que tienen por objetivo facilitar la reintegración.
- Coordinación de actividades en las cuales participen las familias de los menores institucionalizados.
- Transporte y acompañamiento de los menores a sus lugares de origen

En promedio, el número de niños atendidos por reintegración familiar es de 120 al mes y además se realiza un número mucho mayor de visitas, entrevistas y viajes al interior de la república como parte de la labor del área.

RELACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN CASA ALIANZA CON EL PERFIL DE EGRESO

Debido a que el trabajo realizado en reintegración familiar más que enfocarse en procesos, se enfoca en individuos, es importante participar de una u otra manera en todas las actividades que se realizan en el área, por lo tanto, en este caso, llevé a cabo las siguientes actividades:

- Entrevistas de primer contacto con los menores de nuevo ingreso; donde el conocimiento de la entrevista sistémica y el manejo de genogramas fueron de gran utilidad para brindar una descripción completa e integrativa de la situación del menor atendido.
- Entrevista de primer contacto con la familia; aparte de las habilidades en entrevista sistémica arriba mencionadas, algunas técnicas interventivas propiamente dichas derivadas de los modelos sistémicos, fueron de gran utilidad en el manejo de las familias, destacando el reencuadre, la connotación positiva, la identificación de los estilos de comunicación, las técnicas derivadas de los modelos estratégicos, y en algunos casos, los mensajes paradójicos.
- Realización de estudios socioeconómicos, los cuales vinculados a las formulaciones de la Escuela de Milán sobre la intervención en otros niveles sistémicos por encima de la familia, y la importancia que el modelo estructural da al contexto, permitieron una mayor eficacia en la intervención terapéutica al tomar en cuenta los sistemas de creencias y valores de las familias.
- Visitas familiares en las cuales sin ser propiamente una situación terapéutica, se pudieron aplicar modelos y técnicas terapéuticas que beneficiaron al proceso de reintegración familiar funcionando como intervenciones breves.
- Entrevista de evaluación sobre la viabilidad de una posible reintegración; ya que una recaída y una nueva salida a calle, empeoran el pronóstico de los niños atendidos, hay que ser muy cuidadosos para detectar en qué casos una reintegración es viable y en qué casos la permanencia en la institución es la mejor opción. Los conocimientos sistémicos y la posibilidad de evaluar redes de apoyo, así como la correcta apreciación

de los recursos y limitaciones de la familia, nos permitió orientar los esfuerzos del área hacia la opción más adecuada.

- Sesiones de terapia familiar. Aunque el esquema de Casa Alianza no lo contempla, hubo la necesidad de organizar tratamientos bajo el modelo de terapia breve enfocado en metas, para apoyar familias en las cuales había una fuerte amenaza del mantenimiento del problema (re-expulsión a calle).

Como parte de la presencia de los residentes en terapia familiar en Casa Alianza, también existe la aplicación de un protocolo de investigación cualitativa enfocada a las redes sociales del niño de la calle, misma que será expuesta en otro lugar por no formar parte de las acciones de intervención comunitaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA ESTANCIA EN CASA ALIANZA

Es evidente que la práctica de la terapia en una institución, es complicada, puesto que los elementos relativos al encuadre tienen que cuidarse al máximo; sin embargo, el perfil de egreso del residente en terapia familiar, le permite responder a las necesidades institucionales. A pesar de la poca cantidad de horas (8 hrs. a la semana, aparte de las 40 hrs. dedicadas a la residencia) que se le pudo asignar a esta actividad, los resultados han sido alentadores. Se logró reintegrar, gracias al trabajo terapéutico, a tres menores cuyo pronóstico estaba en contra. Se recabaron datos importantes de más de 20 familias que han ayudado en mayor o menor medida al tratamiento de los menores, y por otra parte, se ha compartido con el personal información e ideas derivadas de la formación sistémica que han permitido un mejor desempeño global. Fundación Casa Alianza es un escenario viable para el ejercicio profesional del terapeuta familiar, ya que su perfil de egreso, se adecua a las necesidades de la institución, y por ende, se puede alcanzar resultados satisfactorios en la población atendida, tal y como requiere el compromiso contraído con la Universidad Nacional Autónoma de México.

V. POSCRIPTUM:

En 1984, la novelista Maguerite Duras gana el premio Goncourt por su novela de corte autobiográfico "El Amante", donde relata su pasión casi infantil por un acaudalado joven vietnamita rechazado por su familia y por ella misma debido a su origen étnico. A principios de 1990, Duras descubre que Thanh, su amante, el protagonista de su novela, había muerto años atrás, así que deja todo lo que estaba haciendo y comienza a trabajar en "El amante de la China del Norte" que consiste en la reelaboración de la historia de este amor no olvidado. Gracias a este libro, Duras de 77 años, puede decir "Volví a ser escritora de novelas". En el prólogo de esta obra menciona "Escribí este libro en la enloquecida felicidad de escribirlo". Entre estas obras de las que ingenuamente podría decirse, tratan de lo mismo, la principal diferencia que el lector encontrará, es el uso distintivo que cada una de ellas hace en la narración, de la primera y la tercera persona del singular. Para ser más precisos, señalaremos que Maguerite Duras escribe "El amante de la china del norte" en tercera persona y además borra, (casi censura) todos los nombres propios para sustituirlos por sustantivos impersonales, (la niña, el chino, el hermano menor). Al leer esta obra se tiene la impresión de que la autora pretende contemplar los acontecimientos a la distancia y que busca mayor "objetividad" con esto. Es como si no pretendiera escribir su historia, la que vio con sus ojos y recuerda en su mente, sino que más bien, buscara la quimera de fijar "La Verdadera Historia" de lo que pasó, es decir, parece que intenta congelar el tiempo para que no se le escape. Pero, al mismo tiempo, toda la novela transmite la sensación de que Duras quiere escapar de su vivencia, de que quiere emanciparse de los recuerdos que le duelen tanto, de que no

puede hablar de ellos desde dentro de sí y sólo le fuese permitido el abordarlos como sucesos externos, como cosas que le pasaron a otros, como cosas que no vivió. La moraleja es que: *entre más se busca la "Verdad" de una vivencia, más se borra el sujeto de la misma, porque sólo hay verdades subjetivas y no hay experiencias sin sujetos.*

Lo anterior me viene a la mente porque, al releer para su corrección este segundo capítulo, redactado en tercera persona, según los cánones propuestos para la elaboración de documentos científicos, me resultó por primera vez extraño, e inclusive un poco incomodo que esto fuera así, que esto tenga que ser así. Reflexionando al respecto, al encontrarme con el hecho de que por más que quise, este capítulo no se dejó escribir en primera persona, que como en el caso de la novela de Duras, este capítulo no quiere ser subjetivado, todo esto me hace pensar que si este texto se resiste, es porque hay algo en el que no puede encontrar su lugar en la objetividad científica de la tercera persona. Al principio pensé, "que mal que sea así, porque se supone que he de dar cuenta en él de lo que cambió en mí durante mi residencia" y en ese momento caí en cuenta que eso que se resiste no es otro más que yo, la primera persona del singular. O para ser más preciso, lo que está ausente es la narración de lo que pasó, historia que encuentra en "mi yo" su lugar de referencia.

Así que, para hablar de mí mismo, podría escoger entre dos caminos: El primero consiste en tratar de describirme y en tratar de explicarme, desde afuera, como si de otro se tratara (el que describe o el descrito, es igual). Al hacer así, al pretender ser objetivo, actúo como juez de mí mismo, pero acontece que bajo tal circunstancia la tentación de no ser severo con uno mismo es grande, y por otra parte, hay mucho de mí que desconozco y sólo sería posible ignorarlo en la descripción, o bien inventarlo según mi deseo para llenar los huecos de la narración. El segundo camino que concibo es tan "simple" como dejarme hablar, iniciar así una narración que me permita partir de mí mismo para dirigirme hacia otro que, confío, sepa escuchar (en efecto me refiero a usted, amable lector). Podría ser esta una elección inadecuada y sin embargo creo que me compromete y que lo compromete a usted aún más. Creo inclusive que podría decir que ésta sería la única forma de comprometernos...no sé... después de todo ¿no es este un reporte de experiencia profesional? y ¿no acabo de decir que no hay experiencia sin sujeto? Así, en lugar de reescribirlo, dejé que "el capítulo 2" impusiera sus condiciones, que son las mismas que demanda la objetividad científica. No lo modifiqué puesto que, tal y como esta escrito, cumple su función. Pero también me preparé para convocar otro texto, mismo que usted está leyendo en este momento, (y que puede abandonar, si es que no quiere ir más allá) que me permitiera hablar de esta experiencia desde otro lugar, un lugar más humilde y menos objetivado, porque ese lugar es precisamente el que ocupa mi experiencia en tanto persona. Que empiece pues mi narración:

Desde el momento en que decidí estudiar psicología, también decidí que me dedicaría a la clínica. Sin negar la importancia de las otras áreas de nuestra disciplina, a título personal, puede decir que sólo la práctica clínica me satisface. (Posteriormente, como resultado del deseo de entender mejor mi práctica, sentí la inclinación por estudiar la epistemología de la psicología, pero esto no es sino una prolepsis). A lo largo de toda la licenciatura, observé que existía una importante desvinculación entre la teoría y la práctica. En licenciatura experimenté todos aquellos subterfugios que buscan disminuir esa absurda brecha, por ejemplo: fui a las "visitas" a hospitales psiquiátricos; participe en los "role-playing" con mis compañeros; realicé la aplicación de pruebas, a quien, literalmente hablando "se dejara". Y aunque de alguna forma estas experiencias

subsanaban un poco la ausencia de práctica verdadera con personas que realmente demandan atención, considerándolo a la distancia y con la frialdad que dan los años creo que también fomentan una distorsión importante en las habilidades clínicas del psicólogo en formación. Por ejemplo, sólo entendí realmente cómo interpretar el Bender cuando me enfrenté a la prueba de una persona con datos de daño neurológico. Antes de eso, todos los Bender me parecían iguales y sobreinterpretaba diferencias no significativas entre ellos. Y es que la clínica se aprende en contacto con las unidades nosológicas, el entrenamiento primario consiste en saber separarlas de lo no patológico y no en confundirlas con ellas. Abusando de los ejemplos, en el caso de los “role-playing” encontramos una gran cantidad de elementos que son completamente diferentes a una situación clínica real. De esta forma, por mencionar alguno de ellos no es lo mismo enfrentarse a la resistencia de un compañero que no quiere que algo de él salga en el juego a la colaboración de alguien que quiere dejar atrás sus dificultades. No importa lo bien que sepamos imitar patologías individuales o relacionales, no es lo mismo jugar a ellas que verlas funcionar dentro del contexto real que las determina, contexto que dicho sea de paso, casi siempre es ignorado. Por otra parte y aunque las comparaciones suelen ser odiosas, al observar que en la facultad de medicina desde el tercer año los muchachos se encuentran en escenarios reales como internos de pregrado, no puedo sino sentirme en desventaja ya que *la falta de practica real en escenarios clínicos es uno de los grandes problemas que encuentro en la formación profesional del psicólogo clínico a nivel licenciatura*. La práctica clínica la obtuve “sobre la marcha” pero el sentimiento de inseguridad de no saber si estaba desempeñándome adecuadamente no me lo podía sacudir del todo.

Durante la huelga de 1999, antes de obtener mi licenciatura, asistí con mucha emoción a la presentación de los programas de Maestría en psicología en la División de Educación Continua (ya que este era uno de los edificios que no estaba secuestrado). Recuerdo que en aquella presentación se nos comentó sobre un “plan de terapia familiar” próximo a abrirse e inmediatamente me interesé por él. Como ya se adivina, en este punto puedo decir que, uno de los motivos principales que posteriormente me llevo a concursar para obtener un lugar en el programa de Maestría en Psicología fue el hecho de que ésta se hubiese reformulado y ofreciera la posibilidad de realizar una residencia en un campo específico de formación. A los pocos días de titularme, pensando que tendría que esperar para ver si en el siguiente año se abría el prometido programa de “Terapia Familiar”, por azar abrí “La Jornada” donde se encontraba la convocatoria para el mismo... y es ahí donde realmente empezó todo. Posteriormente una vez aceptado e inscrito en la maestría, con la confianza de que iba a adquirir la tan deseada experiencia supervisada en el trabajo clínico, fue que inicie mis actividades en mi sede. El centro de servicios psicológicos, como ya se mencionó, se encuentra en el sótano de los edificios de posgrado que entonces eran casi nuevos. Pisar estas instalaciones por primera vez como residente fue muy significativo para mí, porque aún recordaba el propósito que formulé de que “pronto voy a estudiar en ellos” y lo prometedores que lucían cuando los veía desde mi salón de licenciatura. Por la hora y la época del año (otoño a las nueve de la mañana) las cámaras de observación se encontraban particularmente frías, esto, aunado a la imponente presencia de la Dra Mary Blanca Moctezuma, dotaba de un carácter casi sagrado a la ocasión. Nuestra primera experiencia clínica en la maestría (al decir nosotros me refiero al grupo de residentes) consistió en la conformación de un equipo terapéutico. Esta noción me resultó muy novedosa ya que no se trataba únicamente de

observar pasivamente a nuestros profesores, sino de conformar una unidad de trabajo más grande, un sistema que cumpliera con diferentes funciones y tareas al mismo tiempo. Al respecto, creo que es importante señalar que la prueba última de una teoría o de un método es la capacidad que tenga para aplicarse así misma, de esta manera, uno de los elementos que considero cruciales para mi formación es el haber entendido la importancia de la comprensión de la intervención terapéutica como un sistema en sí mismo.

Así, conforme el equipo terapéutico iba adquiriendo consistencia, crecía el respeto mutuo a las formas divergentes de pensamiento que cada uno de nosotros necesariamente presentaba. En otras modalidades de trabajo, suele pasar que se compite para imponer una idea, o en el mejor de los casos, se arma una idea entre todos, pero en el trabajo sistémico es importante la coexistencia de diferentes ideas cuya interrelación dotan no de una nueva idea, sino de mayor profundidad a la comprensión de la problemática, de ahí que la riqueza de las discusiones consistieran no en imponerse o en demostrar quién sabía más, sino en la co-creación de hipótesis cuyo nivel de abstracción no hubiese podido ser alcanzado de forma independiente por ninguno de nosotros. Una vez que esta novedad se había convertido en partes esenciales de la cotidianidad, nos tocó el turno de cumplir un papel diferente en el sistema terapéutico, que consistía en ser ahora el terapeuta que se encontraba frente a la familia. Sería ocioso y muy pretencioso negar un hecho evidente, pasar al frente de una persona más preparada y un grupo de pares para mostrar un desempeño es algo que genera mucha angustia. Pasar al frente de la familia por primera vez fue algo que me atemorizó. En ese momento, experimenté una división, primeramente me preocupaba atender correctamente a la familia, pero por el otro lado, no podía sino ser consciente de que me observaban y que aceptar una crítica sería particularmente doloroso. Lo que encontré en mi primera intersección ayudó grandemente a disminuir este temor. La doctora Moctezuma orientó mi desempeño y mis compañeros mostraron que su preocupación principal era la familia y consecuentemente el trabajar juntos para poder ayudarla. Mentiría si dijera que mágicamente la angustia desapareció, pero las “pre”, “inter” y post-sesiones se convertían en ocasiones que permitían entenderla en un clima de respeto y no resultaron como lamentablemente sucede en muchos otros espacios de los que he tenido noticia, una quema de brujas. Otro elemento importante de la formación sistémica es el movimiento continuo de revisión de lo ya hecho y la corrección del propio desempeño a partir de las múltiples fuentes de retroalimentación con las que se cuenta.

Mi inserción en Casa Alianza fue sincrónica con la práctica de la terapia narrativa y reflexiva. Creo que a cierto nivel, ambos eventos se complementan y esto me lo explico de la siguiente manera: en el sistema terapéutico, las pautas de conducta del terapeuta y del cliente tienden a una diferenciación complementaria, entre más “paciente” es el paciente mayor poder tiene el terapeuta, y esto afecta fuertemente la comprensión que se puede llegar a tener de la vivencia del cliente. El mismo patrón complementario ocurre en las instituciones de salud, es decir, se crea separaciones muy marcadas entre enfermo mental y psiquiatra, entre residente adscrito y usuario, y entre niño de la calle y reintegrador familiar. Bajo este esquema de pensamiento, lo que consigue la terapia narrativa y reflexiva es introducir pautas simétricas en la relación que frenan esta diferenciación complementaria. No es fácil acercarse por primera vez a los niños de la calle, y no es algo que sea del todo seguro, pues no tanto la integridad física, sino la psicológica es puesta en juego. Tuve la suerte de ser grandemente apoyado por mi

compañera de residencia Angélica García, literalmente sin ella no hubiera podido hacerlo. Dos de las cosas que más me sorprendieron y a las que volveré más adelante, son las siguientes, que el niño de la calle sea particularmente inteligente y que en las familias donde se da la expulsión parece haber una ausencia de diferenciación jerárquica. En la atención a estas familias pude observar de una forma muy clara que las posturas extremadamente rígidas, como las que buscan proteger un lugar profesional, son extraordinariamente iatrogénicas, y que el proceso terapéutico tiene que producir sus herramientas no a partir de un esquema teórico, sino de lo que se “tenga a mano”.

La práctica de la terapia narrativa y reflexiva, nos recuerda algo que a menudo se nos olvida, que es el hecho de que también somos personas y sentimos. Cualquier intento por sentir menos es en prejuicio de nosotros mismos, sería extremadamente paradójico que un profesional de la salud mental al intentar ayudar a otros se lastimara a sí mismo, por lo tanto, gran parte del trabajo de la psicoterapia consiste en poder estar bien uno para así ofrecer lo que se tiene. Un fenómeno curioso que he observado y espero no ser el único que lo ha hecho, consiste en que cuando se describe a una persona, a una cosa o a un periodo de tiempo que particularmente se aprecia, parecería como si fuera lo único en la vida que valiera la pena, creo que esto pasa porque no se puede describir algo sin implicarse a uno mismo en la descripción, y así hablamos de la cosa, el periodo o la persona a la luz de nosotros mismos. En otras palabras, esta importancia no es dada a lo descrito, sino a quien describe. Mi experiencia es una entre cientos en esta Universidad, una entre miles en todo el ámbito de la salud y como tal a una escala mayor carece de importancia. Por otra parte, esta descripción, obviamente tiene recortes sobre cosas que conforman mi intimidad y que no siempre estuvieron entre mieles. Antes de complicar aún más, quiero terminar señalando lo siguiente, en la descripción formal que hice en el capítulo 2, no me encontraba y quería dejar algo, aunque fuese pequeño donde usted leyera como yo viví algunos de esos momentos que desembocan en este reporte.

CAPÍTULO 3

BASES DE UNA DISCIPLINA, APROXIMACIÓN A UNA DIVERSIDAD

“DETRÁS DE LO QUE DICE BATESON HAY ALGO, PERO NUNCA DICE DE QUÉ SE TRATA”. RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA, ALUMNOS DE GREGORY BATESON.

PARA PODER PENSAR NUEVAS IDEAS O DECIR COSAS NUEVAS, NOSOTROS TENEMOS QUE ROMPER TODAS NUESTRAS IDEAS YA ARMADAS Y MEZCLAR LOS PEDAZOS.... EL CONOCIMIENTO ES ALGO QUE ESTÁ COMO TEJIDO O TRAMADO, COMO UNA TELA, Y QUE CADA PEDACITO DE CONOCIMIENTO SÓLO TIENE SENTIDO O UTILIDAD GRACIAS A LOS OTROS PEDACITOS... GREGORY BATESON. PASOS HACIA UNA ECOLOGÍA DE LA MENTE.

I. CONTEXTO

“...Y DIOS CONFUNDIÓ SUS LENGUAS”

Ó INTRODUCCIÓN

En “Mind and Nature” (1979) Gregory Bateson se permite plasmar una frase que a mi parecer refleja una realidad extremadamente terrible, pero que indudablemente es cierta:

“Las ideas excesivamente simplistas desplazan siempre a las más elaboradas y lo vulgar y detestable desplaza siempre a lo más hermoso, y sin embargo, lo hermoso persiste”.

Es alrededor de esta cita que mi pensamiento ha girado; me pregunto si ocurrirá lo mismo dentro del marco del pensamiento sistémico, me pregunto ¿no es que cada vez, usamos (y nos identificamos) con ideas más y más simplistas en detrimento de la hermosa complejidad que Bateson nos ayudó a manejar y que es el corazón y el alma de nuestra disciplina? He de confesar que invertí mucho tiempo tratando de encontrar el título adecuado para este capítulo. Originalmente, tal y como lo concebí en el plan de la obra que le presenté a mi Tutor Académico, el Mtro. Arturo Martínez Lara, este capítulo debió de haberse llamado algo así como “Regreso a Babel” o “Bajo la torre de babel” puesto que uno de sus objetivos consiste en continuar el diálogo que inicia Scoot Miller y col (1997) en su libro “Escape de Babel” sobre la pertinencia del uso de modelos en la práctica psicoterapéutica. Pero siendo totalmente sincero, después de haber escrito una introducción *ad hoc*, toda la idea de hacer jugar el texto con conceptos tales como “escapes”, “regresos” y “bajo de”, me recordaba fuertemente, una y otra vez, la saga cinematográfica compuesta por “El planeta de los simios” (1968), “Escape del planeta de los simios”(1971) y “Bajo el planeta de los simios” (1970), al punto que, la insistente imagen de Charlton Heston observando los restos de la estatua de la libertad terminó por hacerme decantar por otra opción que no me sugiriera sobre una futura e hipotética ruina de la terapia familiar, sobre el fin de la psicoterapia tal y como la conocemos.

Así que puse de nuevo manos a la obra y generé otra serie de títulos igualmente plausibles para este capítulo. Entre los que se me ocurrieron hubieron algunos que pudieron haber sido tan cursis como “y sin embargo lo hermoso persiste”; tan simpáticos como “mapa sistemáticamente práctico de la práctica sistémica”, que pudieron haber pecado de parquedad como “Pautas” e inclusive (y porque no) en el colmo de mi desesperación y de la inhibición que no me dejaba avanzar, estuve a punto de utilizar

solamente por título cualquiera de estas palabras pelonas “Marco teórico”o “análisis teórico conceptual” Pero, las redundancias de este sistema formado por mi identidad y por lo que deseo transmitir sólo me permitieron elegir un solo título, el actual, (que entre otras cosas también es estético porque guarda coherencia relacional con el estilo de los demás).

Posteriormente me detuve a reflexionar que, al comportarme de esta manera al elegir el título de este capítulo termine actuando isomórficamente precisamente aquello de lo que quiero hablar, es decir, no pude sino crear una diversidad de títulos para comenzar a elaborar la cuestión que me apremia, a saber: el por qué en la práctica sistémica existe tal diversidad de modelos terapéuticos que no sólo “coexisten pacíficamente”, sino que se son usados por los clínicos de forma sincrónica, y que, en un nivel mas profundo, no pueden sino influenciarse mutuamente, dando como resultado, tanto la aparición de nuevos modelos como la mutación de los ya existentes. Otra forma de expresar lo anterior sería de la siguiente manera: utilizando las palabras y las categorías conceptuales del pensamiento de Bateson, no sería arriesgado decir que el campo que nos ocupa puede y tal vez deba definirse como el de “la ecología de las ideas sistémicas” y en consecuencia mi trabajo en ese sentido debería apuntar por una parte a encontrar la “pauta que conecta las diferentes manifestaciones del pensamiento sistémico”, para posteriormente poder dar cuenta de las “pautas simétricas y metaméricas” que regulan la diferenciación gradual de los modelos terapéuticos de inspiración sistémica De esta manera, es como si el material mismo me dijera aún antes de que yo lo formulara así, que uno no se puede desembarazar tan rápido de la diversidad, que de alguna forma, esta misma diversidad es necesaria. En el momento que asumí plenamente lo anterior fue cuando llegué a la necesaria conclusión de que contrario a lo que muchos desearían pensar, la profusión de modelos no es únicamente una característica extrínseca y por lo tanto de valor exclusivamente descriptivo de la práctica sistémica, sino que, por el contrario es una necesidad profunda del pensamiento sistémico al grado que me atrevería a decir que cualquier intento tendiente a unificar modelos o inclusive a seleccionar el mejor, resultaría irremediablente en la muerte de la nueva epistemología sistémica que tratamos de defender. Por lo tanto, el siguiente apartado (entre otras cosas por supuesto) se dedicará a contestar las siguientes preguntas ¿Qué función cumple en la totalidad de la práctica sistémica el hecho de que exista una gran variedad de modelos terapéuticos derivados de ella? y ¿por qué el terapeuta sistémico no puede prescindir ni de usar modelos ni de generar una gran cantidad de ellos como resultado de su práctica clínica?

II. METÁLOGO

“QUÉDESE USTED CON EL CHIMPANCÉ”

Ó ¿POR QUÉ LOS TERAPEUTAS FAMILIARES CREAN MODELOS?

Una de las peculiaridades más llamativas que podemos señalar como características de cualquier terapeuta sistémico es el hecho de que a lo largo de su formación aprende, (o en el peor de los casos se ha visto obligado a aprender), una gran cantidad de modelos y técnicas terapéuticas en apariencia muy divergentes pero que al fin y al cabo, terminará usando para lo mismo.

Esta diversidad en este sentido no es especializada, como podría serlo un juego de llaves, donde existe una y sólo una para cada medida de tuerca. Al contrario la diversidad de modelos en terapia familiar es más bien concurrente, como podría serlo un menú donde todos y cada uno de los platillos enumerados tienen la única función de

aplacar el apetito y cuya selección podría parecer caprichosa. En otras palabras, los diversos modelos de terapia sistémica no son creados para abordar igual número de problemáticas, sino que cada modelo cuenta con estrategias más o menos desarrolladas para abordar de formas diferentes casi las mismas demandas y problemáticas que los otros modelos con los que “compite”. Es decir parecería que la formación del terapeuta sistémico en este sentido es redundante. Retengamos esta idea ya que volveremos después a ella.

Por otra parte, una vez que su entrenamiento ha terminado, es muy común que cada terapeuta sistémico “escoja”, por así decirlo, para trabajar, un modelo de entre todos los aprendidos. La elección de dicho modelo depende principalmente de que el terapeuta se sienta cómodo con él, pero a la vez, ese mismo terapeuta no siente empacho alguno en moverse de uno a otro modelo cuando así lo decide, porque al fin de cuentas, esta familiarizado con todos.

Al preguntarle al respecto de esa libertad que observamos en su práctica, es probable que nos conteste de la siguiente forma *“no hay ningún problema en hacer como hago, ya que todos los modelos son distintas formas de una sola terapia sistémica”*. Y bien podría agregar, *“si cambio de un modelo a otro no es por cuestión de pericia o incompetencia ya que soy “igual de bueno” en uno que en otro modelo. Es más se lo puedo demostrar ahora mismo si insiste. Si usted gusta, y es su intención retarme, puedo describirle este “caso” a partir del modelo sistémico que usted me señale”*. Apuntemos pues otra idea. La redundancia que observamos en la formación del terapeuta sistémico y que también se manifiesta en su practica clínica no puede ser un defecto ni una pérdida de tiempo, sino más bien sospechamos es una forma de ventaja que inclusive podríamos calificar de ventaja adaptativa, en el sentido biológico del término que en este momento aún no podemos enunciar, pero que seguramente se nos revelará de forma más clara conforme avancemos en nuestra investigación. Sin embargo, en este punto hay que hacer frente a una objeción que cualquiera nos podría hacer más o menos en estos términos.

“Por una parte, usted nos dice que la abundancia de modelos terapéuticos es una ventaja para el terapeuta y nos pide que le tengamos confianza, aunque aún no nos pueda precisar e inclusive decir cuál es esta supuesta ventaja. Sin embargo, no podemos ignorar lo que otros autores nos dicen. Por ejemplo Miller y col (1997), no dudan en señalar que de acuerdo a potentes análisis estadísticos aplicados a metaánalisis sobre los factores que contribuyen al éxito de la terapia, se puede observar lo siguiente: parece ser que los modelos terapéuticos no hacen ninguna o bien hacen muy poca diferencia en los resultados de la terapia. Así como están las cosas, donde usted ve ventaja yo no puedo sino ver desventajas. Si los modelos terapéuticos no hacen ninguna diferencia en el resultado de la terapia y al terapeuta sistémico se le enseña no uno, sino varios de esos modelos, entonces este profesional no hace otra cosa sino que perder el tiempo cuando lo dedica a aprender modelos que no sirven para nada o sólo son poco útiles y que para colmo de males son redundantes”.

En efecto, tengo que concordar con la crítica anterior y aceptar que esta afirmación de Miller y col. (1997) pone a la práctica sistémica al borde del abismo del sinsentido. A punto de capitular (como lo estoy yo) mi convencimiento sobre la supuesta ventaja que he sostenido y a punto de decirle adiós a la profusión de modelos de la práctica sistémica, no puedo sino hacerle caso a un último rayo de esperanza que consiste en lo siguiente: la experiencia que me ha brindado mi práctica profesional como terapeuta

sistémico me dice que, en efecto, me ha resultado muy provechoso conocer no uno, sino varios modelos y que a lo mejor lo que pasa es que hay algún aspecto oculto que no he considerado y que guarda la clave para solucionar la aporía en la que nos sume las afirmaciones de S. Miller y col. Así que, algo reconfortado y no tan desanimado, pienso que tal vez sería provechoso seguir las argumentaciones de Miller y col. (1997) a ver que encontramos de útil para nuestra exposición, a ver si se les ha escapado algo valioso.

Por ejemplo, ellos dicen que desde el punto de vista de los resultados, no hay un modelo terapéutico mejor que otro, mencionan además que todos aquellos estudios que pretenden demostrar la superioridad de un modelo no tienen sentido, ya que sus resultados son artefactuales. Si a los resultados finales se les agregan las muertes experimentales y otros factores similares no tomados en cuenta, se observa que todos los modelos terapéuticos funcionan siempre igual de bien (o igual de mal como usted lo prefiera). Así que, a estos autores, les cuesta trabajo concebir cómo es posible que algo que importa tan poco en el resultado de la terapia, es decir y según ellos, el modelo terapéutico, pueda ser la fuente de tantas discusiones y rivalidades entre los terapeutas. Estos autores llegan a la siguiente conclusión: si es que existe un aumento de más del 250% en el número de modelos terapéuticos desde los años 60's a la fecha, si hay encarnizadas discusiones entre los representantes de estos modelos para demostrar la superioridad de su creación, si enfatizan más las divergencias que las similitudes y si realmente no hacen una diferencia en el resultado, es que la creación de nuevos modelos obedece a razones menos nobles que las terapéuticas, es decir, cada autor de un nuevo modelo busca ensalzarlo para así poderlo venderlo mejor, no al paciente que poco o nada sabe de modelos terapéuticos, sino a los otros terapeutas a los que pretende "convertir" a su modelo, ya que todo clínico enfrentado a la constante demanda sus clientes deviene un consumidor insaciable de las novedades terapéuticas.

Ante estos argumentos, nuestro crítico se podría apresurar a decir: *"Ah, ahora ya veo cual es su supuesta ventaja señor; El que el terapeuta sistémico tenga que aprender tantas técnicas y modelos, es sólo una estrategia vil y rastrera para prolongar innecesariamente su formación y hacer que él o las instituciones involucradas gasten más en ella. No se trata más que de una artimaña de mercadotecnia muy similar a la moda que, una vez que nos forzó a adquirir el nuevo modelo, al cabo de muy poco, poquísimo tiempo nos dice que ya estamos pasados de moda y que hay que volver a adquirir lo nuevo de lo nuevo; lo más "chic"; lo mas actual"*.

Siguiendo con estas reflexiones, parecería que el panorama ético de nuestra disciplina se pone más y más negro. Miller y col. (1997) se pronuncian en ese sentido cuando muestra su preocupación de que la proliferación desmedida de modelos implique tarde que temprano la vulgarización de la práctica sistémica en particular y psicoterapéutica en general. Así argumentan que los otros, es decir, los médicos, los abogados, los jueces, las aseguradoras, sienten poca confianza hacia un campo profesional que cambia con tanta rapidez. Como resultado de lo anterior Miller y col. proponen que es necesario buscar un lenguaje unificado para la práctica terapéutica que extraiga lo que verdaderamente sirve en terapia y se deje así de practicar todas aquellas cosas que simplemente están de mas. Obviamente este "Lenguaje Unificado" es el que ellos mismos proponen y que señalan como la única opción viable para seguir en nuestro campo.

En este punto, la voz de nuestro crítico se levantaría más o menos en estos términos. *“¡Que bien! hasta que hacen algo decente. Lo lógico es que organicen su práctica, dejen de ocuparse de cosas innecesarias como los modelos y empiecen a ocuparse de estudiar y propiciar aquello que realmente sirve en terapia”*.

Precisamente este es el momento en que nosotros podemos contraatacar y empezar a señalar las fallas que podemos observar.

En primer instancia, aunque los autores se empeñen en demostrar que no están creando un modelo terapéutico más, al hablar de qué elementos son necesarios que el clínico fomente en el sistema terapéutico; para asegurar que el cambio sea efectivo; para asegurar el éxito en terapia; etc. Sin importar que “juren y perjuren” que no lo hacen todos estaremos de acuerdo que terminan proponiendo un nuevo modelo, y aunque se quejen de la arrogancia de aquellos que presumen su modelo para venderlo mejor, no pueden evitar presumir que su propuesta es “la condensación empírica y clínicamente basada de la **crema y nata** del cambio positivo en los pacientes”, y que “sólo se trata de **unos pocos principios** que están en el corazón de todas las terapias” que están al alcance de todos los clínicos que se acerquen a ellos.

Por lo tanto aunque Miller y col. (1997) aseguren lo contrario, este lenguaje unificado no se puede instituir como un metamodelo terapéutico, sino que, por sus propias características, termina ni mas ni menos que por convertirse el mismo en un modelo más, modelo entre los muchos otros que se han creado y que, por lo consiguiente, al no pertenecer a un tipo lógico diferente también está sujeto a las críticas que ellos mismos hacen a todos los demás modelos. De hecho todos los modelos terapéuticos que se han desarrollado en el fértil suelo sistémico han seguido los mismos pasos del supuesto metamodelo de Miller y Col. (1997) a saber: validación y observación empírica de lo que funciona o no en modelos anteriores, trabajo de sistematización y por último elaboración de nuevas propuestas teóricas, conceptuales y de intervención.

Y ya que soy terapeuta sistémico no puedo sino demostrar mi pasión por las metáforas, ilustrando lo anterior de forma muy clara con una historia que paradójicamente ellos mismos citan en su libro:

Se trata de unos monjes Zen que ante la petición de su Sensei de guardar silencio como medio para alcanzar la iluminación reaccionan de la siguiente manera:

El primero pregunta “¿guardando silencio alcanzaré el satori?”;

El segundo le dice, “que no entiendes que tienes que guardar silencio”;

El tercero, exclama “cállense los dos”; y por último,

El cuarto lleno de orgullo proclama en un jubiloso grito “soy el único que entendió que bajo ninguna circunstancia hay que hablar”.

Miller y col. (1997) señalan que los modelos terapéuticos importan poco y proponen dejarlos atrás para poner atención a aquellos aspectos que si importan. Aquí cabe preguntarnos, ¿Es realmente posible prescindir del todo de los modelos terapéuticos en la práctica clínica? Me gustaría contestar esta pregunta con un pequeño rodeo.

El famoso antropólogo Lévi-Strauss (1962) al referirse a los pintores abstractos, dice que sus obras nos muestran cuál sería el estilo de su pintura si se decidieran a representar algo. En otras palabras lo que nos dice es que el arte abstracto es puro estilo sin representación. En ese mismo sentido, una práctica terapéutica orientada únicamente según los principios identificados por Miller y col., si tomamos el símil del arte propuesto por Lévi-Strauss, consistiría en la representación pura sin estilo, es decir,

no se trataría de una obra de arte, sino de una fotografía instantánea tomada por accidente al dispararse el obturador de la cámara sin que fuera intención de nadie hacerlo. He aquí entonces nuestra respuesta: No, no se puede prescindir de los modelos porque aunque sus efectos no se reflejen en las varianzas de los resultados finales, son la única forma en que un ser humano puede hacer terapia. En este sentido, los modelos son factores intervinientes que, aunque no dejan huella en el resultado final, son imprescindibles para que se realice el proceso de terapia y su participación es la que colorea y da sentido a dicho proceso.

Así, siguiendo a Miller y col. (1997), es totalmente cierto que todas las terapias exitosas comparten entre sí los efectos benéficos de los factores extraterapéuticos y de los factores debidos a la buena relación terapéutica. Tampoco se puede desmentir el hecho de que en todas ellas, juegan un papel muy importante la expectativa, la esperanza y el efecto placebo. También es cierto que en la conjugación de estos factores, está gran parte del éxito terapéutico y que los factores del modelo y la técnica tienen poca implicación en que un resultado sea exitoso o no. Pero, si algo podemos rescatar del pensamiento de Bateson, es precisamente la enseñanza de que sólo las pequeñas diferencias pueden ser responsables de que las secuencias divergentes sean impredecibles, o en otras palabras, y en nuestro caso, aunque en la varianza del éxito terapéutico los factores debidos a la técnica y el modelo tengan poca importancia, en la experiencia subjetiva del proceso terapéutico, éstos factores hacen una gran diferencia.

Por favor, permítame ilustrar lo anterior con un ejemplo metafórico bastante extremo: estamos de acuerdo que en la más probable de las situaciones (es decir aquella en la que usted no muestre conducta homosexual, zoofílica o similar), claramente preferirá pasar la noche con un bello representante de nuestro sexo opuesto dispuesto a agradarle y no con un chimpancé, (aunque también sea del sexo opuesto, y aunque también, para los criterios chimpancé, sea un bello representante, y menos aún si desgraciadamente también esta dispuesto a complacerle). Y esto es así porque obviamente podemos observar que hay una diferencia cualitativa entre ambos especímenes, misma que hace que no sea lo mismo para mí, y espero que para también para usted escoger entre una y otra opción, más aún si suponemos que nuestra motivación para pasar la noche acompañado es de carácter sexual. Sin embargo, en mi papel favorito, el de abogado del diablo, permítame recordarle que su elección bajo criterios cuantitativos estrictamente genéticos parecería enormemente desdeñosa y arbitraria por no estar justificada, ya que sólo hay una separación aproximada del 2% en el material genético de sus opciones. ¿Realmente su elección por uno o por otro está verdaderamente justificada?

Creo que esto muestra sin lugar a dudas el hecho de que una pequeña diferencia si importa (o por lo menos me importa a mí, así que, si así lo desea mejor quédese usted con el chimpancé) y que los datos cuantitativos reflejan mal los asuntos relacionados con el sentido y con la experiencia subjetiva que obviamente si importa. Así, a manera de conclusión, diremos que aunque dos personas puedan reportar que su proceso terapéutico fue exitoso, (lo cual constituye un dato cuantitativo), no es la misma experiencia subjetiva (lo cual constituye un dato cualitativo) ser tratado con el enfoque narrativo (White, 1997) que con la terapia de deprivación sensorial del Dr. Morita. (Seligman et.al. 1984)

Tras esta argumentación, es probable que nuestro crítico se haya suavizado un poco y un tanto intrigado señale lo siguiente. *“Bueno, parece ser que en cierta forma no es*

posible la práctica de ningún tipo de terapia sin que el clínico use o cree modelos terapéuticos, sin embargo, aún no estoy convencido de que el modelo sea algo útil en sí mismo. Tal vez sólo se trata de un metaproducto del proceso terapéutico, algo así como el aserrín que se produce cuando se corta madera o el vapor que se desprende de la olla cuando se cuecen papas, es decir, tal vez los modelos no sean otra cosa que residuos que, para ahorrar recursos, sería muy bueno, si no prescindir de ellos, cosa que parece imposible, si tratar de reducirlos a su mínima expresión”.

Habría que señalarle a nuestro interlocutor que su crítica es muy aguda y que de hecho coincide en cierta forma con uno de los planteamientos que hacen Miller y col. (1997) cuando señalan que para ellos los modelos son ayudas que el clínico necesita para aprender a practicar los elementos del “Lenguaje unificado” y una vez que ya los ha dominado por completo puede entonces prescindir del modelo. Es decir, para ellos es como si los modelos funcionaran de forma muy similar a las rueditas que algunas bicicletas traen en la ruedota posterior y que ayudan a que el niño no se caiga pero, una vez que ya ha crecido, es necesario retirarlas para que no estorben el buen funcionamiento del vehículo.

Después de esto, podríamos decirle a nuestro crítico *“Bueno, si únicamente nos quedáramos con lo anterior, la respuesta estaría más que clara, y ya no tendría nada más que argumentar en contra de la afirmación de que los modelos no pueden contribuir en el éxito de la terapia, ya que sólo son “la envoltura en la que se conservan frescos los elementos del lenguaje unificado” mismos que sí son los que realmente funcionan por ser los elementos comunes a todas las terapias exitosas. Sin embargo, aún no puedo contentarme con este planteamiento, y esto es porque yo mismo soy un clínico y a su vez también he experimentado que el uso de los modelos terapéuticos no sólo es algo útil, sino completamente necesario, completamente imprescindible Dentro de mí, estoy convencido que los modelos terapéuticos trascienden esta simple función, que hay algo más valioso en ellos que el ser simples muletilas”.*

Después de todo, creo que otra vez tendré que echar mano de mi experiencia terapéutica para investigar este planteamiento. Creo que el primer paso de esta investigación, consistirá en señalar cuáles son, según yo, las funciones que los modelos terapéuticos cumplen en la psicoterapia, o por lo menos, cuáles son las funciones que yo he podido observar en mi práctica e invitarlo a usted a reflexionar al respecto conmigo. Si no tiene nada que objetar, empecemos ya:

PRIMERA OBSERVACIÓN: “EL TERAPEUTA NO SÓLO ES UN TÉCNICO DEL CAMBIO”. Creo yo que uno de los principales errores que cometen Miller y col. (1997) al proponer su “Lenguaje Unificado”, consiste en concebir al Terapeuta como un mero “técnico del cambio”. Si bien es cierto que una de nuestras principales preocupaciones es poder ayudar al cliente a cambiar de la forma más económica y elegante posible, también es igual de cierto que los terapeutas no sólo hacemos esto, que somos personas tratando a personas y personas tratando de comprender una realidad, tal y como veremos a continuación.

SEGUNDA OBSERVACIÓN: “NO BASTA CON HACER, ES NECESARIO EXPLICAR Y ORDENAR”. Sigmund Freud al definir la palabra “psicoanálisis” en sus “Dos artículos de enciclopedia” (1922), identifica tres acepciones del término, a saber, el psicoanálisis es: 1) un método de investigación; 2) un método de tratamiento; 3) una serie de concepciones que van formando progresivamente una nueva disciplina. Extrapolando la anterior definición a nuestra discusión sobre los modelos (ya que al fin de cuentas el psicoanálisis es

considerado un modelo) podría decirse que las funciones que éstos cumplen en la práctica psicoterapéutica son las siguientes: 1) Nos permiten explicar el campo clínico; 2) nos permiten derivar procedimientos terapéuticos de dicha explicación y 3) nos permiten ordenar de forma coherente nuestra experiencia clínica. Así, podemos señalar que un terapeuta es al mismo tiempo un investigador, una persona que interviene y un teórico que sistematiza y que por lo tanto, los modelos le ayudan no sólo a cumplir con su papel de clínico sino que al mismo tiempo son la base y el resultado de estas otras funciones.

TERCERA OBSERVACIÓN: “LOS MODELOS BUSCAN EXPLICAR”. Antes que nada, un terapeuta aparte de ser un profesional que ayuda a las personas también es un investigador. Aquellas cosas que atraen su atención son muchas, por mencionar sólo algunas de ellas, se puede sentir interesado por la conducta, la mente, la comunicación, los significados, las narrativas y las construcciones sociales de las personas entre un largo etcétera. Y es que al terapeuta le preocupa el poder entender la realidad a la que se enfrenta, le interesa poder explicarla mejor, crear mapas explicativos de ella, no sólo para ayudar a los otros, sino para saber quién es él que es el mundo y por qué él y nosotros hacemos lo que hacemos. Así, una de las principales funciones que cumplen los modelos terapéuticos es servirle al clínico como referentes teóricos que le permitan explicar la realidad, tanto la suya como la del cliente, y en ese sentido, el modelo terapéutico es una construcción social de la realidad. Todo modelo terapéutico necesita de muchos otros clínicos e investigadores para poder conformarse y también, tarde que temprano, terminará por enfrentarse a otros modelos, a otras construcciones de la realidad que buscan dar sentido a las mismas cosas de las que él se ocupa. Por lo tanto, una de las razones por las cuales existen enfrentamientos y defensas encarnizadas del propio modelo terapéutico es precisamente el hecho de que no solo esta en juego el demostrar la superioridad de un puñado de técnicas e intervenciones sino el preservarse de la angustia que produce el descubrir que nuestra concepción de la realidad se desmorona porque es mejor la del otro.

CUARTA OBSERVACIÓN “SIN EXPLICACIÓN NO HAY INTERVENCIÓN”. Michael Foucault en “el Nacimiento de la clínica” (1966) cita el siguiente discurso que Marie Francois Xavier Bichat dirige en 1803 a los estudiantes de medicina:

*“Durante 20 años, de la mañana a la noche han estado tomando nota delante de las camas de los pacientes... **y todo es confusión para ustedes** en aquellos síntomas que, negándose a ofrecer un significado, les ofrecen una sucesión de fenómenos incoherentes. Exploren unos pocos cadáveres: disiparán enseguida la oscuridad que la mera observación no pudo disipar” (negritas nuestras).*

Hay elementos comunes a todos los procedimientos quirúrgicos que implican la completa asepsia del quirófano, la higiene profunda del médico practicante y de quienes lo asisten, el uso de analgésicos y anestésicos, y el monitoreo continuo de las constantes vitales del paciente. Todos y cada uno de estos elementos, son responsables del éxito de la intervención, y son los elementos comunes a todos los procedimientos quirúrgicos exitosos. Sin embargo, hay un elemento que varía y que en la tasa de varianza podía parecer que importa poco en el éxito del procedimiento, entendido éste en su forma más simple como evitar que el paciente muera. Dicho elemento, es el procedimiento quirúrgico en sí, no es lo mismo la operación a corazón abierto que el trasplante de riñón, ni la ablación de las amígdalas, que la cesárea practicada de urgencia. La decisión sobre qué procedimiento quirúrgico se tiene que practicar y bajo que circunstancias éste resulta benéfico para el paciente, depende del diagnóstico previo, en otras palabras, en

medicina si no hay una explicación de lo que le pasa al paciente, no hay intervención posible. Los diagnósticos en medicina se basan en modelos, modelos anatómicos, fisiológicos, farmacológicos, etc. De igual manera, los factores comunes de la psicoterapia pueden asegurar el éxito terapéutico, pero en la ausencia de una explicación previa, explicación dada por el modelo terapéutico, el terapeuta no sabría qué hacer, no sabría en qué enfocarse, ni cómo evaluar sus resultados. Así, aunque el modelo terapéutico importe poco en la varianza final del éxito terapéutico, la ausencia total de modelos haría imposible la práctica de cualquier psicoterapia.

QUINTA OBSERVACIÓN: “EXPLICAR Y ACTUAR SOBRE UNA REALIDAD LLEVA A CONOCERLA, A SISTEMATIZARLA”. Snoopy, el perrito protagonista de la tira animada “peanuts”, se queja amargamente de que “la experiencia es algo que adquirimos cuando ya no nos sirve de nada”. El vivir nos va dotando de conocimientos sobre nosotros mismos y sobre nuestro entorno, a este conocimiento es lo que hemos llamado experiencia, de una forma más restringida, los esfuerzos para explicar el campo terapéutico y encontrar intervenciones eficaces derivadas de dichas explicaciones, constituyen una experiencia terapéutica, misma que para que no se pierda es necesario sistematizar y la forma más común de sistematización de la experiencia terapéutica es el modelo. De esta forma, se puede observar lo siguiente, que un clínico defiende su modelo terapéutico, es el resultado del hecho de que también está defendiendo su experiencia vital, su propia construcción de la realidad, que él ha encontrado útil para desempeñarse y que desea transmitir a otros no sólo para allanarles el camino, sino también para escapar un poco de la muerte.

SEXTA OBSERVACIÓN: ERGO “EL LENGUAJE UNIFICADO TAMBIÉN ES UN MODELO”. Habíamos señalado anteriormente que la propuesta del “Lenguaje unificado” también se constituía a sí misma como un modelo terapéutico, pero, creo yo, no lo habíamos argumentado lo suficiente. Es lógico que usted aún guarde suspicacias con relación a ese punto, así que, por qué no probamos ahora a ver si podemos encontrar en él, las funciones que cumplen los modelos y que describimos arriba. El lenguaje unificado: 1) Nos permite explicar el campo clínico, principalmente haciendo uso de instrumentos estadísticos que terminan señalándonos qué cosas sí y qué cosas no funcionan en terapia, así como en qué grado lo hacen. Primera función identificada, el “Lenguaje unificado” es un método de investigación del campo clínico. 2) Gracias a estos mismos instrumentos estadísticos podemos derivar procedimientos terapéuticos que fomenten aquellos aspectos que fueron encontrados útiles y procedimientos que bloqueen aquellos aspectos que fueron encontrados inútiles o perjudiciales. Segunda función identificada, a partir de la explicación creada se derivan procedimientos de intervención. Y por último 3) El lenguaje unificado es una forma de organizar nuestra experiencia clínica y asegurar la comunicación con otros profesionales, ha generado investigación y adhesión de practicantes, por lo tanto, tenemos aquí la tercera función identificada, ya que ha generado una sistematización de conocimientos.

En este momento, probablemente nuestro crítico se dirigiría a nosotros de la siguiente manera: *“he de confesar que al principio lo escuché con impaciencia haciendo más caso a mi educación que a la sensación de sacar algo en claro de su argumentación, pero poco a poco iba cayendo en cuenta que aunque no me decía nada nuevo todos éstos eran aspectos de suma importancia que no habían sido contemplados en la discusión inicial, por supuesto, que la psicoterapia no es sólo un saber hacer y el terapeuta que lo piense así, verá muy empobrecida su experiencia. La psicoterapia como toda empresa humana busca engrandecer el conocimiento que poseemos, y aunque en primera instancia se busca al*

terapeuta para solucionar problemas humanos, sus otras funciones de teórico e investigador no son menos importantes y no podría realizarlas sin el uso de modelos. Creo que sería motivo de otra discusión el ver el por qué no es tan pertinente el análisis estadístico en la evaluación de modelos, pero antes de que nos desviemos no crea que lo voy a dejar en paz tan fácilmente, si no mal recuerdo, comenzamos hablando del por qué los terapeutas familiares usan tantos modelos y aunque usted ya me explicó por qué son útiles los modelos, me ha dejado en las mismas con relación a la pregunta inicial”.

Me siento apenado de que, una vez que me recordaron mi primer compromiso, es decir, explicar por qué los terapeutas familiares utilizan tantos modelos, sea necesario que haga como hacen los jesuita y en lugar de dedicarme a contestar esta cuestión termine por desplazar la pregunta hacía otra que supongo tiene prioridad por ser lógicamente anterior. Además, se muy bien que podría parecer que estoy tratando de escapar de ella, pero créanme que esto no es así, sólo que, es necesario que primero planteemos esta interrogante debido a que para construir se necesita un terreno firme, y éste terreno nuestro aún no lo está del todo.

La pregunta desplaza que tenemos que contestar primeramente, es la siguiente ¿en qué momento podemos decir que un modelo es diferente a otro? o, puesto de otra manera ¿Será verdad que los terapeutas familiares realmente utilizan varios modelos o utilizan el mismo modelo sólo que con pequeñas variantes que no modifican su esencia?

Como se de su impaciencia, me ahorraré las argumentaciones y ejemplos, y simplemente diré que se puede hablar de dos modelos diferentes cuando éstos no coinciden entre sí, o inclusive, cuando llegan a oponerse en una o varias de sus premisas fundamentales sin importar que estas puedan ser del orden práctico, ético o epistemológico.

Así, tomando como base la anterior argumentación, podemos asegurar que, dependiendo de nuestro foco, podemos afirmar que, al mismo tiempo, los terapeutas familiares sistémicos cuentan únicamente un solo modelo, que es precisamente aquel que les da nombre, el modelo sistémico. Pero por otra parte, al ser éste un modelo basado en premisas tan amplias, permite que dentro de él haya múltiples variaciones que, sin romper con la coherencia del modelo sistémico, terminan siendo opuestas entre sí por cuestiones de grado. Estas variaciones son lo suficientemente opuestas para permitir la existencia de una diferenciación clara y coherente entre ellas, pero (y ahí esta el detalle) a la vez son lo suficientemente uniformes para permitir que se siga dando la conmensurabilidad entre ellas sin abandonar los presupuestos sistémicos.

Por lo tanto, para el terapeuta sistémico su proceso de formación que implica un recorrido por los diferentes modelos terapéuticos que se han derivado de la teoría sistémica no les representa un camino lleno de brechas y saltos; no exige que el clínico en formación tenga que enfrentar dolorosos rompimientos epistémicos y arduos reacomodamientos técnicos. Por el contrario y utilizando una metáfora pictórica para poder expresarnos mejor, más bien se podría hablar de una preparación cuyo objetivo consiste en permitirle al alumno representar el mismo objeto real usando diferentes escuelas y estilos, aplicando diversas técnicas y materiales que terminan dando como resultado la creación de un maravilloso abanico de obras de arte completamente diferentes. La formación del terapeuta sistémico es un proceso gradual que implica el buen dominio de los modelos lógicamente anteriores y el conocimiento profundo de las bases epistémicas comunes para poder así mostrarle al alumno las diferencias

cualitativas que se obtienen a partir de la intervención con tal o cual modelo determinado.

Después de esta pequeña exposición esperaríamos oír de nuestro crítico *“No hay razón para sentirse apenado, ya que es indispensable que antes de hablar de algún particular, primero comprobemos que realmente existe, y en este sentido, podamos plantear aún mejor la pregunta que nos ocupa”*.

A lo que contestaríamos: es precisamente el punto al cual quería llegar, lo que me interesa precisar no es tanto que el terapeuta sistémico maneje varios modelos inconexos, sino que, parte de una epistemología común de la cual se pueden derivar modelos, que aunque son bastante diferentes entre sí, siguen pudiéndose relacionar en una práctica común. Para poder terminar de contestar la pregunta que nos llevo a este dialogo, recordemos que arriba mencionamos que no sólo es una característica del terapeuta sistémico el que pueda manejar varios modelos terapéuticos, sino que además esto representa para él una ventaja, misma que incluso llegamos a calificar de adaptativa. También hay que recordar que ni por asomo dejamos entrever de qué se podría tratar dicha ventaja. Pues bien, ha llegado el momento de que abordemos éste particular y mencionemos no sólo una, sino varias de las ventajas que le brinda en su práctica la profusión de modelos al terapeuta sistémico.

PRIMERA VENTAJA: “LA PROFUSIÓN DE MODELOS, PERMITEN OBTENER UNA VISIÓN MÁS PROFUNDA DEL CAMPO CLÍNICO” De la misma forma que el uso de la cámara de visión unilateral permitió que el campo clínico sistémico adquiriese una nueva profundidad gracias a esta doble visión. El conocimiento y uso de varios modelos terapéuticos le brinda al clínico otra modalidad de “doble visión”. Veamos por qué: Al ser los modelos terapéuticos lentes que nos permiten ver el mundo su funcionamiento necesariamente consiste en resaltar algunos aspectos y opacar u ocultar algunos otros. De esta forma, cada modelo resalta y opaca aspectos diferentes de la realidad a la que se enfrenta, por lo tanto, toda descripción es una selección, una división que nos permite explicar una totalidad pero que, igualmente puede ser sustituida, y sin problema alguno, por un sinnúmero de otras divisiones, es decir por un sinnúmero de explicaciones igualmente válidas.

El sentido común nos dice que cuando tenemos más de una explicación sobre una misma realidad no tenemos sino información de más, es decir, poseemos información redundante y por lo tanto prescindible. Sin embargo, lo anterior no es del todo cierto ya que en el momento en que relacionamos entre sí dos explicaciones diferentes de una misma realidad, (aunque ninguna aporte información nueva con respecto a la otra) surge algo diferente, una nueva descripción pero de un tipo lógico más elevado porque se trata de una relación entre relaciones.

De la misma forma que la percepción de la profundidad sólo es posible gracias al hecho de que contamos con dos ojos que nos dan dos descripciones diferentes de una misma realidad, mismas que se combinan en el cerebro y producen la visión estereoscópica; El terapeuta sistémico al contar con varios modelos terapéuticos, es decir, con varias descripciones redundantes y concurrentes del campo clínico puede llegar a una comprensión más profunda del mismo, siempre y cuando se permita relacionar ambas explicaciones, ambos modelos y obtener una nueva que consistirá en una descripción de descripciones del campo clínico, es decir una metadescripción.

Así lo que caracteriza al terapeuta sistémico y le confiere cierta ventaja ante otros clínicos es que por el hecho de aprender, manejar y aplicar varios modelos terapéuticos es capaz de apreciar el mundo desde diferentes posturas y no sólo eso, sino que también puede combinar dichas apreciaciones para llegar a una visión aún mas profunda de la realidad que le interesa, en otras palabras, puede llegar a tener una metadescripción misma que nunca podría alcanzar al utilizar únicamente un solo modelo terapéutico.

SEGUNDA VENTAJA: “LA PROFUSIÓN DE MODELOS TERAPÉUTICOS FUNCIONA PARA EL CLÍNICO COMO UN “POOL” DE TÉCNICAS TERAPÉUTICAS” Para poder aproximarnos a la explicación de esta ventaja hemos de mencionar que otra forma en la que podríamos definir a un modelo terapéutico es como una serie jerarquizada de elecciones. Así, cada modelo terapéutico de inspiración sistémica “escoge” que aspecto o aspectos de los muchos que constituyen el pensamiento sistémico rescatará y utilizará como base para su desarrollo. Entre las elecciones que tiene que hacer un modelo tenemos por ejemplo el problema de cómo conceptualizará el cambio terapéutico y cómo lo buscará; como abordará el diagnóstico de la situación; que formas de intervención resultan más adecuada; que principios éticos y epistémicos habrán de regir dicha intervención y por último, cuales serán las modalidades de realización de la misma. Al ser cada elección un recorte necesario si, pero también y hasta cierto punto arbitrario, en consecuencia con cada decisión tomada quedarán inexploradas, muchas otras posibilidades igualmente válidas y pertinentes.

Cuando un terapeuta sistémico se está formando no sólo tiene que conocer las bases epistémicas de los modelos, sino que también adquiere el conocimiento de las distintas formas en que los diferentes clínicos han abordado el campo terapéutico en sí mismo y de las intervenciones que han ideado en su búsqueda del cambio. Por ende, al manejar varios modelos terapéuticos el clínico no sólo puede encontrar y aplicar una sino varias soluciones igualmente validas a un mismo problema. La riqueza que brinda el conocimiento de diferentes técnicas que aunque en apariencia sirven para lo mismo es precisamente el de evitar la fijeza funcional del clínico y poder así evitar también que una misma intervención poco exitosa y repetitiva, que no ha tenido éxito en solucionar el problema del cliente termine por convertirse en un problema en sí misma.

TERCERA VENTAJA: “LA PROFUSIÓN DE MODELOS PERMITE UNA MAYOR CAPACIDAD DE MANIOBRA” Desde el punto de vista sistémico, el éxito terapéutico esta directamente ligado con la capacidad que pueda tener el clínico para variar su conducta y no hacer “más de lo mismo”, es decir, El buen desempeño terapéutico está directamente ligado a la capacidad de maniobra que el terapeuta pueda conseguir. El hecho de poder manejar una gran cantidad de modelos le permite al terapeuta sistémico explorar el campo clínico desde diferentes posturas y aspectos, también le permite que su conducta terapéutica sea conspicua, es decir, que pueda ser siempre diferente para así ajustarse a todos y cada uno de los clientes de forma única y particular. Otra consecuencia consiste en que el manejo de varios modelos le brinda la posibilidad de no quedar nunca acorralado puesto que si llega a un límite con el cliente en el cual el modelo empleado a dejado de ser funcional puede en cualquier momento probar con otro modelo que a lo mejor brinda las tan ansiadas respuestas.

CUARTA VENTAJA: “GRACIAS A LA PROFUSIÓN DE MODELOS ES QUE ÉL CLÍNICO PUEDE DESARROLLAR SU PROPIO ESTILO TERAPÉUTICO” Una formación deficiente como terapeuta sistémico llevará irremediabilmente a una practica que aspire a sostenerse únicamente en la aplicación de recetas de cocina mismas que entre más sencillas de aplicar y entre

más se les mencione en la literatura como supuestamente efectivas serán usadas con mayor frecuencia independientemente de los elementos ideosincráticos de cada cliente. Este practicante defectuoso buscará aplicar las técnicas que le han sido vendidas como únicas y maravillosas a la menor oportunidad empobreciéndose aún más en su desempeño. Por otra parte, fácilmente se podrá demostrar que su comprensión sistémica de la realidad a la que se está enfrentando es igual de pobre que su “arsenal” terapéutico. Por ejemplo se sabrá a las mil maravillas la forma de aplicar la pregunta del milagro pero no podrá describir las recurrencias y los ciclos del sistema. Sabrá las categorías del interrogatorio circular pero no podrá describir los avatares de la comunicación. Conocerá las paradojas clásicas pero no así cuáles son los límites las alianzas y coaliciones de la familia que está tratando etc.

Del otro lado tenemos al clínico cuya preocupación primordial es la comprensión profunda del sistema que atiende, comprensión que ha construido gracias a la visión estereoscópica aportada por la conjugación de los diversos modelos que domina. Gracias a esta comprensión es que puede elegir entre la gran diversidad de técnicas e intervenciones posibles que conoce y que es capaz de encontrar no una, sino varias posibles alternativas a seguir por el sistema terapéutico de forma tal que estas sean las más adecuadas para la familia en particular que se está atendiendo y también (y por qué no) las más cómodas y convenientes para las características personales del clínico que atiende.

Gracias al conocimiento profundo de los diferentes modelos sistémicos el clínico no sólo puede crear su propio modelo terapéutico que es una síntesis de su teorizar, de su intervenir y de su sistematizar, sino que además es capaz de realizar esa particular amalgama de todo el pensamiento sistémico con su experiencia que podemos denominar sencillamente como su propio estilo terapéutico. Estilo que no será la reunión artificial de los demás modelos sino una unidad diferente, un nuevo sistema de conocimientos de un tipo lógico superior en relación a aquellos que le dieron origen. Espero que haya podido contestar de forma satisfactoria, la mayoría de las preguntas planteadas. Es tiempo ahora de comenzar a revisar los diferentes modelos terapéuticos de inspiración sistémica

III. RELATO

“MIS HISTORIAS SOBRE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA”

Ó PRELIMINARES PARA UN MAPA EPISTÉMICO DEL PENSAMIENTO SISTÉMICO

Historizar es una forma de construir una realidad a posteriori. Cada intento de relatar una serie de acontecimientos dará siempre como resultado una historia nueva, siempre inédita porque el sentido no está dado de antemano por los acontecimientos en sí, sino por la forma, el énfasis, la selección y el orden en que estos son contados. No se puede describir nada de forma Absoluta y Verdadera, inclusive el pasado que parece inmutable no escapa de esta ley que se origina en el hecho de que toda descripción no puede ser sino relacional y que la narración misma es una red de relaciones. Por lo tanto, cada “nueva” historia relatada será igualmente válida ya que no da cuenta de la objetividad de los hechos sino de la subjetividad de los historiados. Esta “nueva” historia será tan válida como otras posibles porque aunque lo pretenda no describirá la Historia Verdadera, sino la relación actual que guarda el qué en ese momento está relatando con aquellos acontecimientos que tuvieron su realidad material tiempo ha. Al relatar una historia no hacemos otra cosa que dar cuenta de cómo lo anterior nos ha constituido, en consecuencia, al cambiar nosotros el pasado al volverlo a relatar este cambia, obviamente

no en su realidad material, sino en su significación actual. La pasión por historizar es una pasión humana porque obedece a nuestro deseo de saber quienes somos aquí y ahora.

Prevenidos contra el dogmatismo, como espero que ya lo estemos gracias al párrafo anterior, he de avisar que lo que sigue son nada más (y nada menos) que sólo historias, narraciones del devenir de una disciplina de la que, precisamente en este mi reporte de experiencia profesional, he de darme a reconocer y por su puesto, también he de reconocerme como practicante. No esta de más señalar que estas, mis historias sobre la Terapia Familiar Sistémica, no pretenden ser la versión oficial del movimiento ni el relato de cómo realmente ocurrieron las cosa sino que, desde la perspectiva que da el tiempo y el espacio pretenden ser un instrumento explicativo de la forma en que yo he llegado a considerar que está estructurado nuestro campo, ó para ser más específico de la forma en que yo al igual que todos y cada uno de los terapeutas ha tenido que estructurar su campo de trabajo para sí mismo, es decir, en pocas palabras he de dar cuenta de cómo el pensamiento sistémico me ha estructurado a mí como terapeuta.

Comencemos de una vez a relatar...

Digámoslo de nuevo; la Terapia Familiar y la Terapia Sistémica no son la misma cosa, no se trata de sinónimos, sino de categorías conceptuales en las que caben ciertas formas de trabajo terapéutico que pueden llegar o no a entrecruzarse. Además, recordemos de nuevo que “terapia familiar” es la clasificación que se deriva de un objetivo terapéutico particular y “terapia sistémica” es la denominación de una escuela de pensamiento de la cual se derivan ciertas concepciones aplicables al campo psicoterapéutico. Por lo tanto, el relato de la historia de una y el relato de la historia de la otra al no tratarse de lo mismo no pueden ni deben de empalmarse del todo. Algunos autores, por ejemplo Lynn Hoffman (1981) aún y con toda la buena intención del mundo, en algunos momentos terminan ignorado esta distinción tan obvia creando así uno que otro entuerto conceptual a sus lectores.

En aras de una mayor claridad conceptual, tal vez seria necesario que se elaborará la historia de la terapia familiar primero, la historia de la terapia sistémica después, por ultimo y ya contando con ambas, se podría entonces sí, elaborar un mapa de las no poco complicadas relaciones de ida y vuelta entre ambas para así clarificar las mutuas influencias. Sin embargo, es mi deber advertir desde un principio que esta labor titánica no será la nuestra primero porque el tiempo nos apremia y después porque nuestro interés principal en este trabajo consistirá en elaborar un mapa epistémico mínimo del pensamiento sistémico aplicado a la psicoterapia y por lo tanto, lo poco o mucho que tengamos la necesidad de rescatar de la historia de la terapia familiar sólo será usado como un telón de fondo en el cual resaltará por contraste nuestro mapa mínimo del pensamiento sistémico. Por último, considero que también es mi responsabilidad señalar que, aquel que este interesado principalmente en la historia de la terapia familiar, puede acudir al siguiente libro que recomiendo ampliamente: Paolo Bertrando y Darío Toffanetti “Historia de la terapia Familiar” (2005).

Contrario a lo que suele creerse, la terapia familiar o por lo menos la practica de entrevistar a varios miembros de una familia con propósitos terapéuticos, es tan antigua e inclusive tal vez aún mas que la misma psicoterapia individual. En este sentido Freud fue uno de los primeros clínicos que propuso buscar la etiología de las neurosis en los avatares de la vida familiar y en implicar a varios miembros de la familia en un

tratamiento, como puede observarse en su proceder con la familia de Hans (Freud, 1905) y con los padres de la joven homosexual (Freud, 1920). Posteriormente, como resultado tanto de la demanda de tratamiento de algunas personas que insistían contra todos los cánones del encuadre psicoanalítico ser tratados conjuntamente con su familia, de los avances en psicoterapia grupo analítica, de las inquietudes de algunos clínicos, de la antipsiquiatría y de la expansión de la psiquiatría comunitaria y el trabajo social, por mencionar sólo algunas de las causas; se empezó a desarrollar un interés genuino y sincero de poder tratar familias de forma terapéutica respetando su especificidad, tratarla no como un conjunto de varias personas, sometidas a terapia al mismo tiempo, sino como unidad epistémica y clínica por derecho propio. Los primeros artículos que tratan sobre la intervención terapéutica en familias datan de la década de los 30, (por ejemplo, algunos escritos de Nathan Ackerman) y entre los clínicos que comenzaron a realizar investigaciones en familia durante las décadas de los 40, los 50 y los 60, es importante que mencionemos, entre otros, al mismo Ackerman así como a Murray Bowen, la dupla conformada por Lyman Wynne y Margaret Singer, los trabajos precursores de Carl Whitaker y el equipo compuesto por Ivan Boszormenyi-Naggy, James Framo y Gerald Zuk (Hoffman, 1987)

IV. RELATO

“EN EL PRINCIPIO ERA BATESON... Y EL RAZONAMIENTO ABDUCTIVO ERA CON ÉL” Ó LA INFLUENCIA DE BATESON Y LAS CONFERENCIAS MACY

En contraste con la terapia familiar, los inicios del pensamiento sistémico son más recientes y fáciles de identificar, sin embargo es imposible desligarlos del trabajo y la obra de un hombre en particular Gregory Bateson, al punto que no es arriesgado afirmar que sin él todo el pensamiento sistémico no existiría como tal. En vista de lo anterior a continuación dedicaremos un poco de espacio para analizar y comentar su vida y obra.

Si Gregory Bateson es quien inicia el pensamiento sistémico, la prehistoria de este enfoque puede ubicarse sin problemas en el pensamiento y los escritos del biólogo inglés del siglo XIX William Bateson, quien, como ya sabe o puede fácilmente suponer, no es otro más que el padre de Gregory Bateson. Para ser más preciso y guardar coherencia con el pensamiento de Gregory Bateson, tal vez sea mejor decir que la prehistoria del pensamiento sistémico sólo se puede ubicar como producto de la relación que se estableció entre William Bateson y su hijo cuando este aún era muy joven y sus conversaciones giraban alrededor de temas científicos y culturales.

Fijemos pues un inicio arbitrario a nuestro relato. William Bateson en algún momento de su trabajo de repente e inevitablemente se encontró atrapado en medio de las ácidas controversias que en ese momento existían entre la visión de Lamarck y la visión de Darwin con relación a la diferenciación de los organismos. Cuando W. Bateson tuvo que tomar partido entre creer en “la teoría de la selección natural” o creer “en la teoría del uso y desuso” como posibles causas de la apabullante diversidad de las formas vivas, como el mismo Gregory menciona (1972) su padre tomo una decisión salomónica.

W. Bateson concluyó que ya sea que los organismos se seleccionen naturalmente, o ya sea que el uso y desuso sea aquello que termine modificando las especies a lo largo del tiempo, lo cierto es que ambas teorías sostienen que el proceso mediante el cual una especie deviene otra no se da de golpe, sino que se expresa a través de varios estadios intermedios de diferenciación gradual en los cuales se pueden observar ciertas leyes, pautas y regularidades que regulan dicha diversificación. Así, de esta forma, fue como W.

Bateson termino sintiéndose fascinado y poderosamente atraído por un fenómeno harto singular, a saber la simetría y la regularidad simétrica y metamérica que presentan los animales y las plantas. William Bateson tenia la esperanza de que, gracias a sus estudios se pudiese entender un poco más la forma en la que se organizan la totalidad de las cosas. Es decir, buscaba demostrar que existe regularidad y legalidad aún en todos aquellos fenómenos que consideramos azarosos como podrían serlo las formas animales, la conducta humana o el comportamiento de los grupos sociales, y aún más, W. Bateson dentro de sí, tenia la fuerte intuición de que dicho orden regularidad y legalidad que observaba en los seres vivos y que le suponía a todos los fenómenos del universo era sólo una y siempre la misma manifestación de una sola y simple ley. Esta noción que Gregory Bateson desarrollaría años después es precisamente **la pauta (o patrón) que conecta** y se refiere a que todas las manifestaciones del universo están unidas entre sí y obedecen a una misma legalidad que regula sus manifestaciones. Esta es sin duda, la concepción principal alrededor de la cual se ha venido construyendo todo el edificio del pensamiento sistémico y que, por ende, es la que está de base en la totalidad practica clínica sistémica.

Siguiendo a Wittezaele y García, (1994) se puede decir que Gregory Bateson era “un hombre de una cultura general y científica muy amplia”, “que era un hombre del renacimiento” o que nunca marcó una distinción entre su vida privada y sus investigaciones científicas, pero tal vez, lo que no se ha dicho, es que el genio de Bateson radica en su asombrosa capacidad para el pensamiento conspicuo y abductivo, así como en su capacidad para conceptualizar todos los campos del conocimiento científico como necesaria y estrechamente ligados entre sí. Lo anterior tal vez se deba a que en su juventud, fuertemente presionado por su padre, Gregory inicia estudios de biología en la Universidad Cambridge, *alma mater* de los Bateson desde hace tres generaciones (tanto el abuelo como el padre habían estudiado y enseñado ahí). Eran muchas las expectativas puestas en el joven Gregory (nombrado así en honor de un, hasta ese entonces desconocido, monje suizo Gregory Mendel quien sienta las bases de la disciplina que ahora conocemos como genética).

Sus dos hermanos mayores, de quienes también se esperaba que fueran biólogos y continuaran el trabajo de William, su padre y que por eso mismo habían iniciado sus estudios en Cambridge mueren jóvenes de forma trágica. John, el hermano mayor, muere en 1918 poco antes de concluir la primera guerra mundial, conflicto al que fue destacado como militar; y Martin, el segundo, se suicida en 1922 a causa de un rechazo sentimental en el aniversario luctuoso de su hermano exactamente a la misma hora en que se registro la muerte de John. El golpe para la familia fue brutal (Lipset, 1980).

Gregory de 21 años es reclutado por un millonario griego como experto en biología para que explique a él, a su esposa, y a sus dos hijas adolescentes el nombre de los peces que atraparían durante un viaje que planeaban a las célebres islas Galápagos. Ya iniciado el viaje, el griego despide a Gregory por culpa de las “atrevidas” explicaciones que les da a las mujeres sobre la vida sexual de los peces. Este incidente y su contacto con diferentes culturas terminan decantando el interés profesional del joven Bateson por la antropología ya que sintió impulsado a estudiar esta disciplina “a ver si así podía entender algo más de las personas” (Wittezaele y García, 1994)

En 1927, inmediatamente después de la muerte de su padre y convertido ya en antropólogo, Bateson parte para Nueva Guinea a estudiar la tribu de los Baining,

empresa en la que no tiene mucho éxito. Este fracaso le hace echar de menos el poseer una estructura conceptual que le permita organizar sus observaciones como suele tenerla en biología. Después, corre igual suerte con la tribu de los Sulka, y ya desesperado, enfermo y decepcionado, intentando encontrar a Reo Fortune y Margaret Mead, una pareja de esposos antropólogos que trabajan cerca de donde él se encuentra, casi por azar es como termina topándose con la tribu Iatmul y se quedará a estudiarla cerca de un año.

Después de volver a Cambridge para organizar sus notas, regresa con los Iatmul para recoger nuevas observaciones que le permitan preparar su tesis doctoral. Luego de varios meses de tener por única compañía a los Iatmul, por fin encuentra a Fortune y Mead. El encuentro es muy enriquecedor para los tres en el terreno intelectual. Bateson les proporciona rigor metodológico y el matrimonio comparte con él sus conocimientos de Psicología y Psicoanálisis. Sin embargo a nivel personal, este encuentro resulta muy catastrófico. Al término de su estancia en Nueva Guinea Mead y Fortune se separan y luego se divorcian. Bateson y Mead terminan casándose y como producto de este viaje Gregory escribe su primera obra importante “Naven” que se publica en 1936.

Contrariamente a la tradición antropológica de la época, Bateson no escribe una obra que trate sobre la totalidad de una cultura, en este caso, sobre la cultura Iatmul, en cambio, se ocupa por describir un solo aspecto de dicha cultura, de hecho, el libro trata de tan sólo una ceremonia en particular llamada precisamente Naven. La función de la ceremonia Naven, según es identificada por Bateson, consiste en servir como pegamento social cada vez que la sociedad Iatmul amenaza con seccionarse. Utilizando las herramientas conceptuales que la biología le brinda, en especial aquellas derivadas del trabajo de su padre sobre la diferenciación simétrica y metamérica de los organismos, Bateson puede concebir que el estatus quo de las culturas está compuesto por “*Un equilibrio dinámico en el que se producen cambios continuamente, por un lado procesos de diferenciación que tienden a acentuar el contraste etológico*”, procesos que él denomina de esquizogénesis¹ y “*procesos que contrarían continuamente esta tendencia a la diferenciación*” mismos que nosotros podríamos denominar homeostáticos.

En el concepto de esquizogénesis entendido como “*Proceso de diferenciación en las normas de comportamiento individual resultantes de interacciones acumulativas de los individuos*” se encuentran en germen las premisas básicas de las grandes disciplinas que una vez desarrolladas darán el sustento epistemológico a las terapias sistémicas, a saber:

La idea de un equilibrio dinámico entre procesos contrarios que se autoreforzan constituyen la base de la teoría general de sistemas y la idea de que existen interacciones acumulativas entre individuos que determinan su comportamiento individual a su vez constituye la base de la pragmática de la comunicación humana.

Los conceptos vertidos por Bateson en “Naven” constituyen una de las primeras aproximaciones interaccionales al estudio de los grupos. Bateson identifica dos modalidades de esquizogénesis la complementaria en la cual la diferenciación provoca conductas opuestas y la simétrica en la cual la diferenciación provoca conductas “en espejo” Estos términos posteriormente serán desarrollados y dentro del campo de la

¹ Aunque para referirse a este concepto los traductores han utilizado indistintamente “esquismogénesis”, “sismogénesis” ó “Cismogénesis”, yo prefiero utilizar “esquizogénesis” por parecerme que respeta más la raíz griega y ser un vocablo más castizo.

pragmática de la comunicación humana bajo el rótulo de relaciones complementarias y relaciones simétricas respectivamente. En esta misma obra Bateson también propone que si bien todo el campo de la psicoterapia y la psicopatología está explicado en términos diacrónicos, es decir, en función de la historia y del individuo, sería muy deseable poder contar con instrumentos clínicos que permitieran al sujeto la comprensión sincrónica de su realidad es decir que le permitieran saber como afecta y es afectado por su grupo de pertenencia.

Ya como matrimonio, Bateson y Mead se abocan a estudiar la cultura Balinesa valiéndose de la fotografía y la película para registrarla. Si utilizan lo que en aquellos tiempos era una herramienta tecnológica novedosa es porque consideraban que había muchos aspectos de lo observado en los ritos Balineses que no podían ser traducidos totalmente en palabras. He aquí otra de las preocupaciones teóricas del pensamiento de Bateson que después se plasmará y tomará forma definitiva en la elaboración de la nueva ciencia de la pragmática de la comunicación humana. Bateson con sus películas trata de preservar la diferencia observada entre la comunicación digital, misma que remite a las explicaciones, tanto aquellas producidas por los balineses como las producidas por los antropólogos y por otra parte, la comunicación analógica, aquella cuya observación derivamos del principio enunciado como “toda conducta es comunicación” y que refiere al propio sentido que extraemos de la experiencia de observar o participar nosotros mismos en el baile.

En su significación histórica esta investigación que versa sobre el trance y el baile en Bali, es el trabajo el que en cierta forma hará posible que ocurran varios hitos importantes en la historia del pensamiento sistémico, a saber: la introducción de la teoría de los tipos lógicos en las reflexiones de Bateson; el surgimiento de su interés por el estudio de la esquizofrenia como fenómeno transaccional, y por último el contacto con otra importante figura que dejara una importante huella en el pensamiento sistémico, el psiquiatra e hipnólogo Milton Erickson a quien el matrimonio consulta para que les ayude a interpretar las películas tomadas.

Antes de poder continuar con el desarrollo de las aportaciones de Bateson al campo de la terapia sistémica, es necesario señalar el importante papel que desde la década de los treinta jugó la fundación Josiah Macy Jr. en el avance del conocimiento en Estados Unidos. Esta fundación proporcionó generosas subvenciones para coloquios y simposios interdisciplinarios relacionados con las ciencias humanas. Entre sus subvencionados se encontraban Walter Cannon, Norbert Wiener y Arturo Rosenblueth, quienes formaban un equipo interdisciplinario que estaba en busca de un lenguaje común que les permitiera compartir los avances de sus respectivas investigaciones.

¿Quiénes son estos tres hombres? ¿Qué es lo que estudian? Norbert Wiener, ex niño prodigio, matemático y precursor de los ordenadores modernos, durante la segunda guerra mundial se ocupa de los mecanismos que le permitirán a la artillería antiaérea acertar en los blancos móviles que cada vez son más rápidos. Arturo Rosenblueth, neurofisiólogo mexicano y filósofo de las ciencias, estudiaba la forma en que el cerebro regula los movimientos corporales y pueden así realizarse tareas de precisión; Por último, Walter Cannon, fue quien dio el nombre de homeostasis a la tendencia que los organismos muestran a mantener constantes sus signos vitales y que había sido observada por primera vez por Claude Bernard.

¿Por qué estos pensadores de disciplinas tan distintas colaboran tan estrechamente entre sí? ¿Por qué la fundación Macy paga sus cuentas? Hemos de decir que lo que tiene en común su trabajo es que los tres, en sus respectivas áreas, se ocupaban de estudiar una misma familia de fenómenos, a saber cómo es que los diversos sistemas, tanto los biológicos como los físicos y los formales autorregulan su desempeño y permanecen en el tiempo a través de ciertos circuitos que les permiten obtener información exterior de su desempeño. De poder explicar esto se estaría ante el surgimiento de un nuevo paradigma científico capaz de explicar muchos fenómenos que hasta entonces permanecían inexplicables a menos de que se aplicaran principios teleológicos dudosos y poco científicos

En 1942, después de regresar de Bali, la fundación Macy invitó a Bateson y a Mead a una de sus conferencias, ya que los organizadores encontraban fuertes similitudes entre las concepciones de Bateson y las de Wiener, Cannon y Rosenblueth quienes, por supuesto, también participaron en ella. Como recordamos, en “Naven”, Bateson había encontrado mecanismos sociológicos autoreguladores similares a los observados por los otros autores en la biología, la neurología y las matemáticas. Así, el título de esta Primera conferencia Macy, fue el de “inhibición cerebral”, que era la denominación elegante y políticamente correcta de la hipnosis, fenómeno psicológico donde también se aprecia la autorregulación en un sistema, sólo que esta vez, de carácter interpersonal. También asistieron Jhon von Neuman, el creador de la Teoría de juegos y el propio Milton Erickson quien dirigiría las demostraciones de hipnosis. De esta conferencia, que duró dos días, se derivó el concepto de retroalimentación, que es el proceso mediante el cual el sistema tiene noticia exterior de su propio desempeño. Del concepto de retroalimentación se derivaron los conceptos de:

Retroalimentación positiva, aquella en la cual la noticia del desempeño del sistema provoca que esté aumente su funcionamiento en el sentido en que lo ha venido haciendo, y que es responsable de los procesos de diferenciación tales como la esquizogénesis, y de retroalimentación negativa, aquella en la cual la noticia del desempeño del sistema provoca que éste disminuya su funcionamiento en sentido contrario a como lo ha venido haciendo, y que es responsable de los procesos de freno tales como aquellos que suscita el Naven.

Debido a la Segunda Guerra Mundial las conferencias Macy se suspendieron hasta el final de la contienda, lo que tuvo lugar en 1946. Durante ese periodo Bateson y Mead establecieron el centro para los estudios interculturales con el fin de analizar la personalidad alemana y la personalidad japonesa. Bateson siempre guardó un recuerdo amargo de haber sido destacado por el ejército a las islas del Pacífico Sur, donde realizó macabras campañas de desinformación y desmoralización valiéndose de las cenizas de soldados enemigos.

Después de la Guerra, las conferencias Macy se prolongarán hasta 1949. Aproximadamente fueron diez. Su principal resultado fue la fundación de una ciencia del control, a saber, la cibernética, ciencia de naturaleza interdisciplinaria, que es el símbolo común de las investigaciones de los participantes. El término cibernética se deriva del griego *kybernetes*, que era el nombre dado a aquél marinero que dirigía el curso del barco, y que nosotros podemos traducir como gobernante o timonel. Otros de los participantes de las conferencias Macy, fueron Claude Shannon, quien se ocupará de

estudiar las relaciones entre la entropía y la información; y Heinz von Foerster, el responsable de lo que en el futuro será llamado cibernética de segundo orden.

Todos los participantes tenían la impresión de que han asistido al nacimiento de un nuevo paradigma, que han participado en la creación de un nuevo marco de referencia conceptual para la investigación científica de las ciencias de la vida. La nueva epistemología, aquella defendida por los pensadores sistémicos y que se caracteriza por defender la causalidad circular de los fenómenos de la vida se origina precisamente en las conferencias Macy y su importancia para nosotros radica en el hecho de que sin ellas el pensamiento sistémico en terapia no sería posible. Después de las conferencias Macy, Bateson se enrolará en una serie de proyectos que tendrán como resultado el desarrollo de una nueva escuela de pensamiento en psicoterapia, misma que *a posteriori*, siguiendo a Wittezaele y García (1994), convendremos en llamar la “Escuela de Palo Alto”, misma que comprende el proyecto Bateson de comunicación en psicoterapia, el proyecto Bateson de comunicación y la fundación del Mental Research Institute ya sin Bateson. Las bases epistemológicas de la Escuela de Palo Alto, son un producto directo o tangencial de las conferencias Macy. Obviamente una revisión exhaustiva de dichas bases que buscara apegarse al espíritu del presente trabajo rebasaría por mucho los propósitos que nos hemos establecido; sin embargo, no podemos evitar realizar una revisión breve y sencilla, pero no por eso menos rigurosa de dichos principios.

V. EXPOSICIÓN

“BASES TEÓRICAS Y EPISTEMOLÓGICAS TEMPRANAS DE LA TERAPIA SISTÉMICA”

Por su misma naturaleza interdisciplinaria, en las conferencias Macy se dieron cita especialistas de varios campos cuya preocupación principal no era comparar sus respectivas disciplinas con el afán de “llevar agua a su molino” o de decir que campo era el mejor o el más adecuado para hacer avanzar la ciencia, sino que buscaban un fin más trascendente, a saber, implementar o desarrollar nuevas ciencias transdisciplinarias que no estuviesen restringidas por las separaciones cartesianas tradicionales del conocimiento. Como resultado de lo anterior, ellos esperaban arribar a una nueva epistemología que pudiese sustituir el cientificismo positivista de mediados del siglo XX cuyo énfasis en la objetividad estaba acogotando toda posibilidad de explicar todos aquellos fenómenos complejos que la ciencia de mediados del siglo XX estaba explorando.

Aunque actualmente se le considere superada y obsoleta en muchos aspectos, la vieja epistemología científica conocida como *epistemología empírica* constituye uno de los más grandes logros de la humanidad que buscaban erradicar la ignorancia y la superstición humana. En sí misma, es el producto del esfuerzo, el sacrificio y el valor de varios pensadores importantes que vieron cristalizado su esfuerzo durante la era de las luces, la época de la Ilustración (s. XVII). La epistemología empírica propugnaba por el uso de la razón sometida a la observación y a la experimentación como único medio de conocer el mundo. Los empiristas suponían que los hechos son externos e independientes del observador, y que por lo tanto son factibles de descripción objetiva, es decir, tal y como son. Para ese fin habría que encontrar la totalidad de las leyes y principios que rigen el universo.

Esta epistemología que era de carácter reduccionista y mecanicista poco a poco se va consolidando al conseguir el avance de la tecnología a la cual era aplicada y en consecuencia se va formando una línea dura en el pensamiento científico. El empirismo no se mantuvo inmodificado, a la par que se iba revisando surgieron otras posturas más

refinadas de él, a saber, el Positivismo Lógico (s. XIX), el Empirismo lógico (inicios del s. XX) y el Racionalismo Crítico Poperiano (s. XX). Sin embargo, se mantuvieron sin respuesta muchos problemas filosóficos bajo la égida del positivismo, sobre todo en lo referente a la naturaleza del conocimiento, los estatutos del Saber y la Verdad, así como en el espinoso tema del Sujeto del conocimiento. Para responder a estas cuestiones surgieron otros intentos de explicación como la sociología del conocimiento que poco a poco fueron sembrando dudas en el otrora despejado horizonte de las certezas positivas. Todo estaba dispuesto para el surgimiento de un nuevo paradigma.

De antemano se que discutir sobre epistemología pueden resultar algo oscuro e inclusive aburrido para un lector no interesado por la filosofía de las ciencias, y con muchas ganas de leer sobre terapia familiar, a pesar de eso, tal vez aún sea posible ilustrar las profundas diferencias entre la nueva y la vieja epistemología sin temor a aburrirle si se hace en función de una comparación en relación a la forma en que explican y describen el mundo, ya que, a fin de cuentas es esto y no otra cosa lo que constituye su principal objetivo.

Antes de nada es importante señalar que la nueva epistemología emergente no es en si misma una novedad ya que hunde sus raíces en el pensamiento aristotélico, mismo que dudaba sobre la posibilidad del hombre de conocer al mundo tal y como es. A diferencia del positivismo, no busca predecir ni controlar los fenómenos sino comprenderlos. La vieja epistemología se sostiene en una ontología realista, es decir supone que tanto la energía como la materia son objetos totalmente independientes del observador. Por lo tanto, el sujeto de la ciencia es considerado como un ente pasivo. Para ella, la única forma en que podemos conocer al mundo es a través de la experiencia, es por esto que decimos que esta epistemología es de carácter empirista. Según esta visión la única forma en que se puede aprehender el mundo es reduciendo las realidades complejas a elementos simples a través del análisis, para que puedan así ser medidos y evaluados. Con relación a la causalidad, ésta es de carácter lineal, es decir considera que los atributos y características son inherentes a los objetos, así que para explicar el cómo y el por qué de las cosas, recurre a un pensamiento histórico de tipo etiológico.

En cambio, la nueva epistemología propone una ontología de carácter constructivista, es decir, en lugar de suponer que la esencia del mundo esta en las cosas, la supone fundada en la información y en los procesos. Por lo tanto, concibe al sujeto del conocimiento como un ente sumamente activo y en consecuencia defiende al racionalismo. Supone que el conocimiento es de naturaleza cualitativa, es decir, más que estudiar monadas, estudia complejidades y la única forma en que esto se puede hacer, es a través del pensamiento circular mismo que es procesual, interaccional, y de naturaleza recursiva. Todo lo anterior origina una comprensión circular de la causalidad lo que da lugar a descripciones recurrentes es decir, descripciones donde cada una de las piezas se define a partir de sus relaciones con otras. Esta última característica puede definirse como holismo (del griego *Holon* que significa totalidades)

Suponiendo que nuestro intento de señalar las diferencias entre la vieja y la nueva epistemología ha servido para que el lector se haga una idea del cambio epistémico tan profundo que implica remplazar a la una con la otra, podemos retornar a las conferencias Macy, mismas que vieron el surgimiento o la divulgación de una serie de nuevas disciplinas, todas ellas por supuesto fundadas en la nueva epistemología y que terminarían por aporta elementos a la terapia sistémica en base a la síntesis que de ellas

hará Bateson en su obra y pensamiento. Entre estas disciplinas, no podemos dejar de mencionar las siguientes²: La teoría de los tipos lógicos, La teoría general de sistemas, la teoría de juegos, la cibernética

LA TEORÍA DE LOS TIPOS LÓGICOS.

Esta teoría fue propuesta por Bertrand A.W. Russell en su intento de reducir las matemáticas a la lógica. En su obra, “los principios de las matemáticas” (1903) Russell definía lógicamente los números como clases de clases, es decir: existen parejas, mismas que constituyen clases, y el número “2” es la clase de todas las parejas. Así, el “3” es la clase de todos los tríos etc. Es decir, lógicamente hablando un número es la propiedad que tienen en común un conjunto de clases numéricamente similares. Ahora bien, las dificultades inician en este punto, si planteamos que hay clases de clases y por lo tanto también habrá clases de clases de clases, y clases de clases de clases de clases y....necesariamente nos encontraremos con dos tipos de clases, a saber:

a) Las clases que no pueden pertenecer a ellas mismas, por ejemplo, la clase de los terapeutas familiares, ya que la lista de los distintos terapeutas no es en sí misma un terapeuta familiar y...

b) Las clases que sí pueden pertenecer a ellas mismas, por ejemplo, el modelo del lenguaje unificado ya que esta crítica a los modelos, es un modelo en sí mismo

Cuando una clase que puede pertenecer a ella misma se define en un sentido contrario surge una contradicción, una paradoja de este tipo:

Sí Epiménides el cretense asegura que “todos los cretenses mienten”, entonces
 ...él como cretense que es, miente, y por lo tanto “ningún cretense miente” entonces:
 ...¡él como cretense que es, dice la verdad!, y por lo tanto “todos los cretenses mienten”
 así, *ad infinitum* ...

Las paradojas, como la anterior, son una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes y en esto se diferencian de las falacias que son una deducción correcta a partir de premisas incongruentes. El estudio de las paradojas no es sólo un divertimento matemático o lógico, sino que tiene un valor pragmático ya que afectan nuestra conducta y nuestra salud mental.

Las paradojas puede ser de tres tipos: a) Las paradojas lógico-matemáticas también llamadas antinomias que se encuentran en el campo de la “sintaxis”; b) Las definiciones paradójicas, también conocidas como antinomias semánticas y; c) las paradojas pragmáticas que surgen del interjuego de las otras dos, comprenden las instrucciones y predicciones paradójicas. Con el avance del conocimiento las paradojas se muestran como falacias, es decir, se resuelven de forma satisfactoria y la teoría de los tipos lógicos se deriva de la solución de la paradoja de Russell.

Primero, se enuncia que “Todo lo que incluya a la totalidad de un conjunto no debe ser parte del conjunto” ya que es de diferente naturaleza. Así, mientras que podemos llamar función al hecho de que Epiménides hable, podemos decir que a lo que se refiere Epiménides es un argumento. Y por lo consiguiente no podemos incluir una función dentro de la clase de los argumentos

² Hay otras disciplinas que aportan elementos a la terapia sistémica: La teoría sencilla de la comunicación; La pragmática de la comunicación humana; el constructivismo y el construccionismo social; Así como también el pensamiento posmoderno. Sin embargo, nuestra lógica expositiva nos llevará a abordarlas más adelante.

Cuando Epiménides habla se encuentra en un nivel lógico distinto que todos los demás cretenses de los que está hablando o, en otras palabras, existen hechos de los cuales podemos hablar; así, en el primer nivel de lenguaje, se hacen aseveraciones sobre objetos, pero también se puede hablar de lo que hablamos y hablar de lo que hablamos que hablamos; es decir, en los siguientes niveles de lenguaje se hacen aseveraciones sobre aseveraciones lo que constituye metalenguajes.

Pero el campo de la enunciación no es el único lugar donde se pueden descubrir tipos lógicos sino que también están presentes en las descripciones, en los análisis, en el aprendizaje, en el fenómeno del cambio etc. La teoría de los tipos lógicos nos da un modelo formalizado para hablar de realidades mutuamente incluyentes y jerarquizadas sin confundirlas ni crear paradojas.

LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

Esta disciplina es anterior a las conferencias Macy, ya que se origina en 1925 gracias a los trabajos de Ludwing vonn Bertalanfy, sin embargo sólo tomó auge en la posguerra cuando hubo probado sus potencialidades en el campo tecnológico. La forma más sencilla en la que se puede definir es como “Un análisis de las totalidades y de sus interacciones internas” ante esta perspectiva lo que realmente pretende es constituirse como “una teoría de teorías”, como una metateoría que al aplicarse de la misma forma a varias ciencias terminará por desarrollar “oídos generalizados” en los científicos de las diversas disciplinas favoreciendo así la commensurabilidad y el pensamiento abductivo que es uno de los principales de la ciencia

EL PAPEL DE LA SINERGIA. La sinergia es uno de los conceptos fundamentales de la Teoría general de sistemas, este concepto nos indica que en determinadas configuraciones la suma de las partes es mayor que el todo, ó en otras palabras que el análisis de las partes no predice el comportamiento total. De esta forma podemos definir a un sistema como una totalidad con sinergia lo cual lo hace plenamente identificable de un Conglomerado, es decir de una totalidad que no posee sinergia. Al respecto se puede decir que mientras que el sistema se encuentra definido por sí mismo, por sus leyes y principios, es decir, por su sinergia, el conglomerado no es más que una construcción teórica que ignora niveles de implicación

RECURSIVIDAD. Un objeto sinérgico, es decir todo sistema, se encuentra compuesto de partes que a su vez son objetos sinérgicos, es decir sistemas de otro nivel de realidad. Al escoger un foco de comprensión, por convención denominaremos sistema al objeto sinérgico que se encuentra en ese nivel, si nos desplazamos un nivel hacia arriba, es decir hacia el entorno, nos toparemos con un objeto sinérgico mayor del cual nuestro sistema inicial forma parte. Otra vez, por convención, denominaremos a este objeto sinérgico supersistema. Si regresamos a nuestro nivel original, al sistema, y descendemos un nivel, es decir a su configuración interna, nos encontraremos de nuevo con varios objetos sinérgicos que juntos conforman al sistema original, estos objetos sinérgicos de nivel menor serán nombrados por nosotros como subsistemas. Las relaciones, tanto sincrónicas como diacrónicas entre los supersistemas, los sistemas y los subsistemas nos muestran que todos estos objetos sinérgicos son independientes entre sí pero a su vez se encuentran interconectados, es decir Los objetos sinérgicos son indivisibles en tanto tales, pero divisibles en tanto que compuestos por otros sistemas. Llámamos recursividad a esta complicada relación de relaciones

SISTEMA. Ya que la sinergia nos habla de coordinación y la recursividad de jerarquías podemos definir aún mejor a un sistema como una totalidad con sinergia y recursividad, es decir como una “totalidad de partes coordinadas y en interacción que tiende a un fin” La especificidad de un sistema esta dada por sus fronteras, es decir por aquello que separa a un objeto sinérgico de su entorno externo y de su entorno interno (aquello que separa a un sistema de su supersistema o a un subsistema de su sistema) así, la única forma en que se puede definir un sistema es estableciendo claramente sus fronteras, es decir, Un sistema es aquello que se ubica entre un “supersistema” y un “subsistema”.

Lo que nos muestra la definición anterior es que un sistema no existe en si mismo sino sólo en función de las relaciones que guarda con otros objetos, de esta manera, la única forma útil de pensamiento y descripción mediante la cual podemos abordar y comprender los sistemas es la circular-relacional

ELEMENTOS DE UN SISTEMA. Los sistemas no son realidades anquilosadas, son entes dotados de propósito y función y por lo tanto mantienen un constante intercambio de energía (de naturaleza cuantitativa) e información (de naturaleza cualitativa relacional) tanto con su medio externo como con su medio interno. Utilizamos el termino ingles **input** (poner adentro) para referirnos a la corriente de entrada de energía o información del medio externo al medio interno. Una vez en el medio interno, esta energía o información, para poder ser aprovechada necesita pasar por un **proceso de conversión** que traduzca la modalidad de entrada a la modalidad de funcionamiento propia del sistema. Denominamos con el termino ingles **output** (poner afuera) a la corriente de salida de energía o información del medio interno al medio externo. Por último, todo sistema debe de poseer al menos un **mecanismo de control** sensible por igual al medio externo y al medio interno que le permita regular adecuadamente tanto el input; como el output; como el proceso de conversión, para que el sistema pueda funcionar adecuadamente sin detenerse ni destruirse. Entre los mecanismos de control tenemos los mecanismos de retroalimentación positiva y negativa, así como los frenos.

TIPOS DE SISTEMAS. A partir de su funcionamiento podemos identificar dos tipos de sistemas a saber los sistemas abiertos y los sistemas cerrados: En los Sistemas abiertos el *input* modifica el output y el intercambio de energía e información se da de tal forma que se mantiene un equilibrio entre medio externo, sistema y medio interno. En cambio en los sistemas cerrados el *input* no modifica o modifica muy poco el *output* de esta forma se trata de sistemas mas estables pero a la vez mas susceptibles a los efectos negativos de las variaciones de los entornos dando como resultado que las variaciones que afectan al sistema son conocidas, predecibles y por lo tanto se conoce su naturaleza. No existe una separación nítida entre sistemas abiertos y cerrados ya que se ubican en una línea de variaciones donde no hay sistemas totalmente abiertos porque no tendrían identidad y no se mantendrían en el tiempo y donde no hay sistemas totalmente cerrados porque simplemente no funcionarían.

EMERGENCIA. El termino emergencia nos sirve para describir el nivel mínimo donde surge una realidad otra de carácter irreductible. De esta forma podemos sostener que aunque sinérgicamente y recursivamente interconectados los sistemas no se empalman, sino que surgen singularmente diferentes dentro de otro sistema que constituye su entorno. La interpenetración entonces implica que cada sistema es a su vez el entorno de otro sistema de un nivel inferior. Estos sistemas si bien pueden compartir elementos entre sí cada uno de ellos poseerá su particularidad especial. Lo anterior

implica que aunque interconectados e interpenetrados hay una separación radical entre sistemas psíquicos, biológicos y sociales ya que poseen niveles de emergencia distintos, así la constitución biológica y psicológica del ser humano no forma parte de los sistemas sociales, sino de su entorno. Al decir que lo biológico y lo psíquico quedan “dentro” de lo social, no operamos una reducción, sino describimos inclusiones de emergencia. Para terminar esta breve reseña mencionare que la concepción sistémica se aplica tanto al individuo como a la sociedad ya que los sistemas psíquicos y sociales operan en el mismo campo, que no es otro sino el de la información, el sentido. Se encuentran en medios análogos pero realizan operaciones distintas

LA TEORÍA DE JUEGOS

Fue creada en 1928 por John vonn Neuman como una herramienta que permitiría analizar problemas económicos aunque rápidamente se extendió a otras situaciones en las cuales hubiese conflictos de intereses. Podemos definirla como una aproximación matemática alterna a la que normalmente se usa en ciencias sociales (estadística) que nos permite comprender el comportamiento de un sistema. Es útil porque toma en cuenta en sus cálculos los intereses, las decisiones, la mutua influencia, etc.

Su objeto de estudio son las situaciones antagónicas que son aquellas en la que existen dos o más bandos opuestos y el resultado de cualquier acción de uno de ellos depende de las acciones del otro. Dentro de esta teoría, un juego se define como “un modelo simplificado de una situación antagónica real”, como “Una sucesión de acciones entre jugadores o bandos con intereses opuestos”. Para que un juego se constituya debe de poseer reglas, es decir condiciones que regulan las acciones completamente definidas.

Un juego en curso está constituido por una sucesión de Jugadas, mismas que definimos como toda acción de un jugador que modifica el estado del juego, a su vez las jugadas obedecen a estrategias, que no son otra cosa más que el conjunto completo de reglas que determinan las jugadas de un determinado jugador. Por último cuando el juego llega a un estado final se dice que hay un resultado. El poder del jugador sólo se define a posteriori como el grado en el que puede influir en el resultado. Entre los diferentes tipos de juego tenemos:

- a) De suma cero donde lo que uno gana el otro lo pierde o de
- b) Suma diferente a cero donde lo que uno gana no es sustraído de lo que el otro pierde
- c) De información perfecta, cuando todos conocen los resultados de las jugadas
- d) De información imperfecta, cuando los resultados de las jugadas están ocultos
- e) De 2 jugadores, cuando sólo hay dos bandos en disputa o
- f) De “n” jugadores; cuando hay más de dos bandos, sin embargo si en un juego de “n” jugadores, se forman alianzas o coaliciones constantes, este se convierte en un juego de 2 jugadores

El valor que la teoría de juegos tiene para la terapia sistémica radica en que los problemas interpersonales pueden ser pensados a través de un modelo de juego, ya que las acciones de una persona afectan y determinan las de sus allegados, por otra parte, los problemas generalmente se derivan de estrategias estrechas que constriñen a las personas

CIBERNÉTICA

Como ya mencionamos arriba, la cibernética es el fruto del trabajo interdisciplinario realizado en las conferencias Macy. Sin embargo fue expuesta y formalizada principalmente por Claude Shannon y Norbert Wiener a quienes se considera con justo

derecho fundadores de esta disciplina. En cierta forma, mientras que para el pensamiento sistémico, la teoría general de sistemas proporciona una explicación tópica, podemos decir que la cibernética complementa dicha explicación desde un punto de vista económico y dinámico.

Podemos definir la cibernética como la ciencia del control o la ciencia de los sistemas autocorrectivos entendido este último como aquel que cambia y permanece en el tiempo sin destruirse ni dejar de funcionar. Uno de los principales problemas de la cibernética radica en explicar la forma en que el mismo sistema puede regular tanto su *input* como su *output*. Esto lo consigue gracias a los mecanismos que ya revisamos de retroalimentación positiva y negativa y que a la larga generan o frenan el cambio dentro del sistema. La situación se complica aún más si consideramos niveles o secuencias de inclusión creciente, donde cualquier cambio en uno repercute en los demás, por ejemplo, no se puede entender el enfermo mental sin entender la familia.

CAMBIO. Los sistemas cambian de dos formas distintas a saber:

a) Realizan cambios de primer orden cuando el sistema, bajo la presión de su medio interno o externo, opera cambios en un rango preestablecido para mantener su estructura. Un buen ejemplo de cambio de primer orden es el cambio de pelaje que periódicamente hacen algunos animales para adaptarse al verano o al invierno. Pero también...

b) Realizan cambios de segundo orden cuando el sistema modifica su estructura para adaptarse a las condiciones cambiantes de su medio externo o interno. Un excelente ejemplo de cambio de segundo orden es el proceso evolutivo que modifica a las especies a lo largo del tiempo

PERMANENCIA. Los sistemas permanecen a lo largo del tiempo frenándose de varias formas distintas:

a) Gracias a procesos de escalamiento en otro sentido o contrapunteado que pueden detener una escapada en curso. Los simétricos frenan los complementarios y viceversa.

b) Gracias a la presencia de un tercero de menor valencia que balancea el ciclo, ó

c) Alcanzando un punto de equilibrio, donde se cancela el ciclo por inminencia de consecuencias, riesgo o fatiga.

PRIMERA Y SEGUNDA CIBERNÉTICA. Wiener creía que la retroalimentación positiva terminaría destruyendo al sistema, ya que consideraba al azar y al caos como algo no deseable, a sí mismo se suponía que la principal función de un sistema consistía en mantener la estabilidad. Esta visión fue denominada como primera cibernética y servía muy bien para explicar los sistemas físicos.

Sin embargo al tratar de explicar los sistemas vivos se observaron algunas cosas no contempladas con anterioridad, por ejemplo, Si una desviación muy amplia se presenta y no destruye al sistema este puede alcanzar un nuevo estado es decir, termina por realizar un cambio de segundo orden que implica cierto grado de evolución.

Una nueva generación de teóricos, entre ellos Murayama, Buckley y Spears conformó el cuerpo teórico de la segunda cibernética, en la cual se considera a la retroalimentación positiva como una explicación evolucionista, lo que le da valor positivo a la desviación. Es decir, mientras que el constreñimiento y la regularidad son iguales a la entropía, al no cambio, a la permanencia; la variación y el azar son iguales a la negaentropía, es decir, a la novedad.

En ese sentido, todo sistema requiere cierta negaentropía para adaptarse al entorno. La retroalimentación negativa es la que mantiene el status quo y la retroalimentación positiva es la que provoca el cambio. Sin embargo nunca hay que perder de vista que los dos tipos de retroalimentación se contrabalancean por lo que el cambio y la permanencia no se desbocan.

En vista de las reflexiones anteriores Maruyama sostiene que cualquier sistema automantenido dependerá de dos procesos: La morfostásis, que es cuando el sistema mantiene su constancia ante las variaciones ambientales a través de procesos activados por error o retroalimentación negativa y La morfogénesis que es cuando el sistema cambia su estructura básica a través de la retroalimentación positiva, de la ampliación de la desviación, para adaptarse a las condiciones ambientales cambiantes.

VI. RELATO

“¡AH, QUIZÁ VA A FUNDAR ... !” Ó LA ESCUELA DE PALO ALTO

Wittezaele y García señalan que:

“Cuando un colaborador abandona el MRI, se oye a veces esta reflexión, “Ah quizá va a fundar el grupo de Palo Alto”, sin duda es una humorada pero que refleja muy bien esta afirmación hecha cien veces repetida por Paul Watzlawick: “El grupo de palo alto no existe””. (pag.19)

En efecto, no hay tal cosa como un conjunto único de personas agrupadas bajo el nombre de Palo Alto en el espacio o el tiempo. No existe, ni existió, un único grupo de científicos a quien podamos hacer completa y totalmente responsable del desarrollo de las ideas e intuiciones geniales que, sobre la terapia, la comunicación y la interacción humana, surgieron en los alrededores de la Universidad de Standford. El Pensamiento que, bajo el rotulo de enfoque sistémico, ha tenido tan importante influencia en el campo de la salud mental por mas de cincuenta años no tiene un padre único sino que fue el fruto del trabajo concurrente y muchas veces contradictorio de varias personas, de distintos lugares, de diferentes instituciones. Al respecto se podría decir que inclusive, muchos de los que participaron en esa epopeya, experimentaban cierta lejanía de la experiencia. Weakland, por ejemplo, al resumir su participación en la empresa dice “llegamos a California, hicimos muchas locuras y ¡llegó la terapia familiar!”. (Wittezaele y García; 1996) Obsérvese que dice con asombro “llego” y no asegura “creamos” y esto confirma que Palo Alto es mucho más que la suma de los elementos que lo conforman. Como se verá más adelante, en el devenir de Palo Alto, los grupos aparecen y desaparecen, las personas van y vienen. Eso no importa tanto lo que realmente importa es lo que termina dejando. Lo único que queda es un cúmulo de ideas como testimonio de su existencia.

Así, si hemos de continuar con nuestra búsqueda de una unidad alrededor de Palo Alto, tendríamos entonces que enfocar nuestra investigación no en los grupos, ni en las personas, (o tal vez cabria decir personalidades) sino precisamente en las ideas. En este sentido, es más adecuado y preciso hablar de Palo alto como una escuela de pensamiento, escuela que tendrá múltiples manifestaciones a lo largo del tiempo, que desarrollará diversos enfoques terapéuticos, mismos que no sólo no serán totalmente compatibles entre sí, sino que inclusive llegaran a ser contradictorios volviendo aún más difícil la reflexión y la práctica sistémica. Sobre todas las cosas, hay que hablar de Palo Alto como una escuela de pensamiento que tendrá en común una epistemología única, fruto de las ideas que vinieron al mundo primeramente en las Conferencias Macy. En

este sentido estoy seguro que tarde que temprano hubiera nacido la Terapia Familiar, aun sin Palo Alto, pero, sin Palo Alto, la terapia Familiar jamás habría devenido sistémica; sin Palo Alto, la nueva epistemología que guía ahora nuestro quehacer científico y terapéutico jamás habría visto la luz, lo cual sería una verdadera pena para la humanidad en su conjunto.

El siguiente apartado se ocupará del surgimiento y evolución de esta escuela de pensamiento, que es origen y valuarte del pensamiento sistémico. De esta forma, creo que no hacemos mal al adelantarnos y mencionar que la historia de la Escuela de Palo Alto puede ser brevemente bosquejada en el siguiente orden cronológico a través de las siguientes agrupaciones:

- a) *Primero, el Proyecto Bateson de comunicación en psicoterapia;*
- b) *Segundo, el Proyecto Bateson sobre comunicación humana y;*
- c) *Tercero, el Instituto de Investigación Mental o MRI.*

Por otra parte, se pueden considerar como derivados de la epistemología de la Escuela de Palo Alto, las siguientes manifestaciones de la terapia familiar:

- α) El Modelo de Terapia Estratégica, que inicia Jay Haley cuando aún formaba parte del Proyecto Bateson y que refina con conceptos derivados de la Escuela de Terapia Estructural de Minuchin.
- β) El Modelo de Terapia Breve, que surge y se desarrolla en el Mental Research Institute durante la década de los 60's.
- γ) El grupo de Milán, que según palabras de Selvini-Palazzoli "se inicia con el deseo de constituir un grupo de investigación en terapia en el más puro estilo *PaloAltiano*".
- δ) La Escuela de Soluciones, que aunque en primera instancia no reconoce afiliación con el MRI, guarda similitudes muy obvias con el modelo de terapia breve, entre otras cosas, debido a que Steve deShazer estudia con Weakland y absorbe a través de él el espíritu de Palo Alto.
- ε) Las escuelas de terapia posmoderna, en vista de que el constructivismo surge en los muros del MRI, en su denominada segunda época de la pluma de Paul Watzlawick.
- φ) Los modelos de terapia Narrativo, Reflexivo y Colaborativo, fuertemente influenciados por el pensamiento teórico y político de Bateson.

Por último, es necesario mencionar que todos estos desarrollos terapéuticos serían totalmente incomprensibles si no se contemplara la omnipresencia de la obra Milton Erickson en cada uno de ellos. El pensamiento y la obra de Erickson recorren todas las manifestaciones de la Escuela de Palo Alto así como la de sus múltiples derivaciones, dando consistencia a toda la intervención terapéutica de inspiración pragmática que caracteriza a la terapia familiar sistémica.

Como podemos observar, la influencia de Palo alto se extiende a todos los modelos de terapia familiar sistémica e inclusive más allá de ellos. Por lo tanto es imprescindible que realicemos un recorrido exhaustivo de esta escuela y para tal fin retomemos el relato donde lo habíamos dejado, con Gregory Bateson...

EL PROYECTO BATESON DE COMUNICACIÓN EN PSICOTERAPIA

Durante las conferencias Macy, Bateson era profesor de antropología en Nueva York y dictaba cursos en Harvard, es decir, su área de operaciones se encontraba en la costa este de Estados Unidos, pero, para 1948, luego de separarse de Margaret Mead (puesto que la situación entre ellos ya era insostenible), acepta la proposición del psiquiatra de

origen ruso Jurgen Ruesch que se encontraba en San Francisco, California (es decir, en la costa oeste de Estados Unidos,) para estudiar la comunicación en psicoterapia. Esta es la primera vez que Bateson tuvo oportunidad de ocuparse formalmente de la psiquiatría y la psicopatología. Aunque el proyecto prometía mucho y ambos colaboradores se sentían contentos con él y entre ellos, poco a poco fue siendo más evidente que tanto Ruesch como Bateson experimentaban ciertas dificultades para poder trabajar juntos y entenderse entre sí.

Las preocupaciones de Ruesch son evidentemente clínicas y eminentemente prácticas, a saber, encontrar nuevas formas de intervenir en psicoterapia. En cambio, los intereses de Bateson, como cabría esperar, son principalmente epistemológicos. Lo que Bateson busca desarrollar es una teoría interaccional de la comunicación que permita comprender y abordar exitosamente los problemas interpersonales.

Durante el tiempo que duró el proyecto de comunicación en psicoterapia Bateson buscó desarrollar una noción bastante pulida del término comunicación que le permitiera dar cuenta de los complejos intercambios que ocurren entre las personas cuando interactúan entre sí y que a la vez pudiera ser susceptible de ser estudiada bajo los lentes de la nueva epistemología cibernética. En 1951, Bateson y Ruesch en calidad de colaboradores pública “La comunicación, matriz social de la psiquiatría” artículo que cristaliza este esfuerzo. Sin embargo, Bateson que mantenía aún el contacto con Wiener, conserva, al igual que él, cierta reserva con relación a una aplicación apresurada de la nueva disciplina cibernética a los problemas humanos. Bateson y Wiener consideraban en ese momento que el campo de las ciencias sociales es aún muy complejo, para que la nueva epistemología pueda agotarlo.

El proyecto de Bateson y Ruesch no se agotaba en el estudio de la comunicación, ya que, entre las otras áreas que se investigaba que se encontraba lo que ahora podemos definir como una etnología del grupo psiquiátrico. El fin de este estudio consistía en tratar de comprender cuáles son las bases epistemológicas en las cuales los psiquiatras fundan sus intervenciones. Al respecto, una de las conclusiones más importantes a las que llega Bateson, es que la autoreflexividad del propio terapeuta es muy importante para el resultado de la terapia y por lo tanto no se le puede obviar ni descuidar sino aprovechar. En otras palabras, Bateson elabora, tal vez sin saberlo e inclusive sin sospecharlo siquiera, un fundamento cibernético para la antigua noción psicoanalítica de contratransferencia.

Otras de las preocupaciones de Bateson en el proyecto de comunicación en psicoterapia, consistió en emprender el estudio del comportamiento humano y de sus patologías a partir de la ciencia cibernética; Por último, es importante señalar que durante este periodo, Bateson también emprende la búsqueda de la aplicación de la teoría de los tipos lógicos a la realidad humana lo que despertará su interés en las paradojas misma que guiara sus esfuerzos durante los años posteriores.

A pesar de todo este bullicio intelectual, Bateson terminó sintiéndose incómodo con su participación en este proyecto, ya que tiene que conceder en muchos aspectos con Ruesch y por lo tanto terminó buscando otro financiamiento y otros aires para su persona y sus esfuerzos. Este nuevo financiamiento, mismo que encontró en la Fundación Rockefeller, es lo que le permitió fundar el Proyecto Bateson de comunicación humana.

EL PROYECTO BATESON SOBRE COMUNICACIÓN HUMANA

Con este nombre nos referimos a una investigación liderada por el propio Bateson, misma que duró 10 años (1953-1952), y cuyos frutos teóricos sirvieron para configurar la base epistémica de la Escuela de Palo Alto. Es en el proyecto Bateson, como en adelante lo abreviaremos, donde tuvo lugar la formación de la característica combinación de ciencias que definen el campo multidisciplinario de la terapia familiar sistémica, a saber: la teoría general de sistemas, La teoría de juegos, la cibernética, la pragmática de la comunicación humana etc. El acontecimiento que precipitó dicha unión y que le dio renombre mundial tanto a Bateson como a sus colaboradores será la hoy ya famosa teoría interaccional de la esquizofrenia o teoría del doble vínculo.

El proyecto Bateson estuvo constituido obviamente por el propio Gregory Bateson, además de las siguientes personalidades; John Weakland; Jay Haley; William Fry; y posteriormente se uniría a ellos Don Jackson. El Proyecto Bateson en tanto que grupo de personas, se fue integrando de la siguiente forma:

GREGORY BATESON. Como ya se ha mencionado Bateson siempre sintió un mayor interés por la investigación teórica y no tanto por la práctica clínica. Siempre consideró a la psicoterapia como una parte, inalienable sí pero meramente accesoria, de su actividad de investigador. Durante el periodo de tiempo inmediatamente anterior al surgimiento del proyecto de comunicación humana, Bateson impartió cursos en Nueva York en la New School for Social Research, y luego, después de haber obtenido el financiamiento necesario, siguió desempeñándose como docente sólo que ahora en el otro lado del país, en California, cerca de la universidad de Stanton, en el Veterans Administration Hospital.

JOHN WEAKLAND. Era un ingeniero químico que orgullosamente participo en las primeras fabricaciones masivas de penicilina en Estados Unidos. Posteriormente Weakland devendría antropólogo, y por eso mismo, al principio de su formación en esta disciplina, fue como se acercó a Bateson en 1947 en función del interés que en él habían despertado los cursos de antropología que dictaba el maestro en la New School. Por su parte, Bateson en un principio creyó que Weakland era un ingeniero experto en matemáticas y por eso trabó contacto inmediato con él, para así poder discutir los contenidos de las conferencias Macy que tanto le apasionaban con algún interlocutor de nivel. Pero Weakland ya estaba muy lejos de las matemáticas y no pudo seguir a Bateson hasta esos campos. Sin embargo, a pesar de la decepción inicial de Bateson, ambos hombres terminaron forjando una relación cordial entre ellos. Después de un tiempo de seguir los cursos de Bateson, Weakland continuó sus estudios de antropología con Margaret Mead, ahora ex esposa de Bateson, en la Universidad de Columbia. Posteriormente Weakland realizó una investigación de campo sobre la cultura china bajo las órdenes de Ruth Benedict. En 1952, cuando Weakland estaba preparando su tesis doctoral, en Nueva York, recibió una visita de Bateson quien en ese momento se encontraba precisamente buscando el financiamiento necesario con la Fundación Rockefeller para poder establecer su nuevo proyecto de investigación. Inmediatamente después de obtener los fondos, Bateson invitó a Weakland a celebrar el éxito de su empresa, y como colofón a la celebración le propuso unirse a él. Lo que implicaba que Weakland debía trasladarse también a California para asentarse en el Veterans Administration Hospital donde tendría su sede el proyecto. Weakland no lo pensó dos veces y aceptó la propuesta.

JAY HALEY. De joven se había sentido atraído por el teatro y al parecer jamás perdió el gusto por dirigir a las personas. En el momento en que se topó con Bateson, Haley se encontraba estudiando en la universidad de Stanford donde preparaba su tesis de maestría en comunicación. Para tal fin, Haley se dedicaba a analizar diversas películas precisamente desde el punto de vista comunicacional. Por azares del destino, Haley se enteró de que Bateson años antes había intentado hacer lo mismo que, y por eso trató de contactarlo para así poder intercambiar puntos de vista con él. En la entrevista entre ambos, Bateson y Haley no coincidieron mucho, se enfrentaron y discutieron, sin embargo, éste último salió de dicho encuentro con la oferta de ocupar el puesto de encargado de investigación del nuevo proyecto Bateson. Su elección fue obvia.

WILLIAM FRY. Estudiante de psiquiatra y médico residente del Veterans Administration Hospital. Fry seguía los cursos de etnología que dictaba el único antropólogo en este hospital, Gregory Bateson, con una mezcla de interés y confusión. El Veterans había contratado a Bateson para ayudar a los psiquiatras a diferenciar las manifestaciones de las variantes culturales de los pacientes, de los síntomas de la enfermedad mental ya que en ese entonces, en la sociedad etnocentrista norteamericana eran frecuentemente confundidos. Sin embargo, los cursos de Bateson, aunque nosotros podríamos clasificarlos de apasionantes por los temas tratados en ellos, estaban muy alejados del interés de los psiquiatras que inclusive se mofaban de él. Por su parte, Fry estudiaba el papel de las glándulas suprarrenales en la esquizofrenia cuando recibió la oferta de unirse a Bateson para estudiar el papel de las paradojas en el comportamiento. Fry acepto inmediatamente.

DONALD DEAVILA JACKSON. Quien era un brillante psiquiatra egresado de Standford se sentía fascinado por el psicoanálisis y por los trabajos de Milton Erickson y Lawrence Kubie sobre hipnosis. Fue alumno de Harry Stack Sullivan y Frieda Fromm-Reichman. Poco a poco Jackson va desarrollando el concepto de homeostasis familiar, mismo que presenta en 1954 en el Veterans y que influye grandemente el campo de la naciente terapia familiar. Bateson obviamente se interesa en este artículo que refleja mucho de las aplicaciones del pensamiento desarrollado en las conferencias Macy e invita a Jackson a funcionar como consejero y consultor del grupo. Posteriormente y en vista de que Fry en ese tiempo se encontraba haciendo su servicio militar en la marina, Bateson lo invitó a unirse al proyecto.

LA TEORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Una vez constituido el grupo, se fijo que el punto focal de investigación del proyecto Bateson consistiría en el estudio de los efectos de las paradojas en la conducta humana. Los colaboradores del proyecto, Bateson, Weakland, Haley, Fry presentaban y escogían diversas áreas de las ciencias donde las paradojas podían ser importantes para su explicación. Entre estos campos se encontraba el del humor; el de la conducta de las nutrias de río; y el de la interacción de las familias de esquizofrénicos. Una vez hecha esta selección, cada uno de los miembros se dedicaba a estudiar la suya y posteriormente compartía sus resultados con los demás.

Lo que en ese momento se analizaba con mayor ahínco en el interior del grupo era la diferencia que existe entre los tipos lógicos a la hora de comunicarnos, es decir se trataba de estudiar los diferentes niveles de comunicación así como la forma en que los organismos pueden diferenciar un nivel del otro, es decir, estudiaban la diferencia entre comunicación y meta comunicación.

Al mismo tiempo, algunos de los colaboradores del proyecto comenzaron a atender pacientes para así poder discutir sobre ellos en términos comunicacionales, en especial trataban de identificar la forma en que las personas pueden distinguir los mensajes comunicacionales de los mensajes metacomunicacionales. Como resultado de sus esfuerzos, se pudo observar que en los pacientes esquizofrénicos la principal dificultad comunicacional es aquella que consiste en cierta dificultad para poder interpretar adecuadamente la comunicación metafórica; es decir, a los pacientes esquizofrénicos y muchas veces a sus familiares les resulta difícil distinguir entre tipos lógicos. En consecuencia, se concluyó que muchas de las deficiencias comunicacionales de los esquizofrénicos tienen que ver con una casi completa imposibilidad de metacomunicarse efectivamente.

Para apoyar su desempeño clínico con sus pacientes y al mismo tiempo poder observar la conducta hipnótica, otro campo posible de estudio y aplicación de la teoría comunicacional, algunos de los colaboradores del proyecto, (Weakland y Haley para ser más preciso), comenzaron a entrevistarse con quien será otra de las grandes influencias de la escuela de Palo Alto a pesar de mantenerse siempre al margen de ella. Por supuesto nos referimos a Milton Erickson.

Antes de 1954 el subsidio de la Rockefeller se agoto, sin embargo el proyecto pudo continuar gracias a que otro financiamiento fue otorgado, esta vez por la fundación Macy. Este cambio de patrocinador obligo al equipo a centrarse más en las posibles aplicaciones prácticas del proyecto lo que les llevo a abordar la cuestión del estudio y la posible cura de la esquizofrenia. En ese momento, el grupo comenzó a acercarse a Don Jackson, que al ser un clínico reputado con enfoque interaccional (lo que en ese tiempo era poco común), podía ayudarlos a llevar a buen puerto esta nueva empresa. Al final Jackson terminó ocupando el lugar que Fry dejó vacante tras acudir a su servicio militar en la marina.

Como lo señalan Wittezaele y García (1994) Bajo estas presiones institucionales, los colaboradores del proyecto cansados de la actitud dispersa de Bateson del que no podían sacar en claro ninguna idea. Se les ocurrió obligarlo a concretar bajo el subterfugio de encerrarse con él en un chalet en la montaña para obligarlo así a poner al fin en claro sus ideas. De esta estancia en las montañas el fruto fue la teoría del doble vínculo³.

En 1956 aparece su artículo conjunto "Hacia una teoría de la esquizofrenia" donde se especifica la hipótesis interaccional que sobre este padecimiento ha desarrollado el equipo. De forma muy sucinta, la teoría del doble vínculo se puede exponer de la siguiente manera.

La esquizofrenia es una incapacidad para discriminar tipos lógicos aprendida en contextos donde es funcional. Por otra parte, la familia es quien la fomenta e incluso la exige al paciente identificado para así poder seguir manteniendo su homeostasis. El proceso interaccional que da origen a la esquizofrenia se le denomina doble vínculo. Un doble vínculo es un tipo especial de comunicación que se da en varios niveles lógicos en la que una demanda manifiesta en un nivel es encubiertamente anulada o contradicha en otro nivel. Además, esta incongruencia no puede comentarse ni tampoco se puede

³ En este encuentro no deja de resultar curioso, las siguientes manifestaciones de isomorfismo entre la elaboración teórica y la teoría. Bateson descubre el doble vinculo inmerso en el. "te castigamos si produces (divagas), pero también te castigamos si no produces algo". Por otra parte, parecería que el primer "consultante" al que se le restringió su capacidad de maniobra para, al estilo del MRI, ayudarlo a concretar sus metas y definir sus objetivos fue precisamente Gregory Bateson.

escapar de ella porque se da en el seno de una relación muy importante para la persona. Expresado de una forma más esquemática los elementos que configuran al doble vínculo son los siguientes:

1. *Que la relación este constituida por dos personas o mas.*
2. *Que se de en una situación vital.*
3. *Que esta sea una experiencia repetitiva.*
4. *Que se de una orden negativa primaria.(si haces eso te castigare, si no haces eso te castigare)*
5. *Que se de una orden negativa secundaria encubierta y en conflicto con la primera y que también es sancionada con castigos.*
6. *Que se de una orden negativa terciaria que prohíbe comentar y otra que impide abandonar el campo.*
7. *Una vez establecida la situación, esta se puede desencadenar con una pequeña señal.*

El grupo concluye que en vista que una situación de doble vinculo puede acontecerle a cualquiera la conducta del esquizofrénico no esta muy alejada de la conducta de personas normales, y por otra parte concluyen que la explicación de la esquizofrenia a través de la teoría del doble vínculo tiene enormes similitudes con la explicación de otras experiencias humanas, tales como la hipnosis y el budismo zen.

En el campo psiquiátrico, la teoría del doble vínculo trajo consigo algunas consecuencias muy importantes, entre ellas podemos mencionar las siguientes: el sacudimiento del *establishment* psiquiátrico que está basado en hipótesis biológicas o fisiológicas de la enfermedad mental; el reforzamiento de la convicción de algunos clínicos de atender a las personas en modalidad familiar y el desarrollo de cierta conciencia política y social alrededor de la enfermedad mental.

EL PROYECTO DE COMUNICACIÓN HUMANA Y LA TERAPIA

Las relaciones entre los miembros del proyecto de comunicación humana y la práctica de la terapia nunca fueron del todo sencillas, de hecho, fueron bastante complejas, al punto que resulta difícil resumir esto aquí. En el seno del proyecto de comunicación humana, tanto la practica de la psicoterapia como la de la terapia familiar no fue algo que se buscara, por el contrario, para algunos de los miembros del proyecto pareciera que más bien la terapia familiar fue algo que terminó por buscarlos a ellos.

Así, por ejemplo, Bateson consideraba a la terapia como un intercambio de ideas y le preocupa más los aspectos políticos de esta. La forma en la que Bateson “hacia terapia” consistía en dialogar y en “ser bueno con los pacientes”, para él, esta práctica no se trata tanto de cambiar a los pacientes sino de cambiar lo que esta alrededor del paciente; por su parte, tanto Weakland (quien esta en la base de la terapia breve del MRI) como Haley (quien funda la terapia estratégica) reconocían tener una formación poco sólida en el campo de la terapia, por lo que, de una forma bastante lógica, al estudiar la hipnosis y toparse con el genio de Milton Erickson, sólo era cuestión de tiempo que terminaran buscando apoyo en él y tomaran como modelo a seguir el estilo terapéutico único e inimitable del maestro. El carácter pragmático, intervencionista, elegante y austero de la terapia ericksoniana conformo una suerte de espíritu común para estas dos formas hermanas de hacer terapia, la terapia breve y la terapia estratégica y por ende, dicho espíritu, también terminaría siendo compartido por el modelo terapéutico de la escuela de Milán y por la escuela de soluciones de Steve deShazer.

William Fry, quien era el único psiquiatra del grupo, y por lo tanto él único plenamente familiarizado con la psicoterapia psicodinámica lo abandona muy pronto. Así, Don Jackson quedo como el único clínico con una formación sólida en el proyecto.

Jackson ya era un terapeuta familiar brillante antes de integrarse al proyecto Bateson, por lo que no es extraño que partiera de él la inquietud de proseguir la investigación sobre terapia familiar, aunque eso significara tener que distanciarse de Bateson, como al final pasó.

El proyecto Bateson estaba constituido de tal forma que la terapia no era una prioridad. Las entrevistas se hacían con el fin de estudiar la interacción, se audio grababan con el fin de hacer esto de una forma más precisa y si se observaba atrás del espejo era para fines estrictamente investigativos. Toda la investigación estaba estrictamente planeada, salvo que, los integrantes del grupo no pudieron permanecer impasibles ante el dolor humano y terminaron tratando de hacer algo para mejorar la situación de sus informantes.

Por otra parte, el haber podido concretar una teoría interaccional de la enfermedad mental representaba en ese momento una enorme promesa para el perfeccionamiento de la terapia que era importante tratar de concretar. Siguiendo a Wittezaele y García (1994), después de la publicación del artículo del doble vínculo las preocupaciones de los colaboradores del proyecto de comunicación humana fueron estas: a) realizar el análisis interaccional del contexto familiar; b) desarrollar la terapia familiar; c) estudiar la hipnosis y su relación con las terapias breves, y por supuesto d) conseguir la generalización y la aplicación terapéutica del doble vínculo. Lo que claramente nos muestran estas preocupaciones dentro del proyecto es que casi todos los colaboradores, salvo, tal vez el mismo Bateson, sentían un muy fuerte impulso de incursionar en el campo de la terapia familiar.

Pronto, debido a la influencia que Erickson tuvo en Haley y Weakland, ellos se empeñaron en mostrar que los sistemas de explicaciones no son más que formas en que los profesionales se comunican entre sí, pero que no determinan, ni mejoran ni empeoran en modo alguno el proceso de cambio en terapia. Señalaron que una cosa es la teoría que guía las investigaciones en psicoterapia, pero que otra cosa muy distinta es la forma en que se puede conseguir el cambio a través de ella. De esta forma, en el seno del proyecto de comunicación humana aconteció que surgieron al menos tres formas diferentes de conceptualizar el origen y la solución de los problemas humanos, y por ende, también surgieron tres formas diferentes de conceptualizar y practicar la terapia familiar. Sin embargo, a pesar de las diferencias cada vez más marcadas entre ellas, estas tres visiones distintas de la terapia, siguieron compartiendo entre sí una misma epistemología cibernética y un mismo lenguaje comunicacional-interaccional para hablar de los problemas humanos.

La primera visión a la que nos referimos es la del propio Bateson, quien consideraba a los problemas humanos, y por lo consiguiente a la terapia, bajo el marco de una concepción social de los mismos, y buscaba su modificación a partir de una intervención orientada por un punto de vista político. Debido a que Bateson como ya hemos mencionado, nunca se interesó particularmente en hacer terapia o desarrollar técnicas para ello, esta forma de terapia no se elaboró del todo. Esta modalidad de terapia tardará mucho más tiempo en concretarse en una práctica específica. Desde el punto de vista de este autor, se puede suponer que una terapia batesoniana de una forma muy general hubiera terminado siendo muy parecida a aquella representada por los enfoques narrativo, colaborativo y reflexivo. Bateson, al igual que los terapeutas narrativos, reflexivos y colaborativos, veía con sumo recelo cualquier forma de intervención activa en

terapia y desaprobaba la idea del uso del poder y de la jerarquía como herramientas terapéuticas. Por otra parte, Bateson al igual que sus posmodernas contrapartes, creía que el factor humano y la capacidad para entablar relaciones con los pacientes eran esenciales para el éxito de la terapia. A Bateson le resultaba desagradable pensar al terapeuta como un experto y a la familia como un mero campo de batalla.

La segunda visión que más adelante podremos explorar con mayor profundidad, es la sostenida tanto por Haley como por Jackson, y que, andando el tiempo terminará dando origen al enfoque de terapia estratégica. Ambos autores consideraban que en vista de que el síntoma posee una función en el sistema familiar, la comprensión del mismo le resulta necesaria al clínico para poder así planear sus intervenciones y trazar el curso de la terapia.

Por último, la visión de Weakland, (que dará como fruto de su aplicación el enfoque de terapia breve) era la más radical. Esta considera que no sólo es fútil, sino que incluso resulta perjudicial que el clínico haga suposiciones sobre cualquier posible función que pudiese tener el síntoma. La visión de Weakland considera que es una explicación única y suficiente el mero análisis interaccional del problema. Por otra parte sostiene que resolver un problema y entenderlo son cosas distintas por lo que no se necesita saber mucho de él para modificarlo.

Poco a poco, las diferencias entre los colaboradores comenzaron a crecer más y más, así que el grupo inevitablemente comenzó a fragmentarse. En 1959 Jackson creó el Mental Research Institute, (del cual hablaremos enseguida con la debida profundidad), acrecentándose aún más las no pocas diferencias entre el clínico Jackson y el teórico Bateson. Al igual que las personas, las 2 instituciones comenzaron a rivalizar entre si. Como resultado de este proceso de sismogénesis complementaria Bateson terminará por disolver el proyecto sobre la comunicación humana en 1962. En 1963, Bateson aceptó una propuesta interesante y se dirigió a las Islas Vírgenes para poder estudiar el comportamiento de los delfines. De esta forma Gregory Bateson se aparta del entorno de Palo Alto, que en ese momento ya representaba un clima muy viciado.

EL MENTAL RESEARCH INSTITUTE

Como ya se señaló, Don Jackson deseaba desarrollar aún más la parte terapéutica del nuevo enfoque, pero, en el seno del proyecto de comunicación humana se encontraba una y otra vez con las constantes restricciones de Bateson. Así que, en 1959 Jackson crea el Mental Research Institute del que será su primer director. El MRI coexiste hasta 1962 con el proyecto de comunicación humana casi todos los miembros de uno lo son del otro, salvo Bateson que desde el principio no quiso adherirse al proyecto. Erickson permanece fuera de él pero siempre como una gran influencia clínica. Haley por su parte guardará un lugar marginal pero en 1962, al término del proyecto Bateson se integra completamente. Cuando se disuelve el proyecto de comunicación humana, Weakland se distancia, permanece año y medio en retiro, después se integra al MRI. La transición de Haley es más sencilla. William Fry no se integrará al MRI sino hasta los años 80's.

Jackson sufre para conseguir financiamiento, al punto que tiene que conceder con un patrocinador que desea que la nueva institución lleve en su nombre el término "mental". A pesar del arduo trabajo, en marzo de 1969, el MRI abre sus puertas y Jackson complementa su equipo con las siguientes personas:

JANET BEAVIN. Aunque “erá sólo una secretaria”, sin ella el libro sobre “la pragmática de la comunicación humana” no hubiese existido ya que era la interlocutora privilegiada de Weakland y quien le ayudo a clarificar muchas de sus ideas.

JULES RISKIN. Era un psiquiatra joven que se interesó por la esquizofrenia y por eso lee el artículo del doble vínculo, traba contacto con Jackson y le solicita empleo a Bateson, quien lo rechaza porque consideraba que con un psiquiatra en el proyecto ya era suficiente. Jackson, que en ese momento le llevaba la contra a Bateson, lo contrata para el MRI y lo presenta con la otra nueva colaboradora, Virginia Satir.

VIRGINIA SATIR. Era una mujer muy alta que usaba sombreros enormes, primero fue profesora y luego asistente social. En el momento en que se une al MRI, contaba con una amplia experiencia y una técnica particular para tratar a familias, tal vez era quien tenía más experiencia. El MRI se organizó en dos sectores, la investigación y la formación de terapeutas, aspecto que quedaría a cargo de ella

PAUL WATZLAWICK. Se integra tiempo después, su historia personal es difícil de reseñar, sólo mencionaremos que es austriaco, intenta estudiar medicina o ingeniería, pero la 2^a. Guerra mundial se lo impide, luego del conflicto llega a ser investigador policiaco para después doctorarse en filosofía. En 1954, ya se había formado como analista jungiano. Pasa por Italia, la India y el Salvador, “aprende español” derivándolo del italiano y el latín. Después de una serie de contactos que no se realizan, llega a Palo Alto en 1960.

ACTIVIDADES DEL MRI. Para mediados de los décadas de los 60's, el MRI se encontraba en pleno funcionamiento, entre sus principales actividades, está la formación de terapeutas familiares en el nuevo enfoque interaccional. Además, se investiga sobre la Pragmática de la comunicación humana; las condiciones del cambio; el desarrollo de la terapia familiar; las relaciones existentes entre la familia y la enfermedad mental.

El trabajo terapéutico realizado en el Instituto aún no está unificado, se sigue indistintamente la terapia estratégica inspirada en Erickson y desarrollada por Haley; la terapia familiar de Satir, así como un trabajo de inspiración más clínica por parte de Jackson. Posteriormente, Satir se siente aislada, aunque la formación está a su cargo, no comprende ni comparte del todo la parte teórica desarrollada en la época del Proyecto Bateson. No siente la misma admiración por Erickson. Se siente relegada en el MRI, y a la par empieza a ser apreciada fuera de él, le ofrecen cursos y conferencias, así que termina por abandonar el Instituto. Haley también se marcha, recibe una invitación para colaborar con Minuchin en Filadelfia. Don Jackson poco a poco se va desinteresando por el MRI, desea tener tiempo para escribir y teorizar y la administración se lo roba. De forma sorpresiva, fallece, se sospecha un posible suicidio o un ataque cardíaco.

CENTRO DE TERAPIA BREVE. Richard Fish, después de graduarse del MRI se integra a él en 1966. En un principio, fue paciente de Jackson y Haley. Sugiere realizar una investigación para acortar el tiempo de la terapia, y como resultado de dicho proyecto, se funda el centro de terapia breve, donde con la colaboración de Weakland, Watzlawick, Arthur Bodin y el propio Fish, se desarrolla el enfoque de terapia breve o enfoque del MRI. Este enfoque propone poca reflexión y cambio rápido. Utiliza una aproximación estratégica suave y algunas nociones sistémicas, se enfoca en resolver problemas a través de la identificación de los intentos de solución. Prefiere pacientes únicos y se circunscribe a 10 sesiones por protocolo. A partir de este momento, el campo de la terapia familiar sistémica queda profundamente reformulada.

La historia del MRI continúa hasta nuestros días, su influencia, así como la de la Escuela de Palo Alto, puede ser reconocida en todas las formas de terapia familiar sistémica, y en las siguientes secciones, se abordarán dichas ramificaciones. Antes de terminar, es importante mencionar algunos de los cambios que acontecieron en el MRI. A la muerte de Jackson, el MRI queda a cargo de Watzlawick, y poco a poco la terapia empieza a ser entendida en función de la cibernética de 2do. Orden. Esto genera un cambio conceptual muy importante, que abrirá las puertas al constructivismo y a la posmodernidad.

VII. EXPOSICIÓN

“LA PRAGMÁTICA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA”

La última de las piezas que componen las bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar sistémica, es la pragmática de la comunicación humana. Esta disciplina, a diferencia de las otras, no proviene de la década de los 50's, ni es producto directo de las conferencias Macy, surge a partir de la investigación hecha en el MRI a principios de los 60's. De alguna forma condensa los esfuerzos del Proyecto Bateson y constituye la base del enfoque de terapia breve. Aunque existía una ciencia comunicacional, ésta se mostró insuficiente para explicar y sustentar el trabajo terapéutico de inspiración sistémica. Al comentarlo, damos por concluida la exposición de la epistemología de la terapia familiar sistémica, por lo menos, hasta la irrupción del posmodernismo.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN

Una de las principales dificultades del estudio del lenguaje, consiste en que éste se aprende de forma casi automática, ignorando conscientemente todo lo referente a su estructura y función, por lo que para el investigador no resulta sencillo remontar esto y poder aprehender los funcionamientos ocultos de esta facultad humana. Como las ciencias del lenguaje son jóvenes, hay una razonable esperanza, de que estas dificultades puedan ser superadas, pero en lo que esto se realiza, no se puede negar la importancia que tiene la comunicación en la vida humana y por ende es necesario que se aborde el tema en terapia.

Existen al menos dos formas de estudiar la comunicación; una de ellas, es el enfoque unidireccional desarrollado por Claude Shannon en 1949, cuya aproximación al análisis de los fenómenos de la comunicación se caracteriza por emplear el siguiente esquema explicativo: “emisor-signo; receptor-signo”. Este enfoque fue inspirado principalmente por el funcionamiento de la telegrafía y la telefonía, pero poco a poco se fue haciendo más claro que no resultaba útil para explicar los complejos intercambios que ocurren en la interacción humana. El otro enfoque es el que denominamos interaccional y cuyo esquema explicativo es el siguiente: “relación emisor-receptor”, mismo que fue impulsado por la naciente ciencia cibernética. Una gran parte de los desarrollos comunicacionales de tipo interaccional, sólo pueden explicarse a partir de la influencia de la Escuela de Palo Alto.

Entre los conceptos básicos que son usados por el enfoque interaccional de la comunicación tenemos los siguientes:

- a) Mensaje, es toda unidad comunicacional.
- b) Interacción, consiste en una serie de mensajes intercambiados.
- c) Pauta comunicacional, se define como un patrón de interacciones.

Profundizando en el estudio de la Comunicación, podemos distinguir las siguientes áreas que la componen:

- a) La sintaxis, disciplina que se avoca al estudio del cómo se transmite la información y en cierto sentido podemos encontrar que guarda similitudes muy marcadas con la lógica simbólica.
- b) La semántica, que es aquella parte de la ciencia comunicacional que tiene por objetivo responder a la pregunta “qué es lo que significa el mensaje”, de la misma manera que con la sintaxis no se puede dejar de hallar puntos de encuentro con la filosofía de las ciencias.
- c) Por último, nos queda la pragmática, que se dedica a indagar cómo afecta la comunicación a la conducta. Sobra decir que sus implicaciones son marcadamente psicológicas. Los esfuerzos de los colaboradores del MRI, se dedicaron principalmente a desarrollar las consecuencias que tiene la pragmática de la comunicación humana en la práctica de la terapia.

Así proponen que, los mensajes no son sólo palabras, sino que sobre todo son acciones y conductas, que afectan y son afectados por los demás; o en otras palabras, toda conducta es comunicación y toda comunicación afecta la conducta.

PRAGMÁTICA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Es difícil trazar claramente la línea de influencias que llevó al desarrollo de la pragmática de la comunicación humana. Si bien, surgió en el Mental Research Institute, las ideas que están en su base pueden rastrearse hasta las conferencias Macy, el pensamiento de Bateson y el proyecto de comunicación humana. A pesar de sus profundas implicaciones, la pragmática de la comunicación es un modelo sencillo e interdisciplinario que no se ocupa de las condiciones ideales de la comunicación, sino del estudio de la interacción tal cual se da entre los seres humanos. Así, esta disciplina se dedica a estudiar los efectos pragmáticos de la comunicación en la conducta de las personas y por supuesto, también aborda los diversos trastornos que induce en ella.

Es importante decir que los fenómenos que estudia la pragmática de la comunicación humana no son sencillos, por el contrario, siempre se dan en múltiples niveles y modalidades simultáneos, en consecuencia cualquier intento de aislamiento los empobrece; sin embargo, siempre es necesario cierto grado de recorte, ya que no se pueden estudiar de otro modo debido a que dichos procesos interaccionales son muy complejos y de una riqueza informativa pasmosa, que sobrepasaría cualquier posibilidad de análisis.

La pragmática de la comunicación humana es un nuevo lenguaje para describir el comportamiento humano, y por lo tanto, implica un vocabulario y una gramática diferente, que para usarse nos exige abandonar todo lo aprendido con relación a la conducta humana. A cambio, la pragmática de la comunicación humana nos ayuda a ampliar nuestra visión y nos permite experimentar lo familiar como insólito. También, aumenta la comprensión clínica en la terapia y nos aporta nuevos instrumentos terapéuticos para abordar el campo interaccional.

ORGANIZACIÓN DE LA INTERACCIÓN HUMANA

La idea de que la interacción familiar funciona como sistema se deriva de la observación de Jackson de que el síntoma sirve como homeostato familiar. La familia como sistema presenta: totalidad, no sumatividad, retroalimentación y homeostasis. Las

familias se encuentran calibradas (cambio de primer orden), pero también presentan funciones escalonadas, es decir, cambios en la calibración (cambio de segundo orden).

Un patrón comunicacional representa una repetición o redundancia de hechos. La interacción comunicacional funciona como un sistema abordable a través de la Teoría General de Sistemas, misma que toma en cuenta el tiempo y el orden. Un sistema interaccional serán dos o más comunicantes en el proceso de definir la naturaleza de su relación.

Los individuos que se comunican se estudian en sus relaciones horizontales y verticales. Términos como sistema, subsistema o medio, se define en función de nuestro interés, ya que no tienen realidad ontológica.

Existen algunos fenómenos que a pesar de nuestros mejores esfuerzos permanecen inexplicables, y esto es porque hasta ese momento no se ha tomado en cuenta el contexto en el que tienen lugar. Así, cuando no se comprende la relación entre el hecho que se trata de explicar y el contexto en el cual surge, lo más común es que se terminen creando conceptos explicativos que al final se reifican. Es sólo hasta que se aborda el estudio de las relaciones del hecho con su contexto, que se puede denunciar tal reificación. Las entelequias en el campo de la conducta, sólo pueden disolverse a través del estudio de los procesos comunicacionales.

FUNCIONES Y RELACIONES

Si se utilizan las matemáticas como modelos es porque ellas estudian las relaciones. Antes se creía que los números expresaban únicamente magnitudes, pero a partir del álgebra, las matemáticas devinieron modernas y comenzaron a conceptualizar los números como variables. La forma en que se puede definir el concepto de función es considerándola como una relación entre variables; una relación de relaciones que expresa propiedades inéditas. En este sentido, la geometría es una forma visual de expresar dichas funciones.

De la misma forma, antes se concebía a la mente como dotada de ciertos atributos, (nuestros procesos básicos). La pragmática de la comunicación humana propone que los procesos básicos no son entes, sino relaciones, de esta forma podemos decir que todo proceso perceptivo es un proceso exploratorio en el cual no se perciben entidades, sino relaciones.

METACOMUNICACIÓN

La metacomunicación consiste en el proceso que utiliza la comunicación para comunicar algo sobre ella. Las principales dificultades que existen para su estudio consisten primeramente en que no se cuenta con otro lenguaje que funcione como metalenguaje y que, hasta la fecha, el campo que comprende no esté suficientemente formalizado. El estudio de la metacomunicación es equivalente al cálculo matemático y nos permite proponer teoremas metacomunicacionales. Las reglas de la comunicación humana no se explican a través de la metacomunicación, sólo nos lleva a reconocer que existen.

AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN

Es importante mencionar que en el marco de la pragmática de la comunicación humana, algunas nociones psicopatológicas monádicas dejan de tener sentido. Por otra parte hay propiedades simples de la comunicación con consecuencias interpersonales básicas, que al estudiarse funcionan como una axiomática metacomunicacional básica

para el estudio de la pragmática de la comunicación humana. Obviamente su carácter es interpersonal y no gonádico, preliminar y no exhaustivo. Su unidad no surge de sus orígenes o de una teoría o disciplina en particular, sino de su importancia pragmática.

AXIOMA I: IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICARSE. Se puede asegurar que no hay contrario de conducta, es imposible no comportarse, por lo tanto, si toda conducta tiene valor de mensaje entonces: No se puede dejar de comunicar. Toda comunicación implica un compromiso y el esquizofrénico busca evitarlo. El esquizofrénico enfrenta la imposible tarea de negar que se está comunicando y al mismo tiempo de negar que su negación es una comunicación

AXIOMA II: NIVELES DE CONTENIDO Y RELACIÓN DE LA COMUNICACIÓN. Las relaciones entre los sujetos rara vez se definen deliberadamente. Toda comunicación define la relación entre los comunicantes ya que no sólo transmite información al otro, sino que también le impone conducta. Así tenemos que toda comunicación cuenta con un aspecto referencial y uno conativo. Mientras que el aspecto referencial es sinónimo de contenido de mensaje y transmite información, El aspecto conativo o metacomunicacional se refiere a la relación que existe entre los comunicante, a qué tipo de mensaje pertenece el que se está transmitiendo. En su mayoría las relaciones se inician ponderando los aspectos conativos y luego se privilegian los aspectos referenciales. Entre mas fluida es una comunicación, más predomina el contenido. Entre más difícil es, más predomina el aspecto conativo. La capacidad de metacomunicar es necesaria para que la comunicación sea eficaz y es muy importante en la autopercepción y en la percepción del otro. Así las contradicciones entre aspecto referencial y conativo lleva a contradicciones lógicas

AXIOMA III: PUNTUACIÓN DE LA SECUENCIA DE HECHOS. Para un observador externo una serie de comunicaciones se ve como una secuencia ininterrumpida de intercambios, pero sus participantes inevitablemente introducen su puntuación de la secuencia de hechos, misma que organiza los hechos de la conducta y resulta vital para la interacción en marcha. La naturaleza de la relación depende de la puntuación de la secuencia de hechos entre los comunicantes. La falta de acuerdo con respecto a ella causa conflictos en las relaciones. Así, los problemas interpersonales se originan en la incapacidad que cada uno de los comunicantes tiene para metacomunicar la respectiva manera de puntuar una interacción.

AXIOMA IV: COMUNICACIÓN DIGITAL Y ANALÓGICA. En el ser humano existen dos formas complementarias y mutuamente dependientes de comunicación la comunicación digital y la analógica. La comunicación digital es del orden del todo o nada, depende de convenciones, es verbal y del orden signifiante, por ejemplo, las palabras. Por su parte, la comunicación analógica es del orden de los gradientes, similar a lo nombrado, no verbal y del orden imaginario por ejemplo los dibujos o los gestos. El lenguaje digital domina el campo del avance cultural, el lenguaje analógico domina el campo de las relaciones personales. Cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. El lenguaje analógico no contiene casi información, sino aspectos conativos, es difícil mentir usándolo y al carecer de operadores lógicos todos sus mensajes poseen un doble valor antitético. Posee dicha semántica, pero carece de una sintaxis inequívoca para definir la naturaleza de las relaciones.

AXIOMA V: INTERACCIÓN SIMÉTRICA Y COMPLEMENTARIA. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según se basen en la igualdad o la

diferencia. Como se ha mencionado la esquizogénesis es un proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos y puede ser complementaria o simétrica. La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferenciación mínima. La interacción complementaria se caracteriza por la diferencia. Se establecen por contextos sociales, culturales o por el estilo idiosincráticos de los interactuantes.

COMUNICACIÓN PATOLÓGICA

Cuando se analizan las consecuencias de que los axiomas comunicacionales se alteren, aparecen otros marcos de referencia para entender las patologías individuales. De la misma forma, al entender cómo se resuelven los impasses comunicacionales se pueden proponer nuevas formas de intervención clínica.

PATOLOGÍAS DEL AXIOMA I “IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICARSE”. La conducta alienada es la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurda o insostenible. En la esquizofrenia, se trata de negar la comunicación y luego negar esta negación, o bien, buscar la comunicación sin aceptar su compromiso inherente. El “esquizofrenés” es un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados distintos e incompatibles, así siempre se puede negar una parte del mensaje.

Ya que el intento de comunicarse se puede dar en otros contextos donde no se puede abandonar el campo y no se puede no comunicar. El que debe y no quiere comunicarse puede:

- A) Rechazar la comunicación, siendo grosero y soportando un silencio tenso.
- B) Aceptar la comunicación y enredarse más allá de lo que desea.
- C) Descalificar la comunicación con estrategias tales como incongruencias, cambios de tema, estilo oscuro, salirse por la tangente etc
- D) Utilizar un síntoma donde sería como si dijera “no me molesta hablar pero no puedo”, sin embargo, esto sólo funciona si la persona que escapa está convencida de que en realidad tiene un síntoma.

PATOLOGÍAS DEL AXIOMA II: CONTENIDO Y RELACIÓN DE LA COMUNICACIÓN. Los desacuerdos pueden darse en ambos niveles de la comunicación y las palabras perder su significado para convertirse en armas. Las posibilidades de acuerdos y desacuerdos, son las siguientes:

- a) Situación ideal cuando hay acuerdos en los niveles de contenido y relación.
- b) Conflicto maduro que consiste en un desacuerdo en contenido pero no por eso se perturba la relación.
- c) Problema marital leve que es un acuerdo en el nivel de contenido pero no en el de relación
- d) Problema marital intenso que consiste en un vano intento de resolver desacuerdos relacionales en el nivel de contenido.
- e) Conflicto patológico donde se puede llegar a dudar en el nivel de contenido para evitar conflicto en el de relación.
- f) Desacuerdo total en el que hay un desacuerdo en el nivel de contenido y de relación.

Problemas en la definición del sí mismo y del otro.

El nivel relacional no comunica sobre hechos externos, sino que propone mutuamente definiciones de esa relación y por ende del sí mismo. Cuando A habla a B, A se autodefine y B puede responder de tres formas a esta definición:

- 1.- confirmando la definición. Estás en lo correcto
- 2.- rechazando la definición. Estás equivocado

3.- desconfirmando al otro. Tú no existes

El esquizofrénico está sometido a una sutil involuntaria pero persistente desconfirmación. Esta relación es al infinito y cada vez con mayor implicación. Las relaciones son puramente subjetivas, por lo que le es inherente cierto grado de impenetrabilidad.

PATOLOGÍAS DEL AXIOMA III: PUNTUACIÓN DE LA SECUENCIA DE HECHOS. Las discrepancias no resueltas en la puntuación de la secuencia de hechos llevan a impasses interaccionales con acusaciones mutuas de locura o maldad. Las discrepancias ocurren cuando por lo menos uno de los comunicantes no sabe que cuenta con menos información que el otro y por lo tanto no soluciona nada suponer que el otro tiene la misma información que uno o que derivará las mismas conclusiones. En este sentido la metacomunicación es la única solución que hay para el conflicto. Cuando ya hay puntuaciones distintas no se puede hablar de causa y efecto. Una profecía autocumplidora es una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual es una reacción apropiada. Lo que la convierte en patología es cuando se considera que sólo se está reaccionando a las actitudes de los demás, pero que no se está provocando a nadie.

PATOLOGÍAS DEL AXIOMA IV: ERRORES DE TRADUCCIÓN ENTRE DIGITAL Y ANALÓGICO. Para traducir lo analógico a lo digital se tienen que insertar operadores lógicos. En una confusión analógica, la digitalización concordará con la percepción de la relación de cada uno de sus miembros. El mensaje analógico no es denotativo ni afirmativo, se da a nivel relacional como propuestas o preguntas. La histeria implica errores de traducción de lo digital a lo analógico. La simbolización ocurre cuando la digitalización no es posible, es decir, cuando una relación amenaza con abarcar áreas social y moralmente prohibidas.

PATOLOGÍAS DEL AXIOMA V: INTERACCIÓN SIMÉTRICA Y COMPLEMENTARIA. Lo simétrico y lo complementario no son ni buenos ni malos; ni normales ni anormales. Para la pragmática de la comunicación humana, el contenido pierde importancia en comparación a los patrones comunicacionales. En una relación simétrica siempre existe el riesgo de competencia, su patología es una guerra más o menos abierta o un cisma. Una relación simétrica sana lleva al respeto mutuo y a la confianza en ese respeto, hay una confirmación realista y recíproca de sí mismo. En una relación simétrica patológica más que predominar la desconfirmación, se observa el rechazo. En una relación complementaria sana se da la confirmación recíproca de los diferentes lugares. En una relación complementaria patológica predomina la desconfirmación, por lo que suele ser muy grave, ya que no se puede confirmar al otro sin desconfirmarse a sí mismo. En teoría, los cambios terapéuticos se logran introduciendo simetría en la complementariedad y complementariedad en la simetría, pero estos no siempre es posible porque los patrones suelen ser muy estables.

VIII. EXPOSICIÓN

“MODELOS TERAPÉUTICOS DESARROLLADOS POR LA ESCUELA DE PALO ALTO”

Como se trató de demostrar, la Escuela de Palo Alto constituye una metateoría de la interacción humana, del cambio y de la terapia. Los modelos terapéuticos derivados de ella, no son totalmente compatible entre sí, ya que aunque comparten una base epistémica común, los aspectos que subrayan u obvian de ella, terminan llevándolos a concepciones y propuestas muy distintas. Por otra parte, no se puede pretender que estos modelos son sistémicamente puros. El trabajo de Milton Erickson, constituye otro

polo de influencia de igual o mayor importancia para el desarrollo terapéutico, y en el caso de la terapia estratégica, la influencia de la Escuela de Minuchin es más que obvia. En este apartado, se analizarán estas dos influencias, así como los dos modelos más directamente implicados con Palo Alto, el estratégico y el de terapia breve.

LA INFLUENCIA DE MILTON ERICKSON

Milton Erickson, según nos señala O'Hanlon (1989) nació en 1901, en Aurum Nevada; pero su familia que estaba compuesta por él, por su padre, su madre, 7 hermanas y 1 hermano emigró a Wisconsin a una granja. Padeció daltonismo y sordera tonal. A los 16 años sufrió un ataque de polio que lo dejó paralizado, sólo podía mover los ojos y es así como comienza a observar atentamente a la gente. Recuperado de su dolencia, se decide a estudiar medicina y posteriormente psiquiatría. Aprende hipnosis con Clark Hull. En cierto momento de su vida realiza un viaje en canoa que lo fortaleció. Durante esta travesía se las arregla para que la gente lo ayude espontáneamente. En 1952, sufrió un nuevo ataque de polio y alergia, el cual lo obligó a trasladarse a Phoenix con los tres hijos de su matrimonio anterior y cinco más del actual. En Phoenix trabó contacto con los miembros del Proyecto Bateson convirtiéndose así en una muy fuerte influencia para la escuela de Palo Alto. Muere en 1980.

LA TERAPIA ERICKSONIANA. Milton Erickson no sistematizó, ni escribió mucho sobre su forma de hacer terapia de hecho era un terapeuta ateuico, muy flexible, y preocupado sobre todo por los resultados. La hipnosis es fundamental para él, pero no es su única herramienta terapéutica. Aunque hay una unidad subyacente entre la hipnosis y el trabajo terapéutico ericksoniano misma que se expresa a través de ciertos principios, siempre aconsejó a sus consultantes que "desarrollen su propia técnica" Las fases en que consistía la terapia de Erickson eran las siguientes:

- Logro de rapport (solía ser fácil para él)
- Reunión de información (enfocada en pautas y estilos de responsividad).
- Eludir o interferir en las limitaciones y creencias autoimpuestas.
- Evocación de aptitudes y motivaciones
- Construcción de aptitudes
- Vinculación de aptitudes y habilidades con el contexto del problema.
- Terminación de la terapia y seguimiento.

LOS PRINCIPIOS DE LA TERAPIA ERICKSONIANA. Según O'Hanlon (1989) consisten en los siguientes puntos:

- a) Una orientación naturalista, es decir, la capacidad para enfrentar las dificultades, está dentro de cada persona, la terapia sólo es un contexto adecuado para que se desarrolle dicha capacidad, por lo que la terapia deberá ser lo más natural posible.
- b) Una orientación indirecta y directiva, que es cuando el terapeuta tiene que intervenir activamente para permitir que indirecta y naturalmente el problema se resuelva.
- c) La responsividad, que consiste en considerar que las personas son capaces de reaccionar a diferentes estímulos con diferentes respuestas.
- d) Una orientación de utilización donde no hay precondiciones para la terapia, hay que usar todo lo que está en las personas.
- e) Una orientación de presente y futuro, en la que no hay que buscar las causas perdidas, sino trabajar en el presente y en el futuro, es decir trabajar las soluciones y no los problemas.

Estos principios se aplicaban a través de lo que O'Hanlon (1989) llama Modelo "clase de problemas/clase de soluciones" mismo que consiste en lo siguiente: A partir del problema presentado se identifica la clase de problemas, del cual se deriva la clase de soluciones.

LA AMBIGÜEDAD. A través de ella, Erickson busca empujar a la gente a encontrar sus propios significados, y la respuesta particular a ella informa sobre el paciente. La técnica de confusión utiliza la ambigüedad y se constituye por:

- a) Observaciones o conductas fuera de lo normal.
- b) Observaciones o conductas que se prestan a varias interpretaciones.
- c) El bloqueo de las capacidades de procesamiento conciente de las personas.

CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS. En la terapia ericksoniana la posición del terapeuta se caracteriza por una constante flexibilidad y por una aguda capacidad de observación. Por supuesto hay algunos supuestos a evitar, estos son:

- A) La suposición de que para cambiar es necesario conocer la causa del problema; provocar el insight en el paciente; o bien poseer una teoría coherente de su problema.
- B) El supuesto de que existe la inmutabilidad del carácter.
- C) El supuesto de que siempre los síntomas tienen alguna función.

Aunque la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez, es posible el cambio interviniendo en la pauta presente, para lo cual se puede utilizar: el lenguaje del paciente; sus intereses y motivaciones; sus creencias y marcos referenciales; su conducta; la copia de las pautas presentes e incluso se puede utilizar sus síntomas y sus resistencias. Por otra parte es posible alcanzar alguna modificación de la pauta presente, sin importar el tamaño del cambio puesto que hasta un pequeño cambio es muy importante. Entre las cosas que se pueden modificar o cambiar tenemos las circunstancias o la secuencia del síntoma así como su pauta

Para establecer pautas nuevas Erickson solía valerse de las tendencias naturales de las personas, por ejemplo, utilizaba las tendencias al sí, al no y la tendencia invertida; la tendencia a separar y dividir las cosas; la tendencia a la implicación, es decir hacia un empleo del lenguaje, de las acciones y de las situaciones que necesariamente envuelven ciertos antecedentes o consecuencias y lo utilizaba para deslizar implicaciones o supuestos; La tendencia a la comunicación paralela (Chistes, acertijos, juegos de palabras, relatos, metáforas, tareas simbólicas, comunicación simbólica, analogías y refracciones).

LA INFLUENCIA DE SALVADOR MINUCHIN, EL MODELO ESTRUCTURAL

En 1962 la Wiltwyck School, institución ubicada en New York, patrocinó un proyecto de investigación para trabajar con jóvenes delincuentes. Salvador Minuchin, psiquiatra argentino de formación psicoanalítica, quedó a cargo del proyecto y junto con E. H. Auerswald, Braulio Montalvo, Richard Rabkin y Charles King conformó un brillante equipo de trabajo que concentró en la costa este, (al igual que palo alto en la oeste), los principales desarrollos de terapia familiar en ese momento. Este proyecto dio como resultado un libro, "family of the slums", que sería el germen de la terapia familiar con enfoque estructural. Los integrantes de ese brillante equipo de trabajo, (al que Jay Haley se integró por un tiempo) continuaron aportando ideas originales e instrumentando proyectos nuevos muchos años después que el proyecto Wiltwyck terminara.

Auerswald, dejó el proyecto Wiltwyck para desarrollar su propio enfoque de sistemas al que llamo “de sistemas ecológicos”. Este modelo combina factores biológicos, psicológicos sociales y ambientales en el manejo de las situaciones de crisis. El modelo de sistemas ecológico trasciende por mucho el ámbito de la familia ya que se centra primordialmente en los sistemas más amplios. Auerswald buscaba la transformación de la estructura de los programas de psiquiatría comunitaria. Postulaba que para crear un sistema de salud eficaz, no sólo es necesario contar con un equipo de profesionales especializados en distintas disciplinas, sino que también, es necesario crear un equipo de nuevos profesionales que adopten una visión holística sistémica de los problemas que van a enfrentar. Su abordaje abarcaba el campo total de un problema. Incluía a otros profesionales, a la familia extensa, a figuras relevantes de la comunidad, a las instituciones participantes, y todo aquello que constituyera un posible obstáculo al que se enfrentaría el terapeuta al trabajar con las familias pobres. El trabajo de Auerswald fue muy influyente en terapeutas familiares tan importantes como Frank Pitman, Lynn Hoffman e Israel Zwerling

EL TRABAJO TEÓRICO DE SALVADOR MINUCHIN. A finales de la década de los 60's, Braulio Montalvo y Salvador Minuchin comenzaron a trabajar en Filadelfia en la “Child guidance clinic” dirigida por Harry Aponte. Minuchin aplicó durante un tiempo el modelo ecológico pero luego concentró su interés en un trabajo “más local”. Se dedicó a atender los problemas infantiles dentro del marco de la familia nuclear y fue así como elaboró su modelo “estructural”. Aponte por su parte, realiza una síntesis de los modelos estructural y ecológico que le resulta muy útil para tratar los problemas de las familias pobres.

El modelo estructural es presentado por Minuchin, por primera vez de forma sintética en “familias y terapia familiar” (Minuchin 1974). Este enfoque ofrece un modelo normativo de la familia funcional misma que se deduce del trabajo con familias pobres. Los principios que plantean este modelo son los siguientes:

Primero, considera que el individuo influye sobre su contexto y es influido por este de la misma manera en repetidas secuencias de interacción; el individuo puede ser considerado como un subsistema en sí mismo o como parte de un sistema o subsistema mayor. Pero lo que resulta fundamental es el tomar en cuenta el conjunto de factores donde se da la interacción. Segundo, se supone que las modificaciones en la estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema. Tercero, en el proceso de terapia, los terapeutas familiares y la familia que están atendiendo forman conjuntamente un nuevo sistema, al que denominamos sistema terapéutico, y que a partir de ese momento gobierna la conducta de sus miembros incluyendo al terapeuta. La disolución del sistema terapéutico coincide con el fin de la terapia

De acuerdo a este modelo, el sistema familiar se divide en diferentes subsistemas (u holónes), gracias al establecimiento de límites y jerarquías dentro de la propia familia. Así, una familia sólo funcionará adecuadamente si presenta una organización adecuada con límites y jerarquías claramente definidos. Uno de los parámetros de organización son los límites, que en un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de que manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea funciones específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se

logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Estos límites pueden ser claros, difusos o rígidos.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas; los individuos son subsistemas al interior de la familia, las díadas también pueden ser subsistemas al interior de la misma. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. En el sistema familiar podemos identificar siempre tres subsistemas principales que poseen una función en particular. Así tenemos:

El subsistema marital, que se forma cuando dos adultos de diferente sexo deciden vivir juntos con la intención de formar una familia. Las principales habilidades que requieren los miembros de este subsistema para implementar tareas en su seno son la complementariedad y la acomodación mutua. El subsistema conyugal como también se le puede llamar, puede preservar la intimidad de los esposos gracias a unos límites bien marcados.

El subsistema parental, que se forma a partir del nacimiento del primer hijo, como resultado de los nuevos requerimientos y necesidades que habrán de cubrirse. Desde este momento, y a pesar de estar formado por los mismos sujetos, el subsistema conyugal deberá diferenciarse del subsistema parental, para poder desempeñar las tareas de socializar a su hijo, sin tener que renunciar al apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal. Al crecer los hijos, el subsistema parental deberá adaptarse a una multitud de nuevos factores que provienen principalmente del proceso de socialización de los hijos. El subsistema parental debe presentar límites claros entre él y el subsistema filial para asegurar un adecuado funcionamiento jerárquico, aunque por otra parte no debe ser totalmente impenetrable, para que no se dificulten la relación entre padres e hijos.

El subsistema fraterno: es aquel que está constituido por un grupo de iguales, los hermanos. Dentro de este subsistema, para asegurar un buen funcionamiento familiar, los hermanos deberán apoyarse entre sí, pero también se espera que haya rencillas y ataques entre ellos lo que también constituye otra forma de aprendizaje y socialización. Los hermanos aprenden unos de otros, así como también aprenden de sus padres y de otros miembros de sistemas más amplios. Los hermanos elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir, van tomando diferentes posiciones dentro de este subsistema lo que deriva que en este proceso se promueva un sentimiento de pertenencia a un grupo y también su propia individualidad, vivenciada esta como la posibilidad de optar por una alternativa dentro de un sistema. El subsistema filial, como también se le puede llamar, debe estar perfectamente definido y estará organizado jerárquicamente de modo que los hijos tengan derechos y obligaciones, determinados culturalmente, acordes con su edad y sexo.

Por último, la familia nuclear, deberá marcar sus límites claramente, tomando en cuenta, por supuesto, los factores culturales y económicos en los que se encuentra inserta, pues de ello depende el grado en que se permita la entrada de parientes, amigos y otras instituciones sociales.

Por otro lado se plantea que la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Así una familia es un sistema que a través de pautas de transaccionales regula

las conductas de sus miembros. Estas pautas son mantenidas por dos sistemas de coacción. Las genéricas que implican las reglas universales que gobiernan la organización familiar y las idiosincrásicas que implican las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia

La familia es un sistema dinámico que se encuentra en un proceso continuo de cambio, es decir, evoluciona con el tiempo. Es importante determinar el estadio de desarrollo de una familia ya que esto permite al terapeuta establecer un vínculo entre la realidad de la familia y las metas terapéuticas. El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente; hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también períodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto: la consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas. Este concepto dará lugar al concepto aún más complejo de ciclo vital de la familia

LA INTERVENCIÓN. Una vez que se ha evaluado el funcionamiento familiar, la terapia tendrá por objetivo reorganizar a la familia de tal modo que se acerque al modelo normativo y para eso será necesario efectuar las maniobras terapéuticas que sean necesarias. Se parte del supuesto de que cuando se da una modificación de la estructura del grupo familiar, también se presentará una modificación de los miembros de ella, y como resultado de esto, se pueden llegar a cambiar las conductas y las vivencias de cada sujeto.

Para Minuchin el terapeuta es un intruso activo que con su sola presencia modifica el campo familiar. La terapia estructural de familia encara el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas por lo que recurre a técnicas que alternan el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian; al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva. Si el problema se encuentra en la demarcación de las jerarquías por fallas en establecimientos de los límites generacionales, el terapeuta sugerirá tareas específicas acordes con el lugar que cada miembro ocupa en la familia. Si las dificultades familiares ocurren a causa de los problemas en la demarcación de los límites individuales, el terapeuta estructural puede favorecer pautas de comunicación en las que cada persona hable y piense por sí misma.

Como se puede observar, estas maniobras terapéuticas se basan en la suposición de que los síntomas que presenta una persona son consecuencia de un sistema familiar disfuncional y que por lo tanto, si en la familia aquellas pautas de funcionamiento que no son adecuadas, se modifican, el síntoma desaparecerá. De tal manera, para este enfoque, no son relevantes los detalles específicos del síntoma tales como su significado o su historia, sino que se diagnostica la estructura de la familia en relación al modelo de funcionalidad y se diseñan e instrumentan las maniobras que el terapeuta debe efectuar para cambiar las pautas disfuncionales.

Más que prestar atención al contenido de las verbalizaciones de las personas, el terapeuta estructural se interesa por cuestiones tales como: ¿a quién está dirigido el mensaje?; en esta familia en particular ¿quiénes están autorizados a hablar?, ¿existe un desafío? ¿A quién se está desafiando?, ¿qué se está uniendo o separando con su intervención? ¿Quiénes conforman esta coalición?

Poco a poco, el terapeuta va reestructurando el sistema de relaciones familiares, y de este modo, se modifica también el contexto que sostiene al síntoma. Con base en la observación de las interacciones familiares, el terapeuta estructural va trazando un “mapa” del funcionamiento jerárquico de la familia. Este mapa le servirá de base para diseñar sus intervenciones, pues es ahí, donde obtiene los elementos que necesitará para guiar las modificaciones de las pautas de relaciones.

En el mapa familiar, quedan registrados, factores como la presencia de coaliciones; la naturaleza de los límites y la estructuración de los subsistemas. Si se registran todos estos aspectos de la familia tratada en su mapa familiar. Al ir trazando los cambios en el mapa, de acuerdo a como va cambiando la familia en el tratamiento, se logra desarrollar un método gráfico con el que se pueden documentar los pasos de la terapia.

LAS TÉCNICAS. Las técnicas que diseñó Minuchin para lograr los objetivos que se plantean están claramente descritas en el libro “técnicas de terapia familiar”(Minuchin y Fishman, 1981) de entrada parecería que su aplicación es de las que menos dificultades ofrece el terapeuta, motivo por el cual muchos programas de entrenamiento la ubican en los comienzos de la formación de los nuevos terapeutas, sin embargo, esto no es así. La complejidad de la aplicación de la técnica de Minuchin deriva de que su correcta aplicación sólo puede llevarse a cabo después de un arduo y riguroso programa de entrenamiento, su forma de aprendizaje tiene cierto grado de dificultad. Por ejemplo, es de fundamental importancia, que el terapeuta estructural tenga en cuenta las diferencias que existen en la estructura y funcionamiento de las familias de distintas clases sociales y culturales y que tenga la suficiente flexibilidad como para respetar las diversas costumbres en la medida que funcionen para el bienestar de los miembros de la familia.

Resulta muy complicado reconocer las pautas invisibles, ocultas tras los mensajes verbales. Aprender la terapia estructural implica mucho tiempo de observación y práctica de los comportamientos analógicos de las personas. Su aprendizaje implica mucha experiencia obtenida a través de una intensa supervisión “en vivo”.

Uno de los fundamentos de este modelo es que el terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, a través del uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia. La principal herramienta con que cuenta este modelo consiste en modificar el presente, sin explorar e interpretar el pasado. Así, el objetivo de las intervenciones es modificar al sistema familiar y el terapeuta se asocia a este sistema, utilizando su persona para transformarla.

Existen tres estrategias de terapia estructural dirigidas a diferentes áreas de la intervención mismas que se valen de diferentes técnicas en específico:

- a) El cuestionamiento del síntoma, su propósito es el reencuadramiento de la familia y las tres técnicas que corresponden a esta estratégica a su vez son:
 - La escenificación. Por medio de esta técnica se le pide a la familia que presente la conducta sintomática en presencia del terapeuta.
 - El enfoque. Consiste en que el terapeuta selecciona un punto en específico de todo el espectro interaccional de la familia para trabajarlo o analizarlo.
 - La intensidad. Que implica todos aquellos recursos de los que el terapeuta puede echar mano para que la familia “lo oiga”

- B) El cuestionamiento de la estructura familiar, su propósito es la reestructuración de la familia y las técnicas que le corresponden son:
- La delimitación de fronteras, que regulan la permeabilidad de las separaciones entre subsistemas, esto se consigue utilizando la distancia psicológica y la duración de la intensidad.
 - El desequilibramiento, su meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema e implica establecer alianzas con un miembro de la familia, sostener una alianza alternante, hacer una coalición contra un miembro de la familia e ignorar a determinados miembros.
 - La complementariedad, consiste en mostrar a los miembros de la familia como sus conductas dependen de un sistema mayor y para lograr eso se puede cuestionar el problema, el control lineal y la puntuación de la secuencia de hechos.
- C) El cuestionamiento de la realidad familiar que busca una reestructuración aún más profunda y las técnicas que emplea son:
- El cuestionamiento de las realidades, que implica una ampliación de los esquemas cognitivos de los miembros de la familia, contempla el cuestionamiento de la concepción familiar del mundo, la elaboración de una nueva concepción del mundo, la validación de una concepción ya existente.
 - El uso de las construcciones, es decir el terapeuta opera sobre la forma de percibir de la familia, para ese fin, puede valerse de símbolos universales, verdades familiares y del consejo especializado.
 - Las paradojas, son una inclusión muy reciente en el modelo. Pueden realizarse, intervenciones paradójicas basadas en el desafío, y se puede utilizar el grupo de consulta como un coro griego
 - El uso de los lados fuertes. Que se caracteriza por un enfoque más preocupado por los recursos que por las limitaciones

LA TERAPIA ESTRATÉGICA

Este modelo terapéutico que se ha mostrado exitoso con múltiples problemas y tipos de personas. Fue desarrollado por Jay Haley en el seno de una epistemología cibernética, a partir del trabajo y el pensamiento de M. Erickson quien fue una notable influencia para él, Pero no fue sino hasta 1973 cuando Haley, al haber trabajado con Minuchin en Filadelfia, puede enunciar plenamente los principios de esta su forma particular de hacer terapia.

Antes que nada es importante señalar que para Haley la terapia estratégica era más que un enfoque, para él constituye una actitud del terapeuta que asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Haley definió la terapia estratégica como “aquella en la que el clínico inicia lo que sucede en ella y diseña un enfoque particular para cada problema”.

De esta forma en la terapia estratégica es el terapeuta quien asume la responsabilidad de planear las estrategias específicas para resolver los problemas de cada cliente en particular. Se interviene en la situación social del cliente tomando en cuenta su red social y su familia. Por otra parte la terapia estratégica busca enfrentar las dificultades que puedan surgir de la asunción de las crisis de las etapas de la vida. Así constituye un método pragmático que a la manera de Erickson, solicita al clínico un registro de los progresos durante la terapia y un seguimiento del paciente después de la misma.

LOS ENFOQUES DE FORMA VS. LOS ENFOQUE DE PROCESO. Debido al hecho de que tanto el modelo de terapia breve como el modelo de terapia estratégica son productos directos de la escuela de Palo Alto es relativamente muy fácil para el lego él confundirlas entre sí ya que ambas coinciden en resaltar la importancia que tiene para el terapeuta el identificar las secuencias conductuales repetitivas Sin embargo, a pesar de esta cercanía existe una profunda diferencia epistémica entre ellas

El modelo de terapia estratégica esta basado en un “enfoque de forma”, es decir, para el terapeuta estratégico los síntomas al tener una función de comunicación terminan reflejando la estructura interna de la organización familiar. Así, los síntomas son para ellos signos de un ordenamiento jerárquico ambiguo que se debe corregir para asegurar el buen funcionamiento de la familia y la forma en que podemos alcanzar esta meta es precisamente mediante los procedimientos que intentan cambiar las secuencias conductuales sintomáticas.

El modelo de terapia breve a su vez esta apoyado en un enfoque de proceso. Es decir, para el terapeuta breve el análisis de las secuencias conductuales repetitivas es suficiente. Las inferencias sobre el propósito, la función o la estructura familiar, son innecesarias e incluso perjudiciales. Para ellos, el síntoma no tiene función, es algo que se ha mantenido por la redundancia del sistema pero puede desaparecer. Los problemas se originan y se mantienen por la forma en que estos son percibidos y abordados por las personas, en otras palabras, Las soluciones intentadas derivadas no solo no solucionan, sino que perpetúan el problema (más de lo mismo). Al bloquear el feed-back, el problema desaparece.

LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Toda comunicación terapéutica puede tomar la forma de bits, es decir de comunicación digital, o metáforas, que se plantean mediante comunicación analógica. Bajo esta perspectiva un problema es una metáfora que se puede leer de forma sincrónica estudiando sus relaciones en el aquí y en el ahora; o de forma diacrónica considerando su historia. Ya que la vida familiar, laboral y social se organiza entorno a la metáfora-problema, todo esfuerzo terapéutico al final lo que busca es poder cambiar metáforas.Podemos pensar que cada formulación del paciente, es un código múltiple que se refiere a: otras formulaciones previas del mismo paciente, del terapeuta o de otras personas; a sus relaciones interpersonales; o bien, a sus relación con el terapeuta.

LOS SÍNTOMAS Y LOS PROBLEMAS. Dentro del enfoque estratégico los síntomas pueden ser conceptualizados como contratos establecidos entre seres humanos. En otras palabras son conductas adaptadas a una determinada situación que se encuentran fuera de contexto. Por su parte, el problema es una conducta que forma parte de una secuencia entre personas. El terapeuta está incluido en el problema porque es él el que lo define o lo puntúa. Ya mencionamos que el problema es una forma analógica de comunicación, un síntoma es la expresión metafórica de un problema y una solución insatisfactoria para éste.

Bajo esta perspectiva, es algo muy diferente identificar un problema en terapia que crearlo mediante un diagnóstico psiquiátrico. Ya que, para asegurar el buen funcionamiento de la terapia se debe definir el problema de tal modo que se pueda resolver. Las categorías diagnósticas tradicionales se conciben como dificultades para avanzar en terapia. Desde el punto de vista de la terapia estrategia cuestiones tales como la esquizofrenia o la enuresis son manifestaciones analógicas de las dificultades que

experimenta alguna persona para realizar la transición de una etapa a otra en el ciclo vital de la familia.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA. De la misma forma que se ha conceptualizado a la vida humana como compuesta por ciertas etapas, se ha planteado que la familia durante el tiempo que dura atraviesa por diferentes estadios que constituyen su ciclo vital. Estos estadios comprenden las etapas de:

- Galanteo, que es cuando los jóvenes se separan de sus familias de origen para formar a su vez sus propias familias.
- Matrimonio y sus consecuencias, que incluye el periodo de formación de la pareja y el complejo ajuste a una nueva realidad
- Nacimiento y educación de los hijos etapa clave en la formación de la nueva generación que implica un replanteamiento de la propia vivencia infantil de los padres.
- Un periodo intermedio o punto de inclusión que comprende la infancia y adolescencia de los hijos.
- El destete de los padres, también llamado etapa del nido vacío que conlleva un reajuste de la pareja conyugal a su nueva situación.
- Y el periodo de vejez cuando el apoyo en el cuidado de los nietos y el disfrute de los logros de la vida tienen lugar

La transición de una etapa a otra siempre presenta dificultades que pueden ser abordadas por casi todas las familias de una forma más o menos fácilmente pero también hay que contar con la presencia de estresores que entorpecen dicha elaboración. La terapia estratégica considera que muchos síntomas comunican de forma metafórica dificultades para superar las transiciones en el ciclo vital de la familia.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA ESTRATEGICA. Según la definición de Jay Haley, (1973) una terapia será estratégica, si:

- a) El clínico inicia lo que ocurre dentro de ella.
- b) Diseña un enfoque particular para cada problema.
- c) Identifica problemas solubles, fija metas y diseña intervenciones para alcanzarlas.
- d) Modifica su proceder en función de los resultados.
- e) Es sensible al paciente y al medio social.
- f) Evalúa los resultados.

El objetivo terapéutico de la terapia estratégica consiste en impedir la repetición de las secuencias para introducir así mayor complejidad y alternativas en el ámbito personal y familiar. Lo que constituye una forma pragmática y medible de crecimiento personal.

LAS ETAPAS DE LA TERAPIA ESTRATÉGICA. Al ser un método lo suficientemente desarrollado se pueden distinguir en él ciertas etapas muy claras en su devenir. La primera parte de la terapia consiste en definir el problema de forma en que se pueda solucionar. Una vez que se ha logrado esto, hay que definir a las personas involucradas en el problema para así poder planear los objetivos de las sesiones. Se deben establecer objetivos claros que impliquen la solución del problema presentado. Y por último, diseñar la intervención que modifique la organización familiar para que el problema ya no sea necesario. Este proceso siempre se desarrollará en fases graduales. Una vez concluida la terapia se debe evaluar si se han conseguido los objetivos planteados y por último, realizar un seguimiento por un periodo de tiempo prolongado.

INTERVENCIONES. Las intervenciones terapéuticas que utiliza este modelo toman la forma de indicaciones o directivas que el terapeuta imparte a los clientes sobre lo que hay que realizar dentro y fuera del consultorio. Estas directivas se utilizan para modificar las pautas indeseadas o para poder recopilar mayor información sobre la interacción familiar.

Debido a la tradición psiquiátrica y psicodinámica en la que se encontraba inmersa la terapia en el momento en que Haley propone su enfoque estratégico se le criticó severamente su enfoque abiertamente directivo. Sin embargo Haley (1973) argumenta el innegable hecho de que en terapia es imposible no ser directivo. Y sugiere que es mejor ser directivo de forma consciente ya que así se puede planear correctamente la terapia; al hecho de que por querer mantener una mal pretendida neutralidad el clínico llegue a perder completamente el control sobre la terapia.

Una gran cantidad de fracasos en terapia se deben a que el clínico en lugar de explorar nuevos caminos para la resolución del problema termina intentando las mismas soluciones que no funcionaron antes. Para evitar hacer más de lo mismo, el terapeuta de inspiración estratégica debe de tomar sin distinción todos aquellos elementos que le resultan útiles sin importar que provengan de todas las demás tradiciones terapéuticas.

LA INTERVENCIÓN COMO ANALOGÍA. En el contexto de la terapia estratégica, cada acción del terapeuta funciona como analogía sobre la forma en que el cliente tiene que comportarse, los cambios en su conducta, son resultado de los cambios analógicos ocurridos en la relación con el terapeuta. Los cambios no se logran trabajando únicamente sobre la comunicación, sino que se alcanzan modificando la organización de la situación a la que se está adaptado. Así al bloquearse una metáfora, se fuerza el sistema a iniciar otros tipos de comunicación. Con relación a la comunicación metafórica, las personas pueden: no tomarla literalmente respetándola o descalificándola; Tomarla literalmente y abordarla individualmente o con participación familiar.

LAS DIRECTIVAS. Si bien la cuestión de la responsabilidad en terapia, es espinosa, no se puede obviar el punto de que todo lo que se hace en terapia, es una directiva, por lo que es importante considerar factores como el prestigio, el poder y la reputación del terapeuta. El terapeuta estratégico debe saber muy bien que para poder impartir directivas de forma útil y adecuada, en primera instancia se debe motivar a que la familia para que las siga de la forma más estricta. El problema no es que el cliente no sepa cómo comportarse, sino que no puede hacer algo distinto. Motivar consiste en persuadir a la gente de que se extraerá algún beneficio de realizar alguna acción. Así hay dos formas de motivar de las que se derivan:

- a) Un enfoque directo que consiste en convencer a toda la familia de los beneficios del cambio y;
- b) Un enfoque indirecto que consiste en expresar las dificultades y señalar los intentos fallidos; expresar lo desesperado que es la situación; y en caso de que haya mejorías, señalar cómo esto puede ir aún mejor.

En vista de lo anterior, al elaborar las directivas el terapeuta se debe asegurar que estas se adecuen a las personas. Además el terapeuta se debe preocupar por que las directivas sean precisas, claras y sencillas de tal forma en que puedan ser ejecutadas. Para impartirlas, se debe: obtener una participación total, repasarla y evaluarla.

El terapeuta puede hacer uso de directivas simples si sólo involucra a un miembro de la familia o bien estas pueden ser complejas si involucran a más de una persona. En otro sentido, podemos decir que las directivas son directas si se les pide a los clientes que hagan exactamente lo que se requiere de ellos. O bien estas pueden ser paradójicas si se les pide a las personas que hagan lo contrario a lo que se quiere que hagan. Por último es importante señalar que también se pueden elaborar metafóricas, que por lo general suelen ser muy efectivas. El fin de las directivas consiste en obtener información de la familia, mejorar el rapport con ella y por supuesto provocar cambios benéficos. Hay 2 tipos de directivas, una consiste en decirle directamente a la gente que no haga algo o que haga algo distinto; y otra consiste en decirle a la gente que haga algo para que haga lo contrario.

LAS TAREAS. Una forma particular de directiva es la tarea que consiste en solicitar un comportamiento específico de los miembros dentro o fuera de la consulta. Las tareas pueden ser directas cuando buscan afianzar el rapport; metafóricas ya sea expresada a través de palabras o de acciones; y por supuesto también pueden ser paradójicas. Estas dos últimas buscan provocar un cambio en la organización familiar.

Las tareas se diseñan buscando simpleza y adaptándose a la realidad familiar. Hay que definir bien el problema y los objetivos terapéuticos deben ser claros. También hay que reflexionar sobre la secuencia del problema para que la directiva pueda cambiar ambas cosas. La mejor tarea es la que usa el problema presentado para producir un cambio en la familia.

DIRECTIVAS PARADÓJICAS. Su uso puede ser muy peligroso ya que consiste en una intervención que pide el cambio pero advierte sobre no cambiar. Puede involucrar a toda la familia o sólo a una parte. Para diseñarlas, se debe: establecer una relación que busque el cambio; definir claramente el problema; fijar los objetivos con claridad; ofrecer una explicación lógica y se es necesario también hay que descalificar al cliente o profesional “experto en la materia” que boicotea el cambio. Luego de impartirla hay que evaluarla y seguir alentándola y nunca aceptar el crédito del cambio mostrándose perplejo ante la mejoría. Según Peggy Papp (1988), otras de las principales exponentes del modelo de terapia estratégica, para poder construir una directiva paradójica se tienen que seguir estos pasos:

- 1) Connotar el síntoma como un intento benévolo de preservar la estabilidad familiar.
- 2) Prescribir las interacciones que generan el síntoma.
- 3) Bloquear todos los intentos de cambio.

Posteriormente para poder impartirlas, se debe:

- 1) Comunicar la importancia del cambio, pero pedir que no se realice.
- 2) Trabajar los peligros de la mejoría.
- 3) Solicitar la presentación voluntaria de un problema involuntario.
- 4) Minar la certeza del síntoma.
- 5) Trabajar en el aumento del síntoma.

ORDALÍAS. Las ordalías consisten en una técnica particular y característica de este enfoque que se derivan de la “terapia no convencional de Erickson. A veces basta con sólo plantearla para que funcione. Se basan en el siguiente supuesto: cuando una persona presenta dos síntomas, hay que usar uno para eliminar al otro. La premisa de la que se parte es la siguiente: si a una persona le resulta más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esta persona renunciará a él. La ordalía es adecuada cuando la persona

desea cambiar y sólo funciona si la intensidad de la ordalía es más severa que el problema. Está puede ser directa, paradójica, compleja e inclusive utilizar al terapeuta para sus fines pero siempre, en todo momento, no debe causar daño a nadie, por el contrario debe beneficiarle y se debe poder ejecutar sin pretextos. Para elaborar una ordalía se deben seguir los siguientes pasos:

- 1.- Definir claramente el problema.
- 2.- La persona debe comprometerse a querer resolverlo.
- 3.- Debe seleccionarse o diseñarse la ordalía adecuada.
- 4.- Se tiene que impartir acompañada de una explicación lógica.
- 5.- Continuarla hasta que se resuelva el problema.
- 6.- Considerar que está insertada en un contexto social.

LA INTERVENCIÓN CON LAS JERARQUÍAS. Este concepto se refiere a como se reparte el poder entre los miembros de un sistema. La noción de jerarquía fue tomada de la terapia estructural de Minuchin quien a su vez la tomo de la teoría de juegos. Para la teoría de juegos, es imposible planear una estrategia efectiva si no se toma en cuenta la jerarquía de los jugadores. Para la terapia estratégica, la jerarquía familiar es muy importante, ya que en los sistemas patológicos, ésta funciona incorrectamente. Y la única forma de corregir su funcionamiento consiste en rectificar el arreglo jerárquico de tipo patológico

En la intervención terapéutica, el cambio en las jerarquías familiares se logra creando jerarquías ambiguas y transitorias que llevan al sistema primeramente a un desequilibrio. El sistema terapéuticamente desequilibrado por su propia inercia podrá en este momento generar así un equilibrio más adecuado. En consecuencia el terapeuta debe estar consciente de la posición jerárquica que él mismo ocupa en el sistema terapéutico total para poder intervenir de forma adecuada, y calcular de antemano el efecto de sus intervenciones.

HIPNOSIS Y TERAPIA. Haley (1973) menciona que todas las formas de psicoterapia se derivan en mayor o menor grado de la hipnosis y en vista de que el enfoque estratégico es la extensión lógica de la técnica hipnótica de Milton Erickson es importante prestar atención a lo que la comunicación hipnótica puede enseñarnos. Tenemos que la hipnosis es un tipo especial de interacción entre personas. En la hipnosis y en la terapia se le pide al paciente que realice una acción voluntaria cuya consecuencia será una acción involuntaria. Es decir, toda forma de intervención en terapia consiste en una acción no espontánea que busca un resultado espontáneo, es decir la mejoría. En ambas formas de interacción, aunque la relación es voluntaria y el paciente desea cooperar, tarde que temprano tenderá a resistirse, por lo que resulta muy importante saber abordar y resolver la resistencia

LA RESISTENCIA. El manejo que hace el enfoque de soluciones de la resistencia consiste primeramente en motivar a la persona para que coopere y enfrente la resistencia. Pero, aún así, en la mayoría de los casos siempre resulta necesario usar ciertas técnicas para enfrentarla. Estas pueden ser las que a continuación se enumeran: Alentar la resistencia, ilusión de alternativas, comunicación metafórica, aliento de recaída, frustrar respuesta para alentarla, empleo del espacio y la posición, énfasis de lo positivo, siembra de ideas, ampliación de la desviación (crisis o desviación que descontrola), amnesia y control de la información, despertar y desenganche, evitación de la exploración de sí mismo (“un terapeuta que intenta ayudar a la gente a comprender por qué se comporta como lo hace, está impidiendo un cambio terapéutico real”)

IMPLICACIONES ÉTICAS. Debido a que el enfoque estratégico no hace hincapié en el insight, ni en la comprensión, ni se formulan interpretaciones no busca el crecimiento personal. Más bien se enfoca en otra cosa, a saber, en la solución de problemas, y de cierta forma, muchas veces, el solucionar un problema importante y el modificar los patrones de conducta, hace que la persona de todos modos experimente cierto grado de crecimiento personal. La terapia estratégica no se preocupa por el pasado, sino por los patrones actuales de interacción. Se parte de la premisa de que si la familia resuelve su problema, no es necesario que se entere cómo, ni mucho menos revisar por qué. Haley (1973) considera que la terapia se basa en un intercambio justo entre personas, que mientras que el profesional recibe remuneración por sus servicios el paciente recibe una atención adecuada a cambio de su pago y esta atención adecuada implica una serie de aspectos éticos a tratar.

Para el terapeuta estratégico es indispensable poder controlar el flujo de la información entre los diferentes subsistemas con el fin de conseguir que el sistema total se reorganice y en ese aspecto el terapeuta no debe temer ejercer cierto grado de manipulación ya que esta tiene un fin preciso y una justificación teórica. Una de las formas más abiertas de manipulación la constituyen las directivas pero una forma más sutil de manipulación consiste en el ocultamiento de la información. Al respecto Haley (1973), señala que si bien todas las profesiones realizan dicho ocultamiento, éste está justificado si persigue una mejoría en la situación de las personas, mejoría que sería imposible obtener si toda la información que posee el terapeuta entrara en posesión de todos y cada uno de los miembros de la familia.

LA TERAPIA BREVE

PRESUPUESTOS. El modelo de terapia breve, desarrollado en el Mental Research Institute, tal y como es expuesto en el libro de Fisch, Weakland, y Segal, (1984) "La Táctica del cambio", mismo que se seguirá en este apartado, centra su interés en ayudar a las personas a solucionar de manera efectiva aquellas dificultades que han devenido un problema. En ese sentido es una técnica elegante y económica ya que busca el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en vez de buscar reestructurar a las personas o pretender reorganizar familias enteras.

Su técnica terapéutica se enfoca primeramente en identificar claramente la conducta problemática; el modelo de terapia breve sostiene que la queja del cliente es en sí misma el problema, a diferencia del enfoque estratégico, no considera que el problema sea un síntoma de algo más, sino que consiste en una serie de interacciones conductuales presentes que han devenido indeseadas para las personas que las presentan. Posteriormente se abocará a encontrar qué hacer con relación a dicho problema y en cómo hacerlo adecuadamente para así provocar un cambio.

Este modelo se basa en una serie de supuestos básicos que son los siguientes: 1) la terapia deberá basarse en el presente con miras al futuro; 2) se le da prioridad al abordaje del problema, en un lapso corto de tiempo; 3) el cambio dentro de la terapia debe ser constante. 4) hay que identificar las capacidades del paciente para promover así su cambio.

El modelo de terapia breve es interaccional, en tanto que supone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la familia influirá en la conducta de los demás miembros de la unidad; y directivo en tanto que está inspirado en el trabajo de m. Erickson. Su epistemología está basada en una causalidad circular que toma en cuenta

las totalidades. Además, busca no patologizar al cliente, porque considera que aquellas conductas consideradas “desviadas” o “enfermas”, son el resultado adaptativo esperado de las interacciones de un determinado sistema inserto en un contexto específico que ha devenido obsoleto. De lo anterior se desprende que bajo la óptica de este modelo, el mejor tratamiento será aquél que se dirija a modificar dichas pautas obsoletas, respetando los valores y creencias en los que se apoya el sistema. Por lo tanto, también se puede señalar que es un enfoque no-normativo ya que no establece criterios de salud o funcionalidad, siendo su objetivo central la solución de los problemas, tal y como los presenta el paciente.

LA INTERVENCIÓN. El problema. Todos en la vida tenemos dificultades, algunos pueden enfrentarlas y otros no. Este modelo considera que los problemas que la gente trae a terapia, se desarrollan como resultado de un mal manejo de las dificultades de la vida diaria o como resultado de adaptaciones inapropiadas a las crisis que se presentan durante la vida. Dichas crisis pueden ser normativas; es decir, las propias del desarrollo como la adolescencia o el matrimonio; o paranormativas, como la muerte de un ser querido. Cuando las personas tratan una y otra vez de resolver sus dificultades de forma infructuosa es porque las soluciones intentadas no son adecuadas, así, poco a poco, la perpetuación de las soluciones ensayadas se convierten en sí misma en un problema, al punto que, se puede afirmar que el problema se mantiene debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos de las personas. El cliente seguirá enfrentando continuos fracasos, a menos que los patrones de interacción que mantiene la conducta problemática del cliente, se modifiquen, por lo que el terapeuta, para poder solucionar el problema, deberá romper esos patrones de intentos infructuosos de solución. En este contexto, el concepto de mantenimiento del problema adquiere vital importancia en el manejo de un caso. El cambio estará orientado a la transformación de esta interacción sin dejar de tomar en cuenta los valores inherentes al sistema. Bajo esta óptica, incluso los problemas más severos, como la depresión y la esquizofrenia, son considerados como el resultado de la complicación de dificultades iniciales, producto de los fracasos enfrentados ante los continuos intentos de resolver un problema.

LA PRIMERA ENTREVISTA. En la primera entrevista, el terapeuta le plantea al paciente el hecho de que la terapia tendrá una duración definida a saber, 10 sesiones⁴. Esto crea en el paciente expectativas de cambio rápido y junto con el terapeuta se define la meta que se desea alcanzar a través de la terapia. El objetivo de la entrevista inicial es el de recoger información adecuada sobre los factores que se consideran esenciales en cada caso. Se deben contemplar los siguientes aspectos: a) naturaleza del problema; b) modo de enfrentar el problema; c) objetivos mínimos del cliente; d) actitud y lenguaje del cliente

La información adecuada es aquella que resulta clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta. También es importante establecer la postura del paciente, es decir la inclinación de los pacientes que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del tratamiento. Existen dos tipos de posturas con las que una persona llega al tratamiento, el cliente es el individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta; el paciente es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada.

⁴ La razón de que sean diez sesiones y no nueve u once se debe únicamente a que el protocolo original del Centro de Terapia Breve de palo alto especificó ese lapso por convención

En las sesiones subsiguientes se realizan las intervenciones terapéuticas propiamente dichas, entre las que se incluyen el uso de paradojas, y el diseño de tareas que el paciente deberá realizar fuera de su consultorio.

CAPACIDAD DE MANIOBRA DEL TERAPEUTA. La dirección del tratamiento es una responsabilidad del terapeuta, pero una cosa es saber como actuar en terapia y otra muy distinta es tener la capacidad de hacerlo. Ya que los pacientes se resisten al tratamiento por angustia o por temor a empeorar, para este modelo es importante que el terapeuta mantenga su capacidad de maniobra a lo largo del tratamiento, esta capacidad implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos que se presenten. La capacidad de maniobra del terapeuta es inversamente proporcional a la capacidad de maniobra del cliente por lo que es necesario restringir al máximo la segunda por lo cual se debe considerar que el paciente necesita más al terapeuta que el terapeuta al paciente. La base de la maniobrabilidad reside en la posibilidad de terminar el tratamiento Para conservar y aumentar esta capacidad de maniobra se deben considerar los siguientes puntos:

- *Oportunidad y ritmo:* se debe cambiar de rumbo terapéutico al menor indicio de que este no funciona, para así poder modificar la postura y la estrategia terapéutica oportunamente, adaptándose a la respuesta del paciente. Se debe estar en todo momento dispuesto a abandonar un curso de tratamiento y emprender uno nuevo. Hay que ajustar la oportunidad y el ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente. Por último antes de enunciar nuestra postura hay que dejar que los pacientes hagan primero explícita la suya. A través de preguntas como estas: ¿porqué cree que existe este problema?; ¿algunos personas suelen opinar esto con relación al asunto que nos compete, pero, usted qué opina; aunque tal vez no sea útil, me pregunto si usted ha intentado x
- *Tomarse el tiempo necesario:* hay que salvaguardar la posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar cada sesión. El terapeuta nunca se debe dejarse presionar por el paciente, para eso puede, mejor concertar una nueva cita. Otro aspecto en que es importante tomarse el tiempo necesario es en el de comprender. No hay que proceder si uno no está completamente claro sobre lo que pasa y si es necesario aclarar algo hay que manifestar que la falta de comprensión se debe a uno y no al paciente. Por último, y con relación al tiempo, no hay que rellenar el tiempo de la sesión.
- *Uso del lenguaje condicional:* en terapia, no hay que adoptar una postura concreta hasta tener los elementos suficientes. El lenguaje condicional permite al terapeuta no asumir posturas comprometidas y le da libertad para mantener diversas opciones abiertas entre si. Al mismo tiempo, le da al cliente la sensación de que el terapeuta ha adoptado una postura concreta con relación al problema.
- *El cliente debe concretar:* lo cual, al aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta y disminuir la del cliente beneficia el curso del tratamiento. Hay que ayudar al cliente a definir objetivos y asumir posturas comprometidas y bien definidas
- *Actitud igualitaria:* no hay que asumir una actitud de superioridad de forma automática lo cual es la manera más segura de evitar la tendencia del paciente a contemplar al terapeuta desde una posición de inferioridad, y de esta forma, responsabilizar al terapeuta reduciendo su capacidad de maniobra.
- *Sesiones individuales y conjuntas:* las sesiones individuales aumentan la capacidad de maniobra del terapeuta, para eso es importante poder determinar cual es el miembro de

la familia mas interesado en resolver el problema. Las sesiones individuales permiten planear estrategias y bloquear interacciones

- *Pacientes difíciles*: pueden ser de dos tipos; a) el comprador fingido, que es aquel al que se le obliga a acudir a terapia. Se le debe ayudar a que declare su verdadera dolencia y a que renegocie el contrato. B) pacientes restrictivos que son aquellos que buscan reducir la capacidad de maniobra del terapeuta.

INTERVENCIONES PRINCIPALES. Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta

Primera situación, cuando se intenta forzar lo que sólo puede ocurrir espontáneamente: en este caso suele ser frecuente que el problema tenga que ver con el rendimiento físico y sólo es posible llegar a la solución del mismo cuando el paciente renuncia a los intentos de coacción y deja de esforzarse por que ocurra el cambio deseado. Sin embargo, aconsejar precisamente esto no resultará porque el cliente se angustia más y no podrá abandonar voluntariamente sus intentos infructuosos de solución. Así que una intervención común consiste en prescribir el síntoma con el pretexto de conocerlo mejor, para así poder bloquear los intentos fallidos de solución que lo perpetúan.

Segunda situación, cuando hay un intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: las fobias, la timidez y los bloqueos caen dentro de este rubro. El cliente se angustia porque supone que no puede realizar algo así que ni siquiera lo intenta creándose así el problema. La intervención común consiste en llevar al cliente a enfrentar la tarea a sabiendas de que no va a tener éxito, para que así, el temor paralizante no lo bloquee. Se prescribe entonces la tarea temida de tal forma que las instrucciones hagan que el cliente sepa que dicha tarea es imposible de cumplir.

Tercera situación, cuando hay un intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición: suele ser la modalidad de problemática mas frecuente en las diferencias conyugales, en los conflictos entre padres e hijos, etc. El patrón de la solución ensayada, consiste en querer imponer una posición de superioridad al otro lo que genera aún mayores conflictos. La intervención consiste en indicar al paciente que se coloque en una posición de inferioridad a fin de romper el ciclo.

Cuarta situación, cuando hay un intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: la estrategia consiste en lograr que quien solicita algo lo haga de manera directa, aunque la solicitud se formule de manera arbitraria.

Quinta situación, cuando se da la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambos desaprueban. De esta forma, entre más se acuse a una persona, mas se defenderá, confirmando así al acusador sus sospechas. La técnica utilizada consiste en romper el juego ente el acusador y el defensor mediante entrevistas con el defensor en las que se le solicita acciones unilaterales ya que es el acusador el que está mal. Otra versión, es la interferencia que tiene como objetivo reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

INTERVENCIONES GENERALES. Este tipo de intervenciones se utilizan cuando el terapeuta desea comunicar una postura de tipo general, para posteriormente indicar una intervención más específica.

No apresurarse, consiste en indicarle al cliente que el cambio no es rápido y así poder protegerlo de los efectos de una posible recaída, con intervenciones que justifiquen el no ir tan de prisa.

Los peligros de la mejoría, en los casos en que el cliente muestra resistencia al cambio, se le cuestiona si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros que para su estilo de vida y para sus seres queridos traería consigo una mejoría.

El cambio de estrategia: cuando el tratamiento se estanca, el terapeuta opta por cambiar su estrategia y así puede decidirse por: empeorar el problema es decir, cuestionar al paciente acerca de cómo el problema podría ser peor para él supone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la familia influirá en la conducta de los demás miembros de la unidad.

Para concluir el proceso terapéutico, se revisa el progreso que el paciente ha realizado dándosele crédito por cualquier mejoría. Se le comunica que el objetivo de la terapia no era una cura total, sino un primer paso en la dirección correcta. El terapeuta lo apoya para que continúe realizando cambios por su cuenta, basándose en la nueva visión del mundo que la relación psicoterapéutica le ha proporcionado.

IX EXPOSICIÓN

“DEL OTRO LADO DEL ATLÁNTICO”

Ó LA TERAPIA FAMILIAR DE LOS ASOCIADOS DE MILÁN

LA HISTORIA

Para mediados de los sesenta, la epistemología de la escuela de palo alto había alcanzado ya renombre internacional. Y a la vez, ya era casi imposible realizar investigación en terapia familiar sin hacer referencia a ella, sin embargo, la denominación terapia familiar sistémica aún no era frecuente. Se hablaba de: enfoque ecológico o comunicacional; de terapia breve o estratégica; pero no aún de terapia sistémica. En vista de eso, cabe preguntarnos ¿cómo fue que nos empezamos a llamar sistémicos?

Del otro lado del atlántico, en donde la península itálica “choca” con el continente, “levantando” así los Alpes Suizos, es donde se encuentra la región norte de Italia. Hace mucho tiempo, esta área constituía el Milanésado, pero ahora, es parte de la actual provincia de Lombardia. Milán, la capital, se encuentra a orillas del río Olona, y es un importante centro financiero y cultural, famoso por su industria textil, química y metalúrgica. En Milán tuvo lugar otro de los hitos importantes de la historia de la terapia familiar, el surgimiento y desarrollo de un equipo de investigación en terapia familiar, la así llamada escuela de Milán, que revolucionaría por completo a la disciplina. Su trabajo sería conocido en toda Europa como “enfoque sistémico” y de ahí, por extensión, posteriormente se denominará terapia sistémica a toda aquella que, al igual que el enfoque de Milán, se derive de los postulados de la escuela de Palo Alto.

Sin negar la importancia de los demás miembros del equipo de Milán, sin duda es la Dra. Mara Selvini-Palazzoli quien constituye la principal fuerza que animará al pensamiento milanés, por lo que también, es a partir de ella, que se relatará esta historia. Mara Selvini Palazzoli se forma como psicoanalista en la década de los cincuenta con Gaetano Benedetti. Aunque tanto ella como su hijo Mateo Selvini (1990) consideran que dicha formación fue ortodoxa, al hacer una revisión de sus escritos psicoanalíticos, se puede observar que sus ideas se encontraban muy lejanas del

freudismo ortodoxo. El psicoanálisis que Selvini-Palazzoli aprendió fue el de Melanie Klein, útil en el tratamiento de niños y psicóticos pero insuficiente en el tratamiento de adultos neuróticos; el de los neo freudianos, Frida Fromm-Reichman y Harry Stack Sullivan, que más que psicoanálisis, constituía un sociopsicoanálisis, mismo que buscaba explicar la inserción del sujeto en la cultura y la sociedad; y el de Fairbain y Guntrip, conocido como teoría de las relaciones objetales y que no se ocupa tanto del funcionamiento intrapsíquico sino del funcionamiento del yo, sobre todo, en su aspecto relacional.

Durante su formación psicoanalítica, Selvini-Palazzoli se enfocó en la relación diádica paciente terapeuta. Para ella, otra notable influencia fueron los filósofos fenomenólogos del análisis existencial: Binswanger, Buber, Jaspers y Heidegger mismos que inspiraron a los autores de “la teoría de la comunicación humana”, vía Watzlawick por supuesto, para postular los conceptos comunicacionales de confirmación, negación y desconfirmación. Como podemos observar, la formación psicoanalítica de Selvini-Palazzoli, gracias a que no fue ortodoxa, la hacía receptiva para la epistemología de Palo Alto.

Selvini-Palazzoli Comienza a trabajar con muchachas que padecen anorexia, y en 1963 publica “*L’anoressia mentale*” (en Selvinni, 1990), obra que le da prestigio internacional. Cuatro años después, a pesar de ganar fama su teoría y de que los resultados son buenos, Selvini-Palazzoli experimentaba un descontento práctico, se preocupaba de la lentitud con la que progresaban los casos, de la reacción terapéutica negativa y de sentir que sólo podía ayudar a un número muy pequeño de pacientes. A raíz de esto, de 1965 a 1970, se dedica a un intenso estudio del campo de la terapia familiar.

En un intento para apresurar el trabajo, opta por la terapia familiar conjunta, misma que es definida como “un trabajo psicoterapéutico con un grupo natural con historia”. En 1967 conmueve al ambiente psiquiátrico italiano con la publicación de “*La prima seduta di una terapia familiare congiunta*” (en selvinni, 1990) y funda el “Centro para el estudio de la familia”. Entre sus primeras acciones está el reclutar a Severino Rusconi, analista jungiano experto en grupos Balint para colaborar con ella. Posteriormente, se incorporarán al centro Simona Tacconi, Gabriele Chistoni, Paolo Ferraresi, y quienes serán sus compañeros por casi una década Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin.

Al principio, su terapia familiar era prácticamente psicoanalítica, pero se ve influenciada por el trabajo de Michael Woodbury con familias de psicóticos y visita el *Eastern Psychiatric Institute* de Filadelfia donde colaboran Boszormenyi-Nagy y Framo. Durante este periodo intenta realizar una síntesis de la teoría de la comunicación humana con el psicoanálisis que ella conocía. Para este fin, sigue la investigación del proyecto Bateson (ya que aún no se había consolidado el MRI) y el trabajo de Wynne y Singer. De este periodo de investigación, se deriva una ampliación del campo de observación, incluyendo también no sólo a la familia, sino también al terapeuta. La principal preocupación del centro no es brindar atención terapéutica, sino conducir una investigación al respecto de ella. Sin embargo, Selvini-Palazzoli siempre creyó que la mejor terapia es la mejor investigación y viceversa. Para cumplir con los fines de la investigación, se utiliza el espejo unilateral, se videograban las sesiones y se trabaja de la siguiente manera: una pareja heterosexual de terapeutas atendía directamente a la familia, y eran observados por el resto del equipo. La intervención consistía en hacer conciente a la familia de su situación comunicacional, era un enfoque explicativo. Este

periodo es conocido como época del comunicacionalismo. Una de las principales preocupaciones del equipo, consistía en poder apreciar toda conducta en función de la relación.

En 1971, a fines de año, Selvini-Palazzoli disuelve el equipo de colaboradores y sólo conserva a Boscolo, Cecchin y Prata, abandonando completamente el psicoanálisis para asumir una identidad "Paloaltiana". De esta forma, para Selvini-Palazzoli, hasta la década de los 80's, ser sistémico es estar apegado al pensamiento de Bateson. Oficialmente nace lo que *a posteriori* llamamos el "grupo de Milán", mismo que permanece unido durante siete años, autofinanciándose, lo que les daba un amplio sentido de libertad para experimentar e investigar.

Esto conlleva cambios en la práctica terapéutica. En primera instancia, se permite una mayor actividad del terapeuta y posteriormente se abandona la técnica explicativa de inspiración pedagógica, y el terapeuta se asume como un provocador, como un catalizador de cambios. Ya que el comunicacionalismo había entrado en crisis, se comienza a investigar sobre el juego y la teoría de los sistemas. Si bien, la teoría de los juegos explica algunos aspectos de la interacción humana, también es un modelo muy sencillo que deja fuera de su explicación aspectos muy importantes, por lo que fue necesario integrar otros conceptos sistémicos, tales como el de "homeostasis familiar" y el de "mito". A pesar de ello, le sirve al equipo de Milán para desarrollar algunas de sus contribuciones más importantes.

El libro que marca la transición entre el comunicacionalismo y la época del juego familiar, es "paradoja y contraparadoja" (1972). De hecho, la identidad de Milán estará irremediabilmente atada, inclusive aún más allá de su disolución, con el uso de la paradoja y la contraparadoja al punto que erróneamente se le denominó a su enfoque como "paradójico" y se suponía que se llegaban a "curas mágicas" con la simple enunciación de una paradoja. Volviendo al contenido del libro, éste ofrece una reelaboración de la teoría de la esquizofrenia que propuso el proyecto Bateson en base a la teoría del doble vínculo. Esta reelaboración tomaba en cuenta aspectos de la comunicación y el juego. Así, sólo si se comprende el tipo de juego en el que se encuentra la familia, se puede evaluar de forma correcta su comunicación, lo cual crea un instrumento para distinguir la comunicación psicótica de la normal tomando en cuenta aspectos interaccionales. Afirman que si no hay hipótesis sobre el juego, cualquier análisis de secuencias comunicativas dejan de tener sentido. También se propone que la única forma de enfrentar la paradoja familiar es con una contraparadoja terapéutica. Todo lo anterior tiene efectos en su técnica terapéutica.

En 1974, publican un artículo en inglés en *Family process*, lo cual es señal de su creciente importancia en el campo. El artículo en cuestión, se tituló "The treatment of children through brief therapy of their parents", y en él presentan el uso de las técnicas de la connotación positiva y de los rituales. Otra consecuencia práctica, consiste en la eliminación de la pareja de co-terapeutas heterosexuales a favor de un solo terapeuta, quien será el encargado de recoger la información importante durante la sesión, pero, en una pausa poco antes del final, este terapeuta se reúne con el equipo atrás del espejo, y es cuando el verdadero trabajo comienza. El equipo de forma conjunta, analiza el juego familiar y prepara cuidadosamente un mensaje final, casi siempre de carácter paradójico, mismo que, en este momento de Milán, se le atribuye la mayor importancia. En este mensaje final, generalmente se sostenía que el cambio puede ser peligroso, que la familia

hacia lo mejor que podía con relación al problema y que lo mejor era no hacer cambios hasta que se pudiera comprender qué el que estaba pasando. El terapeuta después regresaba y soltaba esto como una “bomba”, que buscaba desorganizar el juego familiar y llevarlo a un nuevo estado de organización, para lo cual se volvía a ver a la familia hasta dentro de un mes, para así darles tiempo a que procesaran dicha información. La relación terapéutica también se veía en términos de poder, así, si el terapeuta no tiene el control, no es posible la terapia. Todas las intervenciones terapéuticas buscaban terminar el juego de poder.

Es también en *Family process*, donde en 1978 se publica el aún hoy influyente artículo “Hipotetizar, circularidad y neutralidad”, mismo que cierra la etapa paradójica e interventiva, e inaugura una etapa posmoderna y constructivista en Milán. Para ese entonces, Watzlawick realizaba visitas anuales a Italia para compartir con el equipo de Milán.⁵ Con este artículo, el mensaje final pierde importancia y el foco de la intervención se centra en lo que ocurre durante la entrevista. El énfasis ahora recae en la coordinación de la sesión, se comienza a pensar en sistemas de significados y surge el interrogatorio circular. Lo que mantiene unida a la familia, no son los juegos de poder como antes creían, sino la necesidad de darse sentido entre sí. Lo que hace sufrir a la gente, no es la falta de control, sino que buscan el control para poderse dar entender, cuando la gente no es entendida, sufre.

A pesar del éxito de “Hipotetizar, circularidad y neutralidad”, el centro de terapia familiar se encontraba ya dividido, los hombres, Boscolo y Cecchin se dedican a formar terapeutas en los días pares; y las mujeres, Selvini y Prata, seguían investigando en los días nones⁶. Aunque la separación ya es un hecho en 1980, se le seguía considerando como una agrupación única. No es sino hasta 1982 que la disolución se vuelve pública cuando Selvini y Prata forman el nuevo centro para el estudio de la familia, convocando a Stefano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini, incluyéndose posteriormente Mauricio Viaro, Innocenzo Pizano y Lucio D’ettore. Éstos últimos integrando el equipo de investigación de los grandes sistemas. Aunque todavía hay mucha historia relacionada con estos dos grupos que se separaron, lamentablemente el narrarlo excede los propósitos de este trabajo.

No se puede terminar este apartado sin mencionar que Mara Selvini-Palazzoli, ante la proliferación de escuelas de terapia familiar, experimentaba satisfacción mezclada con miedo. Su satisfacción provenía del hecho de ver cómo se desarrollaban ideas fundamentales que ella misma no podía seguir, y su miedo provenía de lo que ella llamaba “un retorno a la barbarie”, es decir, un abandono del espíritu de investigación a favor de una sencilla aplicación de recetas. Esperemos que no sea así.

MODELO TERAPÉUTICO

Los antecedentes epistémicos del pensamiento milanes son muchos y muy variados. Para mencionar unos cuantos, podríamos citar al psicoanálisis neofreudiano de Frida Fromm-Reichman y de Harry Stack Sullivan; la teoría de las relaciones objetales de Fairbain y Guntrip; el pensamiento de Gregory Bateson, en especial en lo referente a la teoría del doble vínculo y al estudio de las paradojas; la pragmática de la comunicación humana y la teoría de los juegos así como la cibernética de segundo orden de Varela y

⁵ Watzlawick, siente especial predilección por Italia, recordamos su estadía en ella después de la segunda guerra mundial, su colaboración con Milán y más recientemente su amistad y trabajo conjunto con Giorgio Nardone.

⁶ curiosamente, uno de los artículos de esta época, en su título habla también de días pares e impares.

Maturana. Cabe mencionar que toda esta mezcla está aderezada por una característica única de Milán, y en especial de Mara Selvini-Palazzoli que consiste en una constante preocupación por la investigación, lo que lleva a una constante renuncia de lo anterior a favor de lo nuevo.

Así, no es posible hablar de un modelo terapéutico milanes, por el simple hecho de que, durante el tiempo que los asociados de Milán estuvieron juntos, y aún antes de eso se dio una constante evolución tanto en sus ideas como en su quehacer terapéutico. Se pueden identificar varios periodos epistémicos dentro de esta escuela, y a cada uno de ellos les corresponde una forma particular de hacer terapia. Entre los periodos que podemos identificar en el pensamiento milanés, tenemos:

- A) Etapa psicoanalítica, donde Mara Selvini-Palazzoli trabaja de forma individual. Este periodo se caracteriza por el estudio de la anorexia mental. La técnica terapéutica consiste en el encuadre psicoanalítico clásico.
- B) Etapa de síntesis entre el psicoanálisis y el comunicacionalismo. Selvini-palazzoli comienza a empaparse de la epistemología de palo alto y sigue a Boszormenyi-Nagy y a Framo. Comienza a incluir en su práctica, la terapia conjunta con los padres.
- C) Etapa comunicacionista. El grupo de Milán está ya conformado, se renuncia al psicoanálisis. El terapeuta comienza a hacer más activo y la técnica es explicativa.
- D) Etapa dedicada al juego familiar. Se comienzan a pensar a la familia como partícipe de un juego donde cada uno de los miembros busca el control de los otros. Ya se trabajaba en equipo y la intervención principal de carácter paradójico se daba “como una bomba” al final de la sesión.
- E) Etapa dedicada al proceso de entrevista. Lo inaugura el artículo “Hipotetizar, circularidad y neutralidad”. Se supone que la familia está junta para explicarse unos a otros. La técnica se centra en fomentar la reflexión durante la entrevista a través del interrogatorio circular. Se deviene constructivista.

Tal vez lo más adecuado al exponer hoy día, el trabajo terapéutico de Milán, consista en señalar los últimos desarrollos de este grupo hasta antes de su disolución definitiva, misma que aconteció en 1982. Dentro de esta escuela, la familia es vista como un sistema cibernético, autoorganizativo, en el cual todos los elementos se vinculan entre sí, de tal manera que el problema que se presenta actualmente, cumple una función dentro del sistema familiar, y los instrumentos de análisis de la comunicación que son de gran relevancia dentro de esta postura epistemológica:

1. El concepto de contexto como matriz de los significados.
2. La coexistencia del lenguaje analógico y digital.
3. El concepto de ausencia en la interacción.
4. La definición de la relación como concepto.
5. Las posiciones simétricas o complementarias en el vínculo.
6. Los conceptos de paradoja sintomática y terapéutica.

También fueron determinantes en la conformación de las posturas conceptuales de la escuela de Milán, conceptos epistemológicos como la comunicación del doble vínculo entendida como *ethos* de la patología; el concepto de *hybris* y el de “epistemología equivocada” por su parte Selvini-Palazzoli en su obra “Paradoja y contraparadoja” (1988) considera que los conceptos tomados de la teoría general de sistemas tales como; “homeostasis”, “capacidad de transformación” y el abandono de la visión mecanicista causal de los fenómenos, fueron influencias decisivas en la conformación de sus planteamientos.

PRINCIPIOS

Gracias al concepto, Batesoniano de causalidad circular es que el grupo de Milán puede desarrollar los elementos metodológicos fundamentales de su intervención terapéutica. En un principio, los lleva al concepto de juego familiar según la teoría del control de la transacción esquizofrénica de Haley. Posteriormente, esta misma noción de causalidad circular los lleva a postular los principios de: hipotetizar, circularidad y neutralidad.

HIPOTETIZAR: La hipótesis es descrita como el elemento organizador de la información que servirá al terapeuta para guiar su trabajo durante la sesión; una hipótesis debe incluir a todos los miembros de la familia y puede modificarse con la información de cada sesión. La primera característica de la hipótesis sistémica, es que está debe ser circular y relacional y debe de cumplir con dos funciones: por un lado, sirve para organizar los hitos de la entrevista, y por la otra, sugiere el significado del comportamiento sintomático para la familia. En síntesis, la hipótesis constituye la forma en que metodológicamente esta escuela se declara ajena a un concepto universal, inamovible o mecánico de los conceptos de “verdad” o “realidad”. en conclusión podemos afirmar que para Milán no importa tanto que la hipótesis sea verdadera o falsa sino que sea útil para pensar a la familia y a la función del síntoma.

CIRCULARIDAD: Implica la capacidad del terapeuta para conducir su intervención sobre la base de la retroalimentación de la familia, ya que a partir de esto, el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones. Para la escuela de Milán existe un “anillo exterior” o entorno amplio que está interactuando con el sujeto y en ese mismo sentido tanto el terapeuta como la familia estarán insertos en él. Más aún, en las propuestas más radicales de esta escuela, se plantea que no existe el sujeto en tanto receptor abstracto de predicados, ya que todo lo que es, está siendo predicado. El peso de tales conceptos ha dado lugar, al interior de la terapia, al interrogatorio circular. Que busca plantear preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación. El concepto de circularidad dentro de la entrevista, se fundamenta en el hecho de que los sistemas vivos tienen formaciones en lazos y no secuencias lineales de “causa-efecto”.

NEUTRALIDAD: Este es el concepto menos comprendido de la escuela de Milán, no se trata de no adoptar ninguna posición, sino más bien, se refiere al efecto pragmático que tiene el terapeuta sobre la familia a la que está atendiendo; la neutralidad tiene que ver con el esforzarse para no ser inducido ni tragado por el sistema familiar. Al ser neutral, hay que adoptar varias posiciones a lo largo de la terapia. Se define como la capacidad de moverse en medio de reclamos antagónicos, como una persona mágica que no se deja atrapar por ellos. “ser neutral” se convierte así, en sinónimo de esforzarse para no ser inducido por el sistema familiar y ser capaz de actuar “libremente” dentro de la terapia.

INCLUSIÓN DEL SISTEMA DE OBSERVACIÓN

Para asegurar una connotación positiva y la neutralidad del equipo terapéutico, se emplea un ambiente de tratamiento en el que parte del equipo trabaja directamente con la familia, mientras que el resto observa detrás de una ventana unidireccional. Con este procedimiento se pretende que sea más difícil que la familia induzca al equipo terapéutico a unirse a un sistema interaccional. El equipo en su papel de experto, crea y legitima nuevas posibilidades de conducta mediante las estrategias de reencuadre y prescripción de los síntomas y evaluación de la conducta de cada miembro de la familia,

de forma que se contradiga la epistemología que tiene la familia de sí misma (connotación positiva).

INTERVENCIONES

CONNOTACIÓN POSITIVA: Esta intervención proviene de la época del juego familiar. El terapeuta califica como positivo el comportamiento sintomático con el objetivo de preservar la cohesión del grupo familiar lo que permite al terapeuta ser aceptado por la familia al no desafiar ninguna posición de conducta. El concepto de connotación positiva dentro de la escuela de Milán, supera al de reencuadre, en el sentido de no sólo se connota la conducta del paciente, sino el comportamiento sintomático de todos los miembros de la familia. El propósito fundamental de la connotación positiva es permitir el acceso de los terapeutas al medio sistémico y preparar de este modo la eficacia de la intervención paradójica.

PRESCRIPCIÓN PARADÓJICA O CONTRAPARADOJA: También proviene de la época del juego familiar y ha sido considerada como la marca de fábrica de Milán. El término contraparadoja es la forma en que Milán bautizó al doble vínculo terapéutico. El síntoma, al que se ha definido como esencial para la estabilidad de la familia (a través de la connotación positiva) se prescribe al paciente, mientras que se invita al resto de la familia a persistir en sus modalidades de conducta habituales; el terapeuta al prescribir el síntoma, lo rechaza como tal, pero o prescribe como el algo que el paciente ha estado haciendo de manera espontánea que ahora ya no estará en condiciones de hacer, por lo que la única forma de escapar será rebelándose contra el terapeuta, es decir, abandonando el síntoma. En vista de que la paradoja es el modelo de interacción de las familias, solamente la contraparadoja podrá anularlo. De esta manera la conducta ya connotada positivamente, es ahora prescrita. Para la escuela de Milán, las intervenciones paradójicas son solamente maniobras terapéuticas que pretenden utilizar la resistencia de la familia al cambio con el fin de promoverlo. Del concepto de doble vínculo como sede de la patología familiar, se desprendieron enseñanzas importantes para la intervención terapéutica que el grupo de Milán sintetizó de la siguiente manera en su época del “juego familiar”:

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

RITUALES FAMILIARES: Un ritual familiar es una acción o serie de acciones acompañadas de fórmulas verbales en las que están obligados a participar todos los miembros de la familia; el ritual debe consistir en una secuencia regular de actos realizados según modalidades específicas de tiempo y lugar. El fin primario del ritual familiar es el de curar al paciente asignando al grupo una tarea común: la ejecución del ritual. El ritual familiar resulta ser entonces una prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas sustituyen tácitamente a las precedentes. Los rituales diseñados para una familia no deberán aplicarse a otra, ya que deben diseñarse de acuerdo a los juegos y mitos específicos de cada grupo familiar.

INTERROGATORIO CIRCULAR: Se parte de la suposición de que el sistema familiar no es el que crea el problema, sino que es el problema quien crea el sistema de interacciones familiares. El síntoma es un modo de bloquear o contener las fuerzas desencadenadas por

intensificaciones negativas y por lo tanto puede decirse que actúa en beneficio de la totalidad del grupo. El interrogatorio circular se basa en el supuesto Batesoniano de que toda información perceptual es noticia de diferencia. Consiste en plantear preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación. Se define como la capacidad del terapeuta para visualizar el problema familiar, así como para ampliar el enfoque del problema presentado por el paciente identificado a través de la retroalimentación de todos los miembros de la familia, de las percepciones individuales en forma circular y sistémica. El cuestionamiento de las preguntas circulares, durante la interacción terapéutica, estará dirigido a cada miembro de la familia. El interrogatorio circular se divide en las siguientes características:

1. Diferencias en la percepción de las relaciones
2. Diferencias de grado
3. Diferencias ahora y entonces
4. Diferencias hipotéticas en el futuro

El cuestionamiento circular hace que la gente se detenga a pensar y reflexionar; es en sí mismo una intervención perfectamente coherente con el pensamiento Batesoniano. A partir del cambio inducido por "Hipotetizar, circularidad y neutralidad" el incumplimiento de una directiva no será interpretado como una "maniobra" tendiente a derrotar al equipo de terapia sino como un nuevo testimonio del modo en que funciona el sistema familiar las preguntas se deben integrar a la totalidad del proceso exploratorio en la esperanza de clarificar la problemática

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS: En este modelo se acostumbran intervalos relativamente largos entre las sesiones, aproximadamente de un mes, de tal manera que la familia tiene para cambiar en esos lapsos. En promedio, la duración de este tipo de terapias no debe durar más de diez sesiones. La terapia se inicia con la formulación de hipótesis sobre las razones que llevaron a la familia a buscar ayuda en esa institución terapéutica en particular. Así, se considera que la terapia empieza desde el primer contacto telefónico. También se toman en cuenta las expectativas que tiene la familia sobre la institución; las metas que espera lograr con la terapia, y el modo en que todo lo anterior se relaciona con la estructura interna de la familia o con el problema actual. Las hipótesis iniciales se examinan, confirman o corrigen mediante el proceso de preguntas circulares, a través de las cuales se logra un rápido proceso de información evitando resistencias o autoreferencias en las respuestas. De esta manera, el equipo terapéutico trata de establecer una idea de la epistemología que tiene la familia y de cómo si es necesario. La estructura de las sesiones de acuerdo a este modelo es la siguiente:

Presesión: el terapeuta prepara información para el trabajo en sesión

Sesión: durante esta el terapeuta realiza interrogatorio circular y el equipo hace comentarios y preguntas para la familia.

Discusión de la sesión: el terapeuta junto con los expertos, determina las conclusiones y las intervenciones.

Prescripción de la tarea: el terapeuta da a la familia instrucciones sobre lo que tendrán que hacer en casa. Incluso se pueden usar cartas para tal fin.

Discusión: sobre la reacción de la familia ante las prescripciones y los comentarios del equipo: esta discusión tiene lugar una vez que la familia se ha retirado y se da entre el equipo y el terapeuta.

Actualmente, casi todas las escuelas y enfoques han adoptado este formato y sólo le han hecho mínimas modificaciones, para adaptarlo a los propios presupuestos. Con

estas estrategias de intervención el equipo terapéutico tiende a crear un cambio de segundo orden en el sistema familiar, de acuerdo con el cual, la iniciativa, la actividad y la responsabilidad del cambio o no-cambio de la conducta familiar son restituidas a la familia misma.

X. EXPOSICIÓN

“ERASE UNA VEZ EN MILWAUKEE QUE LAS PALABRAS ERAN MAGIA⁷”

Ó EL ENFOQUE DE SOLUCIONES

Érase una vez un tal Steve de Shazer que vivía en Milwaukee, una ciudad nada mágica donde parecía que nada era posible. Y es que Milwaukee se encuentra en el Midwest, separada por los montes Apalaches y las montañas rocosas de los grandes centros de desarrollo de la terapia familiar. Milwaukee, que es un enorme puerto en el lago Michigan, sólo tenía industrias, pero no era un buen lugar para la terapia, al menos hasta que Steve cambió eso. Steve, quien era músico y pintor, quiso traer algo de barullo a su ciudad, y ya que ahí lo industrial era lo de moda, implantó una novedosa industria de contar historias, para así ayudar a la gente a encontrar soluciones. Él, que siempre buscó lo mejor de lo mejor, para lograr su fin se asesoró con los mejores. Primero, se aficionó por historias de detectives, historias de Freud, de Ackerman, de Jackson y de Erickson, pero todos, salvo Erickson quien lo fascinó, le resultaron demasiado pretenciosas. Luego, encontró a un tal “Doctor Who”, que en el universo sistémico componía y descomponía sin saber lo que hacía. Y después de leer muchas historias, se dio cuenta de que “el que narra se implica” y que no “hay historias verdaderas, sino estilos de narración”.

Ahora bien ésta, su nueva industria, a la que muchos gustaban de llamar “terapia breve”, no funcionaba en el vacío, sino que tenía su lugar dentro del lenguaje. Y es que el lenguaje era su materia prima, con lenguaje se hace la terapia, que no es más que un puñado de charla, que es tan sólo una conversación. Así, casi cien años después, llegó a la misma conclusión que una jovencita vienesa apodada Ana O, que pudo decirle al Doctor Freud *¡cállese y escuchel!*, que esta es mi “*talking cure*”. La terapia es una conversación, pero no por eso toda conversación es terapia.

Resultó también que en Milwaukee, donde no pasaba nada, pasó que una buena estudiante de farmacología, que memorizaba todo lo que le enseñaban y trataba de ponerlo en práctica, se formó en la industria del Doctor Freud. Insoo Kim Berg se llamaba, y cuando era adolescente tuvo que huir y escapar de las balas, ya que en su natal Corea, los soldados norteamericanos sostenían una guerra. La diferencia era parte de su vida, primero, como cristiana entre budistas, y luego, como asiática entre americanos. Obviamente, se volvió sensible al tema. A finales de los años 60’s y principios de los 70’s, un Presidente, que nadie quería, Nixon, por supuesto, se empeñaba en mandar a jóvenes de entre 19 y 20 años de edad a morir y matar en la selva de Vietnam. Lamentablemente, muchos no regresaban, un puñado se escondía,

⁷ La siguiente historia puede leerse como la continuación lógica de la introducción de “En un origen las palabras eran magia” (De Shazer, 1994) y en su elaboración, además de la obra ya citada, también se consultaron las siguientes fuentes: de De shazer, “Pautas de terapia familiar breve”, (1989); “Claves para la solución en terapia breve”,(1991); “Putting difference to work”, (1991) y “Claves en psicoterapia breve”, (1997) . Además de “Guía breve de terapia breve” (O’Hanlon y Cade, 1995).y “En busca de soluciones”, (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Los datos sobre Insoo Kim Berge provienen de una entrevista que le realizó David Denborough (2001), “Family therapy. Exploring the field’s past, present and possible futures”. Para no sacrificar el ritmo del relato es que hago la presente cita a pie.

pero aquellos que lograron salir del Apocalipsis actual, habían sufrido horrores inimaginables, habían matado a sangre fría a mujeres y a niños, habían perdido en un abrir y cerrar de ojos a sus amigos, y cada noche, a pesar de haber regresado, despertaban horrorizados, padeciendo algo que no tuvo nombre hasta que 1982, se le llamó “síndrome de estrés postraumático”.

A Insoo le tocó trabajar con un joven veterano, cuyo temor de ser atrapado por los *vietcong* de sus sueños, le hacía acostarse con una pistola por almohada. En una noche quieta, tan quieta como Milwaukee, este joven se levantó y le descerrajó un tiro en la cabeza a su mujer. Y a pesar de eso, estos jóvenes no querían ir al hospital porque ya no podían más confiar en el ejército. Insoo reflexionó, sólo los jóvenes veteranos han sufrido un horror que los demás americanos no conocen, y como era muy inocente y con un gran corazón, decidió crear un grupo para ayudar a estos hombres. Como tener buenas intenciones, es sólo un buen comienzo, decidió que tenía que saber más para poder ayudar. Así, inició un curso de entrenamiento en la clínica Menninger de Kansas, buscó apoyo en un supervisor psicoanalíticamente orientado, al que, para que pudiera entender mejor la enorme tristeza que le embargaba al realizar su trabajo, le contaba las historias que escuchaba, y para que no hubiese error, videogrababa también. El supervisor intrigado le preguntó “Insoo, qué hay de tu contratransferencia, qué a caso no está tratando a la misma gente que mató a tu pueblo”; e Insoo contestó “no es lo mismo un vietnamita que un coreano, y no padezco el síndrome de Estocolmo”. Lo que éste avezado supervisor no notó es que tanto los jóvenes veteranos como Insoo, como los *vietcongs* estaban todos de un mismo lado, el de las víctimas de la política de intervención del imperio.

Insoo abandonó la industria del Doctor Freud y comenzó a pensar que lo increíble no era que los jóvenes veteranos fueran disfuncionales, sino lo funcionales que seguían siendo. Cómo era posible que, después de haber cometido tales atrocidades, y de haber sufrido tantos horrores, siguieran siendo personas tan agradables. A través de un libro de Jay Haley, supo que había otros que también veían las cosas diferentes, por ejemplo, un puñado de sabios de la costa de California, que decían que la diferencia es la respuesta. Así aconteció que en 1976, se encontró con Steve de Shazer, Eve Lipchik, Elam Nunnally y Alex Molnar, para fundar su propia versión del MRI en 1978, el “Centro de Terapia Familiar Breve”, y poco a poco en Milwaukee, donde no pasaba nada, las palabras comenzaron a recobrar su magia, gracias a que eran económicamente independientes para entrenar y para investigar.

Primeramente, declararon que la resistencia había muerto e incluso, le hicieron su funeral; luego, se dieron cuenta que no siempre las personas asistían a terapia por problemas, sino que iban en “busca de soluciones”, así que la noción de intentos fallidos de solución, dejó de tener sentido. De diez sesiones se pasó a cinco o a seis, pero a veces bastaban con sólo una. Se comenzó a centrarse no en los problemas, sino en las soluciones. Se dieron cuenta que, “si algo no está roto, no hay necesidad de arreglarlo”, que si la gente hace bien algo, no hay que interferir en ello, sino potenciarlo. Luego vinieron las metas, y ellas, de la mano, trajeron a las excepciones y todo esto trajo a su vez la pregunta del milagro “¿si tu problema se arreglara de la noche a la mañana, qué cosas serían diferentes...?”. No cabe duda, de Shazer era Ericksonian y las sesiones del “Brief Family Therapy Center” (BFTC) poseen un deliberado carácter hipnótico.

En el BFTC, se comenzó a buscar lo que funcionaba en terapia, sin importar su procedencia, incluso, Lyman Wynne también colaboró con ellos. Se adoptó una mentalidad de principiante y en lugar de estudiar lo patológico, se dedicaron a estudiar lo sano. Fue tanta la importancia del BFTC, y su desarrollo tan similar y diferente al de Milán, que Weakland, uno de los sabios del MRI, comenzó a visitarlos anualmente para clarificar lo que valía la pena, tanto en su modelo, como en el de ellos. Así, su método se centró en los recursos y no en los déficits, se centró en las posibilidades más que en las limitaciones. Si el psicoanálisis se enfoca en el pasado y la gestalt en el presente, el modelo de soluciones se centra en el futuro y sus posibilidades.

Poco a poco, el grupo del BFTC comenzó a desarrollar un modelo concreto de intervención, que incluían diagramas y sesiones organizadas en seis partes, pero, entre más se convencía de Shazer de la importancia del lenguaje, más y más comenzó a buscar apoyo en la lingüística, así que leyó a Wittgenstein, Derrida, e inclusive, al más impenetrable discípulo del ya de por sí impenetrable Doctor Freud, Jacques Lacan.

Entre más escribía, mayor eran las dudas que dejaba; y sin embargo, su modelo andaba. Uno de sus colaboradores, Michael Weiner-Davis, se dedicó a poner en claro la práctica del Centro, y para tal fin se unió a William Hudson O'Hanlon, quien ya tenía experiencia en ordenar el trabajo de un maestro, Milton Erickson, y luego, O'Hanlon junto con Brian Cade terminaron el trabajo. De Shazer dice que es sólo un cienpiés que simula ser un sapo y como moraleja de la historia, hay una pequeña fábula que el mismo contó (1989):

*Caminaba el cienpiés de lo más contento
Hasta que un sapo bromeando le inquirió
“por favor, dime, ¿cuál de tus patas
adelantas antes que la otra?”
tan intrigado quedó por ese asunto
que, distraído, cayó dentro de un foso
mientras pensaba cuál pata adelantar*

MODELO DE TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

OBJETIVOS. El modelo de terapia centrada en soluciones plantea como objetivo: a) Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática; b) Cambiar la forma de ver la situación percibida como problema; c) Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. Recordar a las personas sus recursos y fomentarlos

PRINCIPIOS BÁSICOS. La “clave” de la terapia breve consiste en saber utilizar las potencialidades de los pacientes para poder ayudarlos a que resuelvan sus dificultades, de tal forma que puedan vivir de una forma satisfactoria para ellos mismos. Los principios básicos del modelo son los siguientes: *Las soluciones se encuentran al cambiar las interacciones dentro del contexto único de una situación dada.* Esto es, la solución debe ajustarse a la necesidad específica. Como lo señala Watzlawick en “La realidad inventada” la llave se ajusta o adecua a la cerradura si la abre pero el ajuste es solo una descripción de la llave, no de la cerradura. No hay que olvidar que hay muchas llaves diferentes a la nuestra, capaces sin embargo de abrir la cerradura.

Habitualmente *no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.* Usando la antología de una llave maestra que puede abrir muchas cerraduras, se plantea que una intervención sólo necesita abrir el camino a la solución y esto puede hacerse aún cuando

no se conozcan todos los detalles del problema. Cuando el terapeuta no pueda describir con detalle el problema del paciente, la intervención terapéutica puede ser efectiva. Lo único que el terapeuta requiere para lograr tener éxito, es saber qué cambios son necesarios para que se considere que el problema está resuelto.

Los pacientes realmente quieren cambiar, pero simplemente no saben cómo hacerlo. Para promover la cooperación, se debe enseñar al paciente a contar el presente con el futuro e ignorar el pasado, con excepción de los éxitos anteriores. Asimismo, se les debe señalar a los pacientes lo que ya están haciendo en sus vidas que es de utilidad o bueno para ellos.

Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, cuando los pacientes se sienten ya apoyados por el terapeuta, se les sugiere que hagan algo diferente que sea positivo para ellos.

No hay una única forma "correcta" de ver las cosas. Toda conducta puede ser entendida desde diversos puntos de vista asignándosele un significado de la construcción del observador. Esto permite la posibilidad de que una situación dada pueda ser redefinida de una manera positiva.

CONSTRUCCIONISMO Y LENGUAJE. Este modelo se apoya en dos premisas importantes: La primera es que no hay solo una teoría correcta de psicoterapia sino que hay muchas, todas igualmente validas, y que; Es necesario ser optimista respecto a la capacidad de las personas para cambiar y tener una vida satisfactoria. La terapia, que ha pertenecido al mundo de la psiquiatría y de la psicología tradicional, gracias a estas dos premisas es que se puede desligar de la medicina y de la filosofía. Esto ha desvinculado a la terapia de toda aquella carga teórica que la mantenía, estática e inflexible. Gracias a este cambio se ha llevado a la terapia al mundo del cambio y las soluciones. El lenguaje es punto muy importante para el modelo ya que como han establecido los constructivistas, el lenguaje solidifica nuestra percepción del mundo, mismo que se construye en base de conversaciones, conversaciones con nosotros mismos y con los demás. Así como no podemos "no comunicarnos" también es imposible hablar sin revelar la visión que tenemos del mundo. Con el lenguaje creamos una realidad terapéutica ya que es el instrumento para proveer de un contexto donde el cambio es inevitable, además nos permite cuestionar realidades poco convenientes para los clientes. El modelo de terapia breve puede ser considerado como constructivista, ya que es a partir del significado que los pacientes dan a sus problemas; es decir sus propias construcciones, que el terapeuta desarrolla conjuntamente con ellos el proceso y la dirección de la terapia.

Una manera importante de crear rapport con los pacientes es utilizar su lenguaje, aquellas palabras que usa el cliente en ocasiones, incluso hay palabras claves que reflejan la individualidad de quienes vienen a vernos. Usar estas palabras dentro de un mensaje o en las tareas facilita la posibilidad de ser escuchado. De la misma manera muchas de estas palabras claves y el lenguaje en general son los instrumentos que mantienen una situación problemática, un ejemplo claro es el de la palabra depresión que aún cuando se puede usar a la ligera conlleva un significado patológico. Este modelo sugiere que estas palabras se vayan cambiando, en este ejemplo, se empezaría hablando de depresión y se cambiaría poco a poco, para así hablar de tristeza deslindando así lo "patológico" de la depresión de una emoción normal, "la tristeza".

EL CAMBIO Con respecto al cambio el modelo sostiene que este es inevitable. Así una de las preguntas interesantes que se hace en la primera entrevista es ¿Qué cambió en su vida desde que hizo la llamada para hacer su cita? Se ha encontrado que dos terceras partes de los pacientes han dado algunos pasos específicos para mejorar la calidad de sus vidas.

Lo que hemos denominado la nueva tendencia en Terapia Breve, refleja el vínculo entre los supuestos básicos y las nuevas aportaciones conformando una nueva visión más optimista por el cambio intrínseco en todos los seres humanos con lo cual no sólo se crea una terapia más eficiente, sino que se enfatiza el respeto a la cosmovisión de los pacientes, los modelos terapéuticos y los terapeutas, creándose una terapia donde el reto es la solución y no el problema

El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio pero los clientes son los que definen los objetivos. Sólo se requiere un cambio pequeño para lograr romper el círculo vicioso, para lo cual se requiere que se propongan metas pequeñas y razonables. Para eso hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. El cambio es constante, y la resolución de problemas puede ser rápida. El cambio es una parte del sistema, conduce a cambios en la totalidad del mismo. Es de vital importancia el crear expectativas de cambio. Es útil ayudar a los clientes a describir aquello que quieran que sea diferente cuando su queja se haya resuelto. Es esta expectativa de llegar a algún lugar diferente a un lugar más satisfactorio lo que hará más fácil el camino.

EL PROCESO DE ENTREVISTA. En el enfoque de soluciones el proceso de entrevista no es sólo una herramienta para recopilar información acerca del motivo de consulta; en este enfoque se considera a la entrevista como un medio para influir en la percepción del problema del cliente y por lo tanto se centrará en los lados fuertes y habilidades con las que cuenta quien solicita el servicio. Este modelo de parte de la suposición de que desde la primera entrevista el terapeuta debe negociar con el cliente el establecimiento de un problema soluble o incluso establecer que el mismo no existe. El enfoque de soluciones da gran importancia a la utilización del lenguaje, lo que se ha denominado conversación para el cambio. Así *la utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable.*

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. Se considera al proceso de la entrevista como una intervención en sí misma ya que el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones puede lograr que los clientes experimenten cambios importantes en la forma de ver su situación. Las preguntas que se generan durante la entrevista pueden estar diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace de su situación; otras pueden estar diseñadas para construir soluciones y crear expectativas de cambio.

LAS PREGUNTAS. Como parte de la entrevista este modelo otorga un gran peso a las preguntas. Los tipos de preguntas utilizados son:

Preguntas de encuadre; Preguntas diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace actualmente de la situación.

Preguntas presuposicionales; Están diseñadas para funcionar como intervenciones, se elaboran haciendo un uso cuidadoso del lenguaje de soluciones e influyen sobre la

percepción del cliente. Al contestar estas preguntas abiertas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. Encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen.

Preguntas presuposicionales referente a las excepciones; Al preguntar sobre las excepciones, no sólo intentamos redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante sobre y hablar en terapia. Pueden ser: ¿Qué es diferente en las ocasiones en que...? ¿Cómo conseguiste que sucediera...? ¿De qué manera el que (haya sucedido la excepción) hace que las cosas vayan de otra manera? ¿Quién más advirtió que...? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta? ¿Cómo lograste que dejara de...? ¿Cómo conseguiste que terminara...? ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace...? (Exploración de otros campos)¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones...? ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo la resolviste entonces..?.

Preguntas orientadas al futuro; También llamadas preguntas constructivas, están diseñadas para construir soluciones y crear la expectativa de cambio, introduciendo nueva información en el sistema.

Preguntas de avance rápido; Cuando no se pueden recordar excepciones y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describen cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución.

Preguntas sobre el problema; El objetivo es reunir información detallada sobre el tema; nos interesa información específica .Se sigue el modelo del M.R.I., no interesa tanto entender el problema, sino obtener información para formular intervenciones útiles, comprender los intentos de solución para abandonarlos. Si aparecen excepciones, se abandona la investigación de problemas. Si las personas tienen un enfoque negativo, se utiliza el tono pesimista

Pregunta de la escala; Consiste en pedir a los clientes que valoren sobre una escala del 1 al 10, su situación antes de venir a terapia. Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Finalmente se les pregunta en que lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos. La tercera pregunta proporciona a los clientes la oportunidad de reconocer que las cosas no tienen que ser perfectas para ser satisfactorias.

PASOS DE LA PRIMERA SESIÓN. Este enfoque da gran importancia a la primera sesión, El objetivo es centrar la atención del cliente en excepciones, soluciones y recursos, posteriormente se normalizan las experiencias y después se definen objetivos. Se deben cubrir los siguientes aspectos:

Unión; El objetivo de este período es mostrar un interés genuino por los clientes y ayudarles a sentirse cómodos, se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo

Breve descripción del problema; Se solicita una breve descripción del problema para continuar con una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema. No hay que centrarse mucho en el problema, pero si hay que mostrarle al cliente que uno presta atención, que si hay interés en la queja.

Excepciones al problema; Después, hay que buscar excepciones a la queja. Estas ofrecen información acerca de lo que se necesita para resolver el problema; al preguntar por las excepciones no sólo se intenta redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona sino también orientarles respecto a lo que el terapeuta considera que es importante saber. Un ejemplo de excepciones al patrón problema es el cambio pre-tratamiento. Posteriormente se generan preguntas presuposicionales para obtener información sobre las excepciones. Posteriormente hay que sugerirle al cliente que dedique más tiempo a aquellas actividades de las que hay constancia que han conseguido el objetivo deseado.

Normalizar y despatologizar el problema; Es importante considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal o cotidiano en vez de algo psicológico o patológico; esta normalización de la conducta puede realizarse poniendo la situación en un marco de referencia cotidiana.

Elogios; Se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas; al proporcionar el feedback el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problema.

Definición de objetivos; Se fijan objetivos alcanzables y concretos que permiten evaluar los logros de la terapia. Se parte de plantear cambios pequeños y concretos, de ser posible cosas observables.

Pausa terapéutica; Se usa como en el M.R.I. y en Milán. Sirven como un marcador de contexto, permite al terapeuta subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen; al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al clientes visto como algo importante y concluyente; es un resumen de las cosas bien hechas y de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, una prescripción o tarea.

Buscar recursos y soluciones como más de lo mismo; Es importante observar la respuesta de la gente y modificar en consecuencia nuestras acciones si es necesario; no tener una actitud rígida con respecto a la búsqueda de excepciones y el énfasis en lo positivo. A veces es necesario cambiar de dirección y centrarse en el problema.

INTERVENCIONES La intervención se puede hacer a través de preguntas, elogios, reestructuración positiva y tareas. Las intervenciones que se utilizan son las siguientes:

- a) *Intervención sobre el patrón de la queja:* Esta basada en el efecto mariposa; un pequeño cambio produce un gran cambio, se busca sustituir los patrones rígidos por la flexibilidad. se introduce alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja (cambiar la frecuencia o tasa de la queja, cambiar el tiempo de ejecución, cambiar la duración de la queja, cambiar el lugar en el que se produce la queja, añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja, descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños, unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa)
- b) *Intervención sobre el patrón de contexto:* se consigue alterando las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a la queja, esto tiene que ver con modificar patrones que no tienen que ver directamente con la queja.
- c) *Tarea de formula de la primera sesión:* Se le solicita a los clientes que busquen aquellos acontecimientos positivos que están sucediendo en la actualidad y que les

- gustaría mantener. Observar de modo en que se pueda describir lo que ocurre cuando ... que quieras que continúe ocurriendo.
- d) *Tarea de la sorpresa*: Se solicita a los clientes que hagan algo que sorprenda al otro (o a la familia) pero manteniéndolo en secreto de forma que durante la siguiente sesión la otra parte (sea la familia o la pareja) tendrán que describir de que manera fueron sorprendidos. Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tu esposa, no le digas qué es pero apúntalo. La tarea de tu esposa consiste en adivinar qué es lo que tu has estado haciendo.
- e) *Tareas genérica*: consiste en solicitarle al cliente que observe todas aquellas cosas que hace para sentirse mejor en relación a la quejas (*¿qué cosas haces que te hacen sentir menos nerviosa?*)
- f) *Pregunta del milagro*: se le pide al cliente que imagine que mientras duerme se produce un milagro, el milagro consiste en que la queja desaparece mágicamente, entonces se le pide que describa como serían las cosas diferentes después del milagro. "suponga que sucede un milagro, se despierta mañana y su problema está resuelto". *¿qué sería diferente?, ¿hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, ¿qué tiene que hacer para que esto suceda más a menudo? Para que sea más efectiva, se piden detalles, por ejemplo: ¿en qué será diferente su vida?, ¿quién será el primero en darse cuenta?, ¿qué dirá o hará?, ¿cómo responderá?*

HIPNOSIS ORIENTADA A SOLUCIONES Basada en el trabajo de Erickson, busca despertar las capacidades dormidas del cliente, o recuperar experiencias que puedan servir como referencia para desarrollar las habilidades necesarias para resolver las dificultades. De esta práctica, se deriva la intuición de que el cliente es el experto en su problema.

AMPLIAR Y MANTENER EL CAMBIO. Se inicia en las sesiones subsecuentes con preguntas presuposicionales y se amplían los cambios y las excepciones. Hay procedimientos diferentes para los tres diferentes grupos de familia: a) grupo del milagro; b) grupo del más o menos; c) grupo de igual o peor.

COSAS A EVITAR EN TERAPIA. *No saber a dónde ir, ni cuándo se ha llegado*; Incluye el seguir los objetivos del terapeuta; el empezar con un objetivo vago; o el perder de vista el objetivo terapéutico.

Hacer lo que anteriormente no ha funcionado; es decir, repetir los enfoques ineficaces de los terapeutas anteriores; repetir lo que el cliente ha estado haciendo infructuosamente para resolver el problema; repetir los consejos bienintencionados de familiares y amigos.

No atender a las respuestas del cliente; y actuar siguiendo la propia agenda sin ajustar el plan terapéutico

Reificar la patología; que incluye no advertir ni ampliar conductas, afirmaciones y actitudes orientadas hacia las soluciones; no interrumpir afirmaciones o preguntas inútiles; buscar resistencias.

Complicar las cosas; o de una forma más sencilla, "si no esta roto no intente arreglarlo"

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE TERAPIA. El modelo opera de la siguiente manera: Primero, busca la información descriptiva que se logra básicamente al preguntar a los clientes porque decidieron venir a terapia. Se concretizan los detalles, paso a paso, *¿cómo suceden los hechos?, ¿quiénes están involucrados en la queja?, ¿Cuál es su frecuencia?*, etc. Después, se da la búsqueda de las excepciones. *¿Qué sucede cuando no se presenta la queja?, ¿Cómo hacen para que no suceda?*, etc. Una vez que se tiene esta información,

durante una pausa, el terapeuta consulta con el resto del grupo. El equipo ha estado hasta focalizándose en dos elementos: las excepciones al problema y los valores de los clientes. A través de este análisis, tanto el terapeuta como el equipo elaboraron un mensaje que contiene dos partes:

Primero, el elogio que conlleva todos aquellos elementos positivos de los clientes que tanto terapeuta como equipo han encontrado en ellos, esto crea un cambio, no sólo en las percepciones que tienen los clientes de sí mismos sino en el terapeuta y el equipo. Además se crea una apertura a la sugerencia. La segunda parte del mensaje es el indicio que implica las sugerencias propiamente, las tareas o redefiniciones que llevarán a los clientes a realizar algo diferente y que los llevará en la dirección de una solución.

En las siguientes sesiones, se considera que no hay ninguna necesidad de hablar de la queja. Lo primero que se pregunta es ¿Qué sucedió, qué desea usted que siga sucediendo? o, ¿Qué está sucediendo que sea bueno para usted? O, ¿Qué días fueron mejores? El foco vuelve a ser en las excepciones ¿Es esto diferente a lo que venía sucediendo? ¿Es esto nuevo? Y, finalmente también se enfoca a dar control a los clientes, ¿cómo hizo para que se dieran los cambios?, ¿Cómo decidió que hacer cuando ello sucedió?. El fin del tratamiento se efectúa a la manera del MRI. Una vez que el cliente llega a la meta convenida, se enfatizan los cambios logrados, se disminuyen las expectativas utópicas y se prevén recaídas.

XI. EXPOSICIÓN

“LA POSMODERNIDAD APLICADA A LOS TERAPEUTAS”

ANTECEDENTES

En el año de 1127 (la modernidad no es cuestión de tiempo), el Abad Surger, reconstruyó la abadía de San Denis en París; su diseño resultó algo nunca antes visto, por lo que lo nombró un “*opus modernus*” (obra moderna). La palabra *moderno* se deriva del latín “modo”, que significa “ahora mismo” y sirvió para nombrar lo contemporáneo; por lo tanto, el término “*posmodernismo*” se debe de entender como después de ahora mismo, y lo que éste después implica no es un rebasamiento, una trascendencia o una posterioridad, ya que el propio posmodernismo con su concepto de fin de la Historia, lo rechazaría, sino se trata de un después que implica reflexión ante algo. Como señala Zygmunt Baum (en Elliot, 1997):

“La posmodernidad no significa necesariamente el fin, la desacreditación o el rechazo de la modernidad. La posmodernidad no es más, pero tampoco menos que la mente moderna que dirige atenta y lúcida mirada sobre sí misma, sobre su condición y sobre sus trabajos pasados, no le gusta del todo lo que ve y experimenta el deseo de cambiar”.

La posmodernidad es la modernidad llegada a su madurez después de una adolescencia vanguardista, idealista, omnipotente y turbulenta, pero aunque la posmodernidad es una modernidad desencantada, lo posmoderno desde siempre forma parte de lo moderno, ya que nada puede ser moderno si no es en sí mismo posmoderno (es decir, reflexivo con uno mismo). El posmodernismo por otra parte, es el estado naciente del modernismo, así como una anterioridad, la posmodernidad también es una posterioridad de lo moderno. La relación de temporalidad que une a ambos términos no es lineal, sino lógica. Es un movimiento de reflexión o de autoescaneo que lo moderno hace sobre sí. La actitud moderna consiste en hacer porque conocemos las reglas, la actitud posmoderna, por el contrario, consiste en hacer para que así podamos descubrir *a posteriori* las reglas que nos guiaron.

No se puede plantear los postulados de lo posmoderno sin implicar los postulados de lo moderno del cual es reflexión, deconstrucción, para así lograr el equilibrio entre las dos dimensiones binarias que forman el continuo. Diremos entonces, que la modernidad surge como una ideología; como una configuración social, política y económica que se configura en el siglo XVII, la época de las luces y que se prolongará hasta nuestros días. La actitud moderna se centra en el ejercicio de la Razón y en el desencanto con la tradición; lo moderno tiende a la uniformidad y al conformismo y su dilema es lograr el perfecto equilibrio entre la oportunidad segura y el riesgo calculado, lo cual constituye una lógica mutuamente excluyente de extremos ambivalentes, de los cuales uno será el bienestar generalizado y el otro, la depredación institucionalizada que llegarán tarde o temprano como un efecto de sentido en una historia predecible y unilineal.

Podemos decir entonces, que el modernismo es el último metarelato (desde el punto de vista posmodernista) que se caracteriza por el optimismo inquebrantable en el progreso; en el sentido seguro de la historia como verdad última y en el dominio racional y democrático de lo real. Por otra parte, el modernismo exultará confianza, ya que tendrá por aliados las nuevas tecnologías que prometen la felicidad; los medios masivos de comunicación que prometen igualdad absoluta; el ocio generalizado, así como el avance imparable de las ciencias que tarde o temprano debería debernos llevado al paraíso, y sin embargo... ¡algo salió mal!, las cosas no son, ni parecen que vayan a ser como nos lo prometieron, y es precisamente ante este desencanto y ante el horror que nos produjo la segunda guerra, Auschwitz, la solución final, Hiroshima que la modernidad se detiene para verse así misma y analizarse en un momento posterior, es decir, surge la posmodernidad.

Lo posmoderno surge entonces, no como respuesta a la modernidad ideal, sino a la realidad de la modernidad, y es que con el paso del tiempo, la modernidad se fue apagando; por ejemplo, si antes buscaba lo nuevo como revitalizante, ahora lo nuevo es la monotonía del ciclo de la moda, o bien, aunque la modernidad proponía la emancipación del hombre a favor de un ideal, muchos hombres al seguir ese ideal, no encontraron sino su enajenación. El primer efecto de lo posmoderno no es sólo dejar de creer en un ideal, sino el abandono completo de todos los ideales.

La posmodernidad es un proceso de deconstrucción y de desenmascaramiento de la Razón industrial, es el tiempo lógico de reflexión y de elaboración de aquello que el modernismo tuvo que reprimir originariamente para constituirse en tanto tal, en este sentido. Lyotard (1989), considera que la posmodernidad es una translaboración (*DurchArbeiten*) en el sentido psicoanalítico del término que la modernidad hace sobre su propio sentido con el afán de evitar los mecanismos de repetición que la amenazan. La ahistoricidad del posmodernismo no es nihilista, sino que se basa en la confianza que se obtiene cuando se puede visitar el pasado con ironía y sin ingenuidad. Así, al abandonar la Historia como un ente absoluto, el posmodernismo destronará otro ideal caro a la modernidad, la idea del progreso.

En general, la actitud posmoderna es de incredulidad ante éstos y otros metarelatos, tales como la Verdad, la Igualdad o la Democracia, y criticará a la cultura deconstruyendo el pensamiento totalizador que está en su base. El posmodernismo reconocerá que la ambivalencia cultural no puede ser superada, por lo que fomentará la proliferación de los discursos y las visiones marginales, abrirá posibilidades y vías nuevas de experimentar el mundo, se liberarán las diferencias y tratará de producir un

conocimiento otro, singular, localizado, contextualizado, sin pretensiones universales, más bien pragmáticas. Lo posmoderno recuperará el valor del desorden como aquello que engendra lo creativo y reconsiderará lo pragmático porque se sabe libre de esperanzas y valores inalcanzables. Puede haber un posmodernismo nihilista, pero un posmodernismo más centrado no proclamará que todo se vale, sino que lo valioso es conservar mi identidad a la vez que respeto otras en un océano de diversidad donde exista una pluralidad de lenguajes. Más que la desintegración de la subjetividad, el posmodernismo propone la radicalización de la imaginación humana.

El posmodernismo surge primero en el arte, y al igual que el modernismo, es la arquitectura en darle cabida, ya que surge en contra del universalismo y el funcionalismo arquitectónico que consiste en un bricolage mecánico. Por oposición, la arquitectura posmoderna consistirá en un arte de la cita, donde lo individual será respetado. Aunque en el campo del arte plástico podemos considerar a las vanguardias como modernas, llevan en su seno la semilla de la posmodernidad (sólo se puede ser moderno, si antes se es posmoderno). Al romper con la representación, el arte se libera y se da paso a la reproductibilidad en masa, que permite cuestionar el proceso de legitimación artístico, lo cual es francamente posmoderno. En su ámbito, los medios de comunicación que se suponían aliados del modernismo, son los primeros en asestar el golpe a las grandes narrativas y con el aumento de opciones de comunicación, permiten la aparición de multivisiones diferentes del mundo.

La posmodernidad filosófica tiene sus antecedentes más antiguos en la filosofía de Nietzsche, y consiste principalmente en la revuelta contra los padres del pensamiento moderno occidental, tales como Kant, Descartes o Marx, pero su principal influencia inmediata, es la filosofía francesa estructuralista tardía (Foucault, Lacan) y posestructuralista (Lyotard, Derrida y Baudrillard) que tiene contacto con el pensamiento constructivista en suelo americano.

Tal vez el concepto posmoderno más poderoso es el de deconstrucción propuesto por Derrida, que invita a invertir la jerarquía entre la centralidad y la liminaridad. Y de esta manera, desplazar el sistema de creencias en busca de la *différance*. El principal exponente e introductor del término "posmoderno", es Lyotard, con su libro "la condición posmoderna".

En resumen, el posmodernismo es una postura inherentemente descentrada, fragmentada y dislocada que rechaza los absolutos universales y que se ocupa, de entre muchos temas, algunos tan importantes como la deconstrucción del conocimiento establecido y la búsqueda del pluralismo en el saber, del poder y sus relaciones con el conocimiento, del fin de las narrativas, de la muerte de la historia y su relación con la desilusión con los expertos, del estatuto imaginario del yo, de la imposibilidad de la sexualidad femenina y de la realidad simulada como campo válido de exploración.

CRÍTICAS AL POSMODERNISMO

El posmodernismo no deja de ser controvertido, y entre sus críticos más severos están quienes lo acusan de constituir una nueva gran narrativa llamada "Pluralidad", en la que al valerse todo, llevará al neoconservadurismo porque, al negarle al sujeto el uso de la Razón, le niega la capacidad para enfrentarse al poder. También se le acusa de adelgazar al sujeto, ya que lo hace carecer de fundamento cartesiano y de discurso crítico, por lo que deja de ser un sujeto fuerte sin conciencia histórica, que es la base que tiene el sujeto para su funcionamiento social. Todo esto lleva a que la crítica más acérrima lo

tache de irracionalismo, terrorismo intelectual, liberalismo cándido, neoconservadurismo, cinismo, nihilismo. Sin embargo, sólo pretende ser un severo examen del “pensamiento de las luces”, de la idea de un fin unitario de la historia, de la idea de del supuesto sujeto unificado.

La invitación a suspender la experimentación artística y filosófica posmoderna se origina en el hecho de que la actitud posmoderna termina generando una gran angustia en las personas, ya que implica el descentramiento del sujeto y la pérdida de sus referentes. Así lo que podemos hallar detrás de las críticas es un deseo de preservar la identidad, la seguridad, la popularidad; una enorme urgencia de que el experimentador vuelva al seno de la comunidad; y un reclamo imperativo, “Si nos dice que es la comunidad la que está enferma, cúrela, pero no toque nuestras certezas”.

Otra fuente común de críticas esta en el seno de aquellos que confunden el posmodernismo con el ultramodernismo. Mientras que el posmodernismo es autoreferente y constituye un movimiento de continuo sondeo y experimentación que provoca la dispersión de los significados al producir obras inquietantes. El Ultramodernismo es un furioso reclamo de realidad que busca la uniformidad a través de los buenos juicios la simplicidad, la comunicabilidad y del mejor *performance* técnico.

Mientras que el posmodernismo implica una visión madura y reflexiva, el ultramodernismo termina desembocando en lo que algunos autores han llamado el grado cero de la cultura, es decir, desemboca en una situación donde toda posibilidad de producción subjetiva se anula con: el eclecticismo que sirve como una forma de suprimir la diversidad y como una vía rápida al consenso; el *kitsh* que representa al ultra modernismo del que más da, del fingimiento, de la exageración, del poder del dinero sobre el juicio y por ultimo, también hay que considerar; el *zapping* término inspirado en el acto mecánico de cambiar constantemente de canal de televisión con el control remoto y que puede describirse como la suspensión de la autoreflexividad en la superabundancia de información

LO SUBLIME

Ya que desde el modernismo se reconoce un rompimiento con la realidad es imposible no reflexionar en la problemática que nos plantea “lo irrepresentable”. En la práctica terapéutica una vez que esta ha concluido y los resultados han sido evaluados, aún queda un resto de eso irrepresentable que constituye lo sublime y que sólo admite un abordaje estético. En este sentido es como podemos hablar de que el goce estético proviene de la pérdida. Esto lo han sabido muy bien los movimientos artísticos de vanguardia que se empeñan en representar lo irrepresentable en ellas con la ausencia. Lo sublime no era ajeno del modernismo para el estaba representado por lo nostálgico. Aunque Lo irrepresentable es alegado como ausente es la forma la que brinda consuelo y placer

El movimiento posmoderno comienza con la asunción de una pérdida, pérdida de los ideales, de los metarelatos, de las verdades. El posmodernismo con su presencia misma reclama la ausencia y sólo puede encontrar sentido en el hecho de reconocerla. El posmodernismo no busca las formas bellas sino la celebración del acontecimiento, reconoce el resto irrepresentado pero para él lo sublime es reflexivo. En el caso de la terapia posmoderna entendida antes que nada como práctica estética, se espera lo mismo.

POST-ESTRUCTURALISMO FRANCÉS

Es importante diferenciar el estructuralismo francés del enfoque de terapia estructural de Minuchin. El estructuralismo inicia con Saussure quien dicta los principios del mismo en su curso de lingüística general. El estructuralismo propone que algunos fenómenos complejos, como el lenguaje, pueden ser explicados por reglas sencillas de sustitución, en otras palabras que tienen una estructura que los determina. Claude Lévi-Strauss aplica el estructuralismo en antropología al estudio de los sistemas de parentesco, al estudio del mito y a la explicación de otras manifestaciones culturales. Posteriormente Jacques Lacan hará lo mismo con el psicoanálisis y Althusser con la crítica marxista.

En la década de los 70, en Francia empieza a haber un desencanto con el estructuralismo y al mismo tiempo en Estados Unidos con los enfoques sistémicos. A ambos se les acusa de ser intelectualistas, fríos, simplificados, formalistas; así como de ignorar los aspectos específicamente humanos de la experiencia. En este momento es cuando a ambos lados del atlántico se voltea hacia la posmodernidad y se replantea lo ya trabajado. El Post-Estructuralismo, considerado como un ejercicio posmoderno del estructuralismo, sostiene que todo conocimiento es textual, es decir que está compuesto por palabras, por discursos antes que por conceptos.

Algunos autores algo desencantados de lo sistémico se apoyan tangencial y fragmentariamente en el post estructuralismo. Entre los modelos que surgen están: la Terapia Narrativa; la Terapia Reflexiva y las Terapias posmodernas que resaltan el valor del texto y de sus múltiples significados, la importancia de la palabra y el lenguaje, las relaciones de poder y la crítica a la propia práctica.

LA TERAPIA FAMILIAR Y MICHEL FOUCAULT

En 1968 al igual que en otras partes del mundo hay disturbios estudiantiles en Francia. Los estudiantes piden a los llamados grandes mandarines (Foucault, Lacan, Lévi-Strauss, Barthes etc.) que se comprometan. Foucault lo hace y se vuelve famoso en todo el mundo como un intelectual comprometido. Los Terapeutas familiares sensibles al problema de la exclusión, gracias a él se plantean el problema en terapia como una construcción de discurso, se critica la propia práctica y se asume una postura reflexiva y no profesionalizante con el usuario. En América se construye alrededor de Foucault, una mística que parece no oírlo. Penetrar sus textos no es sencillo y muchas veces había que conformarse con lo que se decía de él. Pero, en qué consiste la obra de este pensador. Por qué es importante para la terapia familiar.

Michael Foucault, estudia el cambio en el discurso de las ciencias, es decir, en su saber, como un corte estratificado. También considera el efecto que dichos cambios tienen en sus prácticas, es decir, en su poder. El discurso sostenido como verdadero por un grupo es su saber y la práctica que de él se deriva le da poder sobre otros, un aumento de saber lo es también de poder. Para Foucault el poder es un efecto, existe en el acto; es la multiplicidad de las correlaciones de fuerzas propias de un dominio que ellas en sí mismas constituyen. El análisis del poder lo es también de los mecanismos de represión. Las relaciones de poder se instauran bajo una determinada correlación de fuerzas. Foucault señala que el poder es la guerra continuada; el poder la inscribe en las instituciones y los cuerpos. El individuo es un efecto del poder, las relaciones de poder son inintencionales y no subjetivas. Donde hay poder hay resistencia pero esta no es exterior respecto al poder.

FOUCAULT, ENTRE LA NORMALIDAD Y LA ANORMALIDAD. Las ciencias humanas definen desde su saber lo que debe considerarse normal y lo que debe considerarse anormal. Esto les da el poder de excluir y de constituir lo Otro. Foucault estudia la anormalidad y como esta definición va cambiando a lo largo del tiempo modificándose así las practicas de exclusión y la identidad de lo otro. Entre sus estudios de lo “anormal” se incluyen la locura, la enfermedad, la sexualidad “perversa” y la criminalidad

ANÁLISIS FOUCALTNIANO DEL PANOPTISMO. En la edad media, la peste es combatida por un espacio recortado e inmóvil, por un dominio de la mirada. Así que se crea un modelo compacto del dispositivo disciplinario. La conjunción de la exclusión y la disciplina dan lugar a los psiquiátricos, las penitenciarias, los hospitales y las escuelas. La anormalidad es abordada por el poder mediante la exclusión y la disciplina. El Panóptico de Bentham es la figura arquitectónica de esta composición. Induce un estado consciente de permanente visibilidad que automatiza el funcionamiento del poder. El panoptismo es una nueva anatomía política, no busca la soberanía sino la disciplina. Esto nos muestra que entre más sutil, mas efectivo es el poder.

La disciplina es el procedimiento técnico que reduce la fuerza del cuerpo en tanto política y la aumenta en tanto útil. La disciplina provoca un desbloqueo epistémico y una multiplicación de los efectos de poder. Podemos plantear a manera de conclusión que si la medición dio lugar a las matemáticas y la inquisición a las ciencias naturales; fue la disciplina, la que dio lugar a las ciencias humanas, que necesariamente siguen insertas en ella.

LA TERAPIA FAMILIAR Y JACQUES DERRIDA

Jacques Derrida representa una de las grandes influencias europeas en el desarrollo del construccionismo social. Su obra puede describirse como una lectura subversiva de los pilares del pensamiento occidental. Y su principal preocupación consiste en el interjuego entre lo central y lo marginal. De la misma manera que Derrida utiliza la herramienta deconstructiva en los sistemas de pensamiento, los terapeutas familiares lo han hecho en las narraciones que las personas hacen sobre sus problemas. En está práctica se intenta cambiar la visión de una historia centrada en el problema a una historia donde el problema es una marginalidad. Los terapeutas familiares deconstruye la relación Terapeuta-Usuario y rescatan de Derrida la idea de que un texto puede tener muchos significados y que no hay una lectura verdadera o privilegiada

CENTRALIDAD Y MARGINALIDAD. Todo el pensamiento occidental se basa en un centro marginando, que excluye otros centros posibles. Cada centro engendra un opuesto binario y los representantes del centro oprimen a los marginales. La deconstrucción consiste en ubicar ese centro, subvertirlo para centralizar lo marginal y hacer notar así que en el texto hay muchas lecturas posibles, que el significado es en sí mismo inestable.

LA VIOLENCIA DE LA LETRA. ¿Qué liga la escritura a la violencia? Nombrar es clasificar, el nombre propio es un sistema de escritura en el cuerpo que instituye un sistema de diferencias Un texto es un sistema de raíces pero ninguna llega al suelo. Aunque la palabra esta rebajada es la base de la ciencia. La (archi) escritura es una violencia que hace surgir el lenguaje. Al tachar el nombre propio (violencia) es como surge la escritura. (Derrida, 1968)

DAR LA MUERTE. En nuestras sociedades, la dominación de la técnica favorece la irresponsabilidad demoníaca. El individualismo moderno se preocupa más por el rol y no

por la persona, así, el ser se conceptualiza como fuerza y no como punto ético, pero mostrar al ser como fuerza es disimular su esencia. La única forma de despertar a la responsabilidad es ante la muerte. En mi muerte soy irremplazable, es desde donde me llaman a la responsabilidad. El don supremo (bondad) consiste en dar la propia muerte porque mi muerte es sólo mía, pero morir por el otro, no es morir en su lugar. He aquí la irreductibilidad de la propia responsabilidad. (Derrida, 2001)

SOCIEDAD Y CULTURA POSMODERNA

En un mundo caótico, la subjetividad buscará el contacto entre identidad y no identidad por vías productivas. La sociedad y la cultura posmoderna estarán caracterizadas por la autoreferencia. Serán lúdicas, fusionarán los extremos y borrarán las fronteras. En la construcción cultural, lo individual interior y relegado se tornará exterior, intersubjetivo y central ya que la imaginación y la fantasía constituyen herramientas para construir la subjetividad. Se producirá una dispersión de objetos y experiencias. Se enfrentará una polivalencia de sentido donde se elaborarán las subjetividades. Habrá un mayor espacio cultural donde lo individual se desdibujará y la exploración aumentará.

EL PENSAMIENTO POSMODERNO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, ELEMENTOS TEÓRICOS PARA SU ARTICULACIÓN

Entre las características de los escritos posmodernos podemos observar en ellos que el Yo no es una cosa, sino una entidad narrativa; que el texto no se interpreta, sino que se desarrolla; que el individuo no es solamente intrapsíquico, sino social; que las "verdades innegables" son solo creencias colectivas. El pensamiento posmoderno en psicoterapia presta atención a la deconstrucción, a la narración, al texto y a la reflexión en psicoterapia. La psicoterapia busca desplazar el discurso problemático por uno más fluido que haga posible una mayor gama de interacciones y en ese sentido, La terapia familiar sistémica ha sido más moderna que posmoderna (estructura, existencia independiente de un observador, etc). Podemos convenir en fijar el inicio del pensamiento posmoderno en terapia familiar con algunas formulaciones de los asociados de Milán, precisamente en aquellas producidas por su retorno a Bateson. De ahí a las formulaciones de autores tales como: Tom Andersen, Harold Goolishian, Lynn Hoffman, Michel White y Brian Epston, sólo hay muy poco camino.

El posmodernismo conceptualiza a las familias como sistemas sociales, compuestos a su vez de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas. Los problemas existen en el lenguaje y son mediatizados por él.

NARRACIÓN, DECONSTRUCCIÓN Y TEXTO

Siguiendo a William Lax (1997) podemos decir que: Todos los discursos posmodernos son reconstructivos en mayor o menor medida y la práctica terapéutica con inspiración posmoderna es deconstructiva o simplemente no es. El proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad "el yo solo tiene una identidad narrativa". Las narraciones que nos conforman y conforman nuestra realidad son co-construidas recursivamente. El yo solo existe en relación con otro.

Lo que otorga valor a los signos es la diferencia, todo texto tiene una fuerte relación con un no dicho o "huella del texto" siempre dispuesto a ser convocado la *differance* de Derrida no es ni una palabra ni un concepto es una relación, una tensión entre lo que se

dice y entre lo que no se dice. Para Derrida siempre hay otra visión posible que no es lo uno ni lo otro sino lo uno y lo otro con un plus.

En terapia la deconstrucción no esta del lado de lo que dice o no dice el cliente y/o el terapeuta sino de la tensión entre ambos que hace surgir un tercero inédito. La historia diferente narrada por el equipo terapéutico no busca sustituir a la del cliente sino que permite el surgimiento de la *différance* entre ambas. La analogía del cliente como texto implica que no hay una historia única independiente en espera de ser leída, sino de que cada interacción nueva genera otra lectura inédita. El texto resultante es el resultado de la co-construcción terapeuta-cliente. El terapeuta es un maestro en el arte de la conversación, es un lector bienintencionado. Las conversaciones terapéuticas pueden ser de contenido o de proceso. Toda conversación es un discurso diferente que surge de la interacción de un individuo con otro. La reflexión es la capacidad de todo sistema de significación de volverse sobre si mismo, de convertirse en su propio objeto refiriéndose a si mismo. El objetivo de la terapia es apartarse del propio discurso en el que se participo inicialmente y contemplarlo desde otra perspectiva. La terapia es oírse distinto por estar en otro lugar.

NARRATIVIDAD. En un inicio, las sociedades modernas tenían sus relatos de legitimización, pero no podemos olvidar que lo posmoderno surge por decepción, se perdió la confianza en esos relatos ya que la realidad los contradice. No se puede legitimizar el futuro porque el sentido esta fragmentado. Así que se propone el fin de la historia, porque lo nuevo como categoría desaparece. La modernidad puede estar muerta, agotada o inacabada; no importa. Pero lo narrativo trasciende la visión moderna que lo asimila a lo literario, porque para el posmodernismo es una forma de discursividad. Lo posmoderno es una discursividad y no una temporalidad, de hecho las cosas ya no se pueden ver como antes.

NARRACIONES POSMODERNAS. En todas las diferentes áreas de experiencia se están produciendo textos de espíritu posmoderno, nuevas narraciones que son menos unitarias que las modernas. De los grandes relatos se pasa a los pequeños relatos cada uno debe escribir la narrativa que lo legitime. Los pensadores posmodernos son más reflexivos y menos apegados a una corriente de pensamiento, su común denominador es la exploración, lo provisional, la interrogación y la autoreferencia. Poseen un lenguaje renovado que va en contra de la falta de imaginación y el conformismo.

Dichos textos no legitiman, sino que interrogan; no se orientan al futuro como punto de escape sino como posibilidad de diferencia. Estos textos constituyen una reescritura, no para ocultar sino para “per-elaborar”. Buscan una narratividad reflexiva y autoreferente; tratan de rescatar la experimentación que lo moderno perdió al entronizarse. Se resisten al simplismo (todo se vale, nada vale, todo es bueno), a los lemas; a los deseos de recrear una unidad.

LA REFLEXIVILIDAD. La actitud posmoderna esta plagada de dislocaciones, es una reacción a la multiplicidad cultural misma que se puede someter al barrido exploratorio. La imaginación posibilita la apertura del propio ser a la diferencia y la alteridad, superando así el ideal moderno de “no-ambivalencia” la actitud posmoderna consiste en sumergirse en la experiencia sin códigos ni explicaciones, tolerando la confusión y la ambigüedad, rechazando el control y la certeza. Las formas culturales y técnicas no son solo el marco, sino que son las fuentes en las que se constituyen la experiencia. Cuando el sujeto se disocia de los absolutos se descubre inmerso en un campo intersubjetivo. La extrañeza y

la conmoción abren la subjetividad a la diferencia y la alteridad. La subjetividad rebasa los límites de la piel, se apoya en los otros y en los objetos. Y todo esto puede abrir u obturar la reflexividad. La reflexividad es un medio para generar la experiencia que a su vez es un campo intersubjetivo de múltiples formulaciones reflexivas. Es central para el interjuego de la cultura y la identidad. La muerte del sujeto consiste en la aceptación de una identidad múltiple, fracturada, fragmentada.

MODELOS POSMODERNOS EN TERAPIA. En la década de los ochentas el campo de la terapia familiar presenta cambios significativos a raíz de la emergencia del posmodernismo. El movimiento posmoderno dentro de la psicología sienta sus bases en la hermenéutica con autores tales como Gadamer, Heidegger, Paul Ricoeur etc. También se le conoce a este cambio como movimiento narrativo o como psicología interpretativa ya que las ideas posmodernas, se originaron en los grupos de expertos que trabajaban en los campos de la semiótica y crítica literaria.

Algunos terapeutas familiares, por ejemplo, Lynn Hoffman, Harlen Anderson y Harry Goolishian, decepcionados por lo que ellos consideraban un acartonamiento de su práctica desertaron de las filas de la epistemología cibernética y se pasaron a las de la hermenéutica. Hacen una crítica al paradigma cibernético ya que para ellos con sus metáforas mecánicas, provoca que se pierda la experiencia misma de la terapia. El ser humano más que una máquina de procesamiento de información es un generador de significado. Dejan de concebir a las familias como sistemas automantenidos y los comienzan a considerar como sistemas generadores de significado.

También se da un retorno a Bateson, quien “ya era posmoderno sin saberlo” cuando sostiene por primera vez que el ser humano percibe su entorno en función de las diferencias. La unidad elemental de información es una diferencia que hace una diferencia y una diferencia a lo largo del tiempo es un cambio.

Aparte de la metáfora narrativa, la epistemología posmoderna alimenta el construccionismo social que es una escuela muy cercana al constructivismo y que enfatiza el poder de las interacciones. Los conceptos o recuerdos surgen del intercambio social entre las personas y son mediatizados por el lenguaje. El conocimiento se da y evoluciona en el ámbito del mundo común y corriente, la conversación genera identidad. El construccionismo critica la noción de verdad única, el yo como realidad interna irreductible. La identidad más bien se construye socialmente por flujos temporales que se comprenden en el devenir cotidiano, de manera ecológica y social. Los sistemas además evolucionan con un margen de azar que determina el desarrollo futuro, es decir, no hay certezas últimas

Entre las características generales que comparten las terapias posmodernas podemos considerar las siguientes: Asumen que toda comprensión es siempre una interpretación y que no hay forma de no interpretar. Consideran que la sociedad está estructurada lingüísticamente, que el lenguaje hace al mundo y al sujeto y que por lo tanto las personas dan sentido a su experiencia mediante formas discursivas. Por tanto, la narrativa es vehículo para el significado. Debido a que el ser se estructura a través del tiempo, el diálogo, que es una discursividad resulta determinante en la construcción de las narrativas.

La relación terapéutica se concibe como un encuentro conversacional donde la figura del “experto” desaparece y es sustituida por una posición terapéutica basada en la

curiosidad; en el no saber; en la extrañeza; en la disposición a la sorpresa. El terapeuta se convierte en un aventurero que se interna en múltiples mundos posibles, lo obvio deviene en espacio de explicación. Se asume que no hay verdades sociales sino relatos acerca del mundo. La terapia abordará la complejidad, la multiplicidad, la interconexión; ira del hecho a la perspectiva

Se concibe al sistema terapéutico como un sistema de organización del problema y de disolución del problema; a la terapia como un hecho lingüístico, como una conversación terapéutica a través del diálogo en intercambio de doble vía; al Observador como un co-constructor de realidades compartidas; y al cambio como una creación dialogal de la nueva narración, como una apertura de oportunidad para volver a relatar y crear así un nuevo significado. La visión histórica-determinista cede ante una perspectiva de libertad, de capacidad, de elección, enfocada al futuro. Los viejos conceptos patológicos de crisis, problemas, desórdenes, etc. se reconceptualizan como campos de posibilidad.

CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

POSTURAS ANTE LA REPRESENTACIÓN MENTAL. En la actualidad existen dos corrientes emparentadas de pensamiento crítico-filosófico, sin las cuales sería prácticamente imposible explicar los más recientes desarrollos de la terapia familiar. Estas dos corrientes son el constructivismo y el construccionismo social. Estas dos posturas nos llevan necesariamente a cuestionarnos sobre la naturaleza de la representación mental.

La postura racionalista, sostiene que la mente humana es principalmente pasiva ya que desarrolla copias internas válidas del mundo exterior con el fin de que guíen su conducta y su emoción a través del recuerdo. Esta postura sostiene una teoría de la correspondencia, es decir, que para cada representación mental hay una cosa en él mundo en la cual se originó. Además, en esta postura se apoya la división platónica-cartersiana entre la mente y la materia y la concepción de la mente como una caja negra con entradas (input) y salidas (output).

La postura constructivista en cambio, hace énfasis en la actividad conjunta de todos los procesos cognitivos. Para ella la mente es un sistema motor, donde lo sensorial también es una actividad motora de carácter constructivista. El sistema nervioso influye proactivamente en los patrones de percepción y acción a través de los mecanismos de retroalimentación positiva y retroalimentación negativa. (Watzlawick, 1998)

METATEORÍA CONSTRUCTIVISTA. La metateoría constructivista puede incluir tanto al constructivismo radical representado y defendido principalmente por Paul Watzlawick como al construccionismo social desarrollado por Kenneth Gergen.

El concepto de metateoría, es decir, el concepto de teorías emparentadas entre sí, que comparten afirmaciones y supuestos básicos, y que hemos usado a propósito de la Escuela de Palo Alto, se rebela como una herramienta muy útil que nos permite llevar con mesurabilidad a un campo donde una diversidad inmanente a su ser amenaza con dispersarlo más allá de cualquier posible desarrollo futuro. Si no se propone el concepto de metateoría, cualquier intento de desarrollar una postura constructivista /construccionista, estaría condenada a caer necesariamente en el solipsismo. Por otra parte, el concepto de metateoría, nos permite identificar cuáles son los puntos cruciales en los que la teoría se articula y la investigación se hace posible. Según Mahoney y col. (2000), las tres características que tienen en común las tradiciones que articulan la metateoría constructivista / construccionista, son las siguientes:

A) *La naturaleza proactiva del proceso cognitivo.* Esta característica resulta muy controvertida ya que se opone a una tradición milenaria, (más de 25 siglos), del pensamiento occidental que supone a la mente como un reflejo del mundo externo. Este supuesto, al que se le ha denominado realismo Metafísico, sostiene que lo verdadero tiene una realidad independiente y objetiva y aunque no hay acuerdo sobre lo que realmente existe, si hay un acuerdo al respecto de que lo Verdadero es lo Real. Si nos basamos en este supuesto tendremos que postular que: El Saber sólo lo es si permite conocer al mundo tal y como es (sólo hay saber de la Cosa en sí) y que Entre el Saber y lo Real hay una correspondencia (match) Icónica o gráfica. Dudar de este supuesto hace tambalear toda la posición positivista de la ciencia, y sin embargo, no deja de ser también, un punto candente dentro de la propia metateoría, ya que divide al campo.

Parece ser que desde la eclosión del modernismo, y posteriormente del posmodernismo, se dio un movimiento en dos vías; por una parte, al destronarse la credibilidad en la pretensión de alcanzar alguna el conocimiento objetivo, los sueños omnipotentes del hombre de conocer completamente la naturaleza, se desmoronaron; pero, cuando creíamos despedirnos del narcisismo de la especie, una lectura apresurada y equivocada de la proactividad del proceso cognitivo, podría llevarnos a una pretensión aún más ilusoria, el único límite de la realidad es el deseo del hombre.

Sin embargo, para redimensionar la naturaleza proactiva del proceso cognitivo hay que considerar que el conocimiento humano es: activo, anticipatorio y constructivo. En otras palabras que el ser humano es co-creador de las realidades a las que responde. Por otra parte no hay que olvidar que la función del dato es seleccionar o rechazar hipótesis, pero no darles validez. Los datos no justifican, ni fundamentan, pero eliminan las conjeturas poco viables. En ese sentido podemos decir que para la metateoría constructivista/construccionista, La ciencia no tiene que ser válida, es decir absoluta e irrefutable, sino viable.

B) *Estructura morfogenética nuclear.* A grandes rasgos, este punto señala algo que las primeras psicologías daban por sentado, que hay una estructura generativa y una estructura generada que conforman la individualidad del sujeto. De la misma manera, estas primeras aproximaciones, ya señalaban que la estructura generativa, asociada a la mismidad, es menos susceptible de cambio, y que la estructura generada, asociada al hacer, es más fácilmente modificable. Las posturas conductistas borraron la diferencia entre estructura generativa y estructura generada, volviendo la primera innecesaria en su sistema de aplicaciones. Esta enajenación del ser en el hacer, hizo que la pregunta por la ética en la psicología, se diluyera y que cuestiones como la responsabilidad, el crédito y la culpa, dejaran de tener sentido. La reintroducción de la estructura generativa y la estructura generada, vuelven a poner en discusión, las preguntas sobre la ética que la psicología conductual había borrado.

C) *Auto-organización del desarrollo.* La autoorganización del desarrollo implica que los sistemas humanos individuales pueden protegerse y perpetuar su integridad, a la vez que se desarrollan gracias a sus diferencias individuales. Ya que el sistema de conocimiento humano es un autoreferente que se organiza de modo complejo y su principal característica es la autoorganización. Es que podemos concluir que las realidades psicológicas son inherentemente privadas.

Podemos definir Autopoiético como la característica de aquel cuya organización propia definida como una red de relaciones, es una invariante funcional. Al respecto. Prigogine

(en Mahoney y col, 2000) propone que todo sistema que es rebasado, pasa por un estado de confusión que necesariamente lo llevara a una organización más compleja. Esto implica que el sistema atraviesa por una autoorganización espontánea en la que ciertos patrones dinámicos de intercambio de energía propician el surgimiento de estructuras que se perpetúan a sí mismas. La estabilidad surge aleatoriamente y se mantiene gracias a mecanismos recurrentes.

Obviamente, se pueden aplicar los mismos procesos tanto al conocimiento individual como al colectivo. Y en vista de que el conocimiento no es válido, sino viable, también podemos suponer que avanza por conjeturas y refutación. Los principios que regulan el avance del conocimiento, es la variación y la selección. Este punto que propone que el fin de una estructura es perpetuarse a sí misma, no puede sino invocar el fantasma teleológico de la psicología. Las psicologías humanistas han planteado que el fin del conocimiento es alcanzar su perfección; en cambio, desde la postura de la metateoría constructivista, el papel del conocimiento se circunscribe a ser el medio por el cual, la estructura generativa se sostiene. Es una manera de tender puentes con las interrogaciones teleológicas en biología. Manifestaciones tales como el sentido o el placer, sólo pueden ser vistos como epifenómenos de la inercia de una estructura por mantenerse y perpetuarse.

POSTURAS CONSTRUCTIVISTAS

Según Watzlawick, (1998), Estas comprenden tanto a los constructivistas radicales, afines al idealismo filosófico, para los cuales todo lo experimentado es autogenerado y recursivo a nivel organizmico”; como a los constructivistas críticos que defiende que el mundo externo interfiere claramente en las construcciones del organismo.

CONSTRUCTIVISMO RADICAL. El constructivismo radical renuncia de forma tajante a cualquier pretensión de existencia de una realidad ontológica. La experiencia es la piedra de toque de las ideas Nada se puede saber de lo real, lo único que conocemos es su frontera, es decir cuando se prueba falso. Y es que, No se puede saber lo que es verdadero porque no se puede comparar las percepciones con la Cosa en sí. Sólo se pueden comparar percepciones contra percepciones. Entre el saber y la realidad hay una adaptación o ajuste en el sentido funcional. El conocimiento no puede ser verdadero o falso sólo es útil o inútil; válido o inválido.

Entre los antecedentes del constructivismo radical tenemos a Giambattista Vico; a quien podemos considera como el primer constructivista cuando formula la siguiente máxima: *Verum Ipsum Facto*, es decir “sólo se puede saber de aquello que uno mismo construyó”. Posteriormente, en ese mismo sentido podremos leer en Kant, “La mente no crea leyes desde la naturaleza sino que al crearlas las impone”. (Watzlawick,1998)

El constructivismo radical sostiene que la inteligencia organiza el mundo mientras se está organizándose a sí misma. El hombre pensante es el único responsable de su pensamiento, el mundo en el que parecemos vivir lo debemos sólo a nosotros mismos. De lo cual se pueden inferir las operaciones por las cuales construimos el mundo y eso puede hacerlo diferente. El conocimiento no es pasivo, se origina en un sujeto activo, surge en una conciencia que tiende a un fin y por lo tanto todo saber es saber de la experiencia y no de lo Real. Lo anterior lo ilustra bellamente Vico cuando sostiene que, “El conocimiento es el esfuerzo por hacer corresponder las cosas las unas a las otras en bellas proporciones”. Gracias a que el mundo es construido es estable. No hay *a-prioris* mentales, estos se construyen a partir de la repetición la constancia y la regularidad,

características que constituyen a la experiencia. Primero se construyen los objetos responsables de la identidad y luego sus propiedades, es decir sus relaciones, tanto de diferencia como de *igualdad*

Los juicios nos ayudan a construir el mundo, estos pueden ser de semejanza cuando se considera que:

a) hay dos objetos separados pero iguales, (Semejanza sincrónica)

b) hay un mismo objeto que no ha cambiado en el tiempo, (Semejanza diacrónica)

O de diferencia cuando:

a) hay dos objetos separados y diferentes, (Diferencia sincrónica)

b) hay un mismo objeto que ha cambiado en el tiempo, (Diferencia diacrónica)

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL. Para comprender al construccionismo social hay que considerar primero que durante la segunda mitad del siglo XX se desarrollaron tres principales formas de críticas a la objetividad científica. Críticas que nos sirven como contexto para ubicar este saber ya que de alguna forma lo constituyen.

a) La crítica ideológica. Sostiene que existe una fuerte relación entre la ciencia y los valores morales. La ciencia se construye sobre sesgos valorativos de las nociones de verdad y razón. Las verdades científicas no son neutrales ni objetivas. La ciencia continúa la política. Sin embargo esta aproximación, esta forma de crítica no ofrece por sí misma ninguna posibilidad de construcción.

b) La crítica literario-retórica. De carácter estructuralista y Postestructuralista, argumenta que los *a-prioris mentales*, no son cognitivos, sino lingüísticos y la metáfora es un ejemplo de ellos. Los hechos no legitiman el paradigma dominante, mas bien, el paradigma dominante es el que define lo que es un hecho. Paradójicamente aunque la ciencia busca el contenido, se funda en lo retórico. Al no haber mas saber que el intertextual no se puede escapar del texto

c) La crítica social. Derivada de los resultados de la sociología del conocimiento, propone que el conocimiento es algo cultural e históricamente contingente. Así según Kuhn (en Gergen, 1994), los cambios de paradigma no acercan más a la verdad. Afortunadamente esta forma de crítica puede articular de forma constructiva las otras dos.

Así, mientras que para el empirismo lógico, que sostiene a la vieja científicidad, el significado de una proposición depende de su capacidad para ser verificada vía observación, a partir del posmodernismo sabemos que el lenguaje no puede conocer objetivamente la realidad. En palabras de Popper (en Gergen, 1994) "No hay relación entre el contexto de descubrimiento y el contexto de justificación". No hay relación necesaria entre el lenguaje descriptivo y el mundo. En consecuencia el construccionismo social renuncia a las pretensiones de tener fundamentos racionales para la ciencia; de alcanzar la objetividad; de desarrollar y validar el individualismo; de alcanzar la Verdad; de tener la posibilidad de realizar investigación no sesgada y de alcanzar el progreso científico. Entre sus premisas tenemos que: la naturaleza del conocimiento radica en la conexión social; el lenguaje que debe preservar el saber es elusivo; Es decir, no ofrece fundamento claro para una ciencia alternativa. Por el contrario implica cierta duda existencial, ambigüedad continua e inclusive una tolerancia gelatinosa. Significa esto que el construccionismo social significa la muerte de la ciencia.

SUPUESTOS PARA UNA CIENCIA DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL. A la par del construccionismo social podemos sostener que los términos que dan cuenta del mundo no están estipulados por este. Al contrario, estos términos son artefactos sociales productos de intercambios situados histórica y culturalmente. Un dar cuenta del mundo se sostiene por el proceso social y no por su objetividad. La significación del lenguaje se da dentro de las pautas de relación y al evaluar un discurso, se evalúan las pautas culturales tomando en cuenta otros contextos culturales. Gracias a esta postura podemos analizar y desafiar realidades y abrirnos a la innovación. La ciencia construccionista es una ciencia local, relativa crítica y comprometida con la realidad social. En resumen, podemos decir que la ciencia construccionista considera que; la mente y mundo no tienen estatuto ontológico; No es monista ni dualista sino agnóstica; y por último que No se enfoca en el individuo sino en la practica social (Gergen, 1994)

CRITICAS AL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL. Debido a la proliferación de concepciones erróneas con respecto al construccionismo social, tal vez la mejor manera de abordar la pregunta “qué es el construccionismo social” sea a través del arduo camino que nos llevará a aclarar dichas concepciones erróneas. Analicemos pues algunas de las críticas más frecuentes que se le hacen.

Critica 1: ¿es novedoso? Según el mismo construccionismo social, es absurdo plantear un origen único e individual para una idea. Si es novedoso o no es algo que no es relevante. Sin embargo es una actitud sana señalar que guarda relación con:

- a) Constructivismo psicológico (Piaget)
- b) Alternativismo Constructivo (Kelly)
- c) Constructivismo Radical (vonn Glasersfeld)
- d) Constructivismo Social (Vigotsky)

Critica 2: ¿niega la experiencia personal? Cuando comúnmente se habla de experiencia, no se aclara que tipo de afirmaciones se hacen. Si bien las emociones, el pensamiento racional, los motivos, los rasgos de personalidad las intenciones, la memoria, pierden su fundamento ontológico. Es más útil hablar de “discurso sobre la experiencia”

Critica 3: ¿existe lo real? Para el construccionismo social, Lo real y la realidad son ámbitos diferentes. El construccionismo social es ontológicamente mudo, es decir calla sobre lo real. Al abordar “lo que esta afuera” se inicia el proceso de construcción social mediante el lenguaje

Critica 4: ¿escepticismo incoherente? Si el construccionismo social, *postula que no hay Verdad*, ¿sobre que base se afirma que no hay Verdad, si La Construcción social es en si misma construcción social? Podemos decir que ninguna teoría garantiza su validez sin falsearse. El construccionismo social no le preocupa ser verdadero pero esto no significa que no este comprometido. Ya que lo que busca no es la Verdad sino brindar inteligibilidad.

Critica 5: ¿moralmente vacuo? ¿El construccionismo social lo tolera todo?. Los textos construccionistas son inherentemente porosos. La moral es local, por lo que solo se toma postura ante diversas moralidades y no ante Lo Moral como absoluto. Sin embargo siempre hay que considerar que no se puede abandonar los propios referentes. En este sentido su aportación en el campo de lo morar consiste en haber abierto el dialogo al respecto.

Critica 6: ¿relativismo conceptual? Se dice que: “Solo se puede comparar diferentes puntos de vista si existe un sistema común, por lo tanto, al no haberlo, el pensamiento esta condenado al solipsismo”. Entonces: “Si el construccionismo fuera cierto no había conmesurabilidad”. Pero se puede argumentar que todo acto de conmensurabilidad es una construcción local y que no hay epistemología universal.

Critica 7: ¿progreso científico? ¿Se puede afirmar que una teoría es mejor que otra? los enunciados científicos se evalúan según su correspondencia performativa con la practica social. Las mejores enunciaciones científicas son las que permiten coordinar mejor las acciones y tienen valor predictivo. En la fase de ciencia normal la teoría coordina la pragmática. Las fases de ciencia crítica y transformacional abren nuevos campos de realidad y así aumenta la capacidad predictiva.

PREMISAS DE UNA TERAPIA FAMILIAR CON ORIENTACIÓN CONSTRUCCIONISTA. En terapia familiar los nuevos enfoques no conservan su encanto y el terapeuta esta en búsqueda continua. La epistemología construccionista es rica pero las indicaciones que le da al clínico son pobres y vagas por lo que el clínico opta por opciones que le ayuden a hacer. El construccionismo no es una nueva forma de terapia sino un marco diferente para comprender la relación terapéutica. Busca describir lo que se hace en terapia y no prescribir lo que se tiene que hacer.

CONSTRUCCIONISMO EN TERAPIA FAMILIAR. Las prácticas de algunos terapeutas construccionistas se originan y justifican en otros contextos pero son coherentes con el pensamiento construccionista. Estas practicas suelen ser: la antidirectividad; celebración del azar; pretensión de neutralidad; interrogatorio circular; interrogatorio reflexivo y la eliminación de las jerarquías Hay que evitar el triunfo de la técnica sobre el contenido. La terapia construccionista, mas que un hacer diferente, es un pensar diferente. Busca legitimar la exposición franca de lo que somos y hacemos. No se prohíbe tener ni expresar preferencias y opiniones. No es que todo valga, sino que se trata de relativizar lo que damos por verdadero y responsabilizarnos de lo que opinamos. El dialogo solo surge con las construcciones locales, por que en la “neutralidad” no puede surgir.

¿PARA QUÉ LA TERAPIA FAMILIAR? Antes que nada hay que considerar que se hace porque el cliente quiere y no porque se le preescribe. Es una forma de educación que se vale del lenguaje para reescribir la vida. Los criterios de logro se fundan en una tradición y en el lenguaje. El terapeuta actúa de forma ortogonal y por eso es importante la riqueza de construcciones.

VITTORIO GUIDANO. Guidano es un ejemplo de los terapeutas construccionistas, ya que sostiene que los organismos tienen una propiedad autorreferencial, lo que significa que el observador es parte integrante de lo que observa. Para él, el conocimiento refleja las estructuras del organismo que está conociendo, mucho más que la estructura de lo real. El observador, ya no tiene una posición de privilegio y consecuentemente el terapeuta ya no es depositario de la verdad. La realidad se refiere a la serie de procesos que ocurren a muchos niveles, diferentes unos de otros, simultáneos, más no subordinados unos a otros y constituyen una red de procesos. El orden y regularidad en las cosas y en nosotros mismos, son producto de nuestra interacción con lo externo y con nosotros mismos, no son más que nuestras propias construcciones. Toda explicación es siempre de la experiencia de vida, ya que no podemos salirnos de nuestra experiencia. Para él, el objetivo de la terapia es aumentar el conocimiento que el paciente tiene de sus reglas de funcionamiento, de su "conciencia de sí mismo", para así reorganizar su experiencia

personal. En la intervención terapéutica, sólo los pensamientos pueden cambiar pensamientos; sólo las emociones pueden cambiar emociones. El cambio a nivel emocional implica el que la persona experimente en la situación terapéutica nuevas tonalidades o instancias emotivas que tendrán que ser elaboradas y procesadas al interior de la autopercepción originaria con que se trabaje. La discrepancia es la que permite la reorganización, siempre y cuando no se da una confrontación abierta y patológica con el terapeuta.

XII. EXPOSICIÓN

“DESDE EL LEJANO NORTE Y EL RECONDITO SUR” Ó LOS ENFOQUES POSMODERNOS

LA TERAPIA NARRATIVA

EL CAMBIO EN LA TERAPIA FAMILIAR. A fines de los años setenta, en el campo de la terapia familiar, se opera un cambio fundamental que llevará a replantear mucho de lo que se daba por supuesto tanto en la teoría como en la práctica. La epistemología basada en la primera ciencia cibernética, misma que surgió en las conferencias Macy, comienza a resultar insuficiente para abordar la problemática de los clientes y para satisfacer la curiosidad de los terapeutas. Con el advenimiento del posmodernismo; de la segunda cibernética de Maruyama y Prigogine; del postestructuralismo francés; de la metateoría constructivista, se empieza a fundar una nueva epistemología para la práctica de la terapia familiar, una epistemología que estará basada en la idea de que las relaciones humanas surgen por medio de relatos producidos socialmente.

En un principio, en la antigua epistemología, la inclusión de la idea de poder y de control en terapia deriva de la metáfora que explica a la interacción familiar como un juego. A raíz de la nueva epistemología se comienza a plantear que, si bien en la familia hay juegos de poder, los miembros de la familia no están juntos para ganar o para derrotarse mutuamente, sino para poder explicarse unos a otros a través de sus relatos. Con la renuncia a la “metáfora-juego” empieza a surgir una postura relativa y una actitud reflexiva en terapia y la hipótesis terapéutica no será más una “Verdad” sino un poderoso medio de crear repercusiones en la familia, un medio para negociar y co-construir significados

PENSAMIENTO CIENTÍFICO VS. PENSAMIENTO NARRATIVO. Mientras que en el pensamiento científico el lenguaje es absoluto, formalizado y unívoco, existe atemporalidad, se excluye al observador de lo observado y la experiencia personal es eliminada porque las personas son escenarios pasivos del saber absoluto. En el pensamiento narrativo las personas son agentes activos; la experiencia personal es fundamental ya que se integra al observador con lo observado y hay un desarrollo temporal de los acontecimientos, por ende el lenguaje es parcial, coloquial y múltiple para reflejar mejor esta realidad.

TERAPIA Y METÁFORA NARRATIVA. Una terapia de merito literario ayuda a las personas a ser autoras de su propia historia y da máxima importancia a las vivencias de las personas. Así, aporta una percepción de un mundo cambiante y en constante evolución. Al genera perspectivas múltiples y estimular el uso del lenguaje coloquial termina adoptando una postura reflexiva que fomenta el sentido de autoría y de pertenencia de la experiencia.

KARL TOMM. Entre los muchos libros que se han escrito sobre la terapia familiar con enfoque narrativo, una gran cantidad de ellos han sido prologados por Karl Tomm, psiquiatra de la Universidad de Calgary en Canadá, esto no puede ser un hecho fortuito ni gratuito. ¿Qué papel juega Karl Tomm dentro de la terapia narrativa?, para saberlo, es

preciso hacer una breve revisión de su obra. Karl Tomm, en función del cambio introducido por la segunda cibernética, opera una distinción en el campo de la terapia familiar. Así, llamará "terapeutas de primer orden" a aquellos que fueron influidos por las primeras ideas cibernéticas y "terapeutas de segundo orden" a aquellos que inspiraron su proceder precisamente por la segunda cibernética. En este mismo sentido, hablará de modelos de primer orden (estructural, estratégico terapia breve) y de segundo orden (Milán y soluciones). Tomm, al igual que Lynn Hoffman, en un principio, es influenciado por el trabajo de los "terapeutas de primer orden", y el mismo desarrolló su propio modelo de primer orden, que denominaba "diagramación de patrones circulares".

Tomm cambió de perspectiva cuando el padre de una familia una familia que él trataba se suicida sin que Tomm pudiera impedirlo. A raíz de esto, se acerca a la escuela de Milán y empieza a preguntarse por él cómo influir en los factores macrosociales antes que en los microsociales, opción que él considera más éticamente justificable.

Así desarrolla el "*interrogatorio circular*", mismo que comparte con Milán, y el cual concibe como un intercambio continuo entre el cambio que experimenta el terapeuta y el cambio que experimenta la familia; Este modelo le permite conceptualizar a la terapia como un movimiento constante entre intervenir y obtener información.

Tomm le da importancia al lenguaje y al significado. Se preocupa por cómo las estructuras de poder; la justicia social y la influencia social, afectan tanto a la familia como al terapeuta, al cual considera como un sujeto altamente vulnerable, muy susceptible de caer en las dinámicas de poder; con un gran riesgo de entrar en colusión con él. Por lo tanto, subraya la importancia de no negar ninguna forma de responsabilidad en terapia.

Tomm insiste en que hay que trabajar con la responsabilidad que cada uno tiene en la perpetuación de los mecanismos de poder. De esta manera, se propone respetar la palabra y el *timing* de la gente y no perpetuar los patrones de dominación que los han sometido. Es este pensamiento y esta postura ética lo que, como se vera más adelante, lo acerca a la terapia narrativa

SURGIMIENTO DE LA TERAPIA NARRATIVA. Inicia en Dulwich Australia gracias al trabajo de Michel White y David Epston. Michael White, quien actualmente vive en Adelaid, Australia del sur fue una notable influencia para Karl Tomm. A fines de los setentas, cuando está aconteciendo el cambio general dentro de la terapia familiar, White comienza a considerar que el pensamiento de Gregory Bateson, a pesar de su importancia, sólo ha ocupado un pequeño espacio dentro de los modelos terapéuticos sistémicos. Para subsanar esta carencia opera un retorno a Bateson y hace su propia interpretación de él. De esta forma su trabajo estará fuertemente influenciado por el pensamiento y los escritos del sabio ingles.

A la par que manifiesta un gran interés en la epistemología, también integra en su lectura de la terapia familiar, el pensamiento de Michael Foucault, mismo que le sirve de teoría crítica para plantear diferente, es decir, desde otra perspectiva que no sea la de la "metáfora- juego", el eje del poder dentro de la sociedad y la familia. De hecho la terapia narrativa toma al mismo tiempo de Foucault y Bateson a la "metáfora narrativa" como una forma de explicar lo que pasa dentro de ella. Dicha metáfora le permite a la terapia familiar narrativa conceptualizar a los problemas como historias relatadas por la misma gente que reflejan las prácticas culturales opresivas responsables de su sufrimiento. Que

la vida sea un relato significa que el ser humano es interpretativo y tiene una dimensión temporal. En vista de esto último también podemos asegurar que la terapia narrativa también tiene un trasfondo construccionista social. En ella, no hay lugar para la simpleza ni para el relativismo moral. Rechaza la práctica de la terapia si esta es concebida como una forma de dominación. En vista de que toda interacción terapéutica implica cuestiones de poder, Para la terapia narrativa toda practica terapéutica deberá, de forma explícita y contundente, cuestionar y desarmar los mecanismos del poder que operan en ella.

White no cree que baste con analizar la pauta comunicacional para abordar el problema. Tampoco cree que esté cumpla una función en la familia. Por el contrario, sostiene que la familia se encuentra oprimida y dominada por sus problemas, así que se enfoca en la exploración del efecto recíproco que hay entre la familia y el problema a la vez que trata de encontrar, explorar y ampliar lo que él llama "respuestas únicas", es decir, aquellos momentos en que la familia no es dominada por los problemas. White no se preocupa tanto por el cómo surgieron los problemas, más bien, plantea que la gente que tiene un problema desarrolla descripciones de su vida que están "saturadas del problema" y a la larga, es esta historia de fallos la que termina dominando a la familia. Así, la labor de la terapia consiste en localizar, generar y permitir renacer historias alternativas que ofrecen visiones diferentes de uno mismo y de las relaciones que uno tiene con el problema. Para conseguir esto, hay que seguir una serie de pasos que permitan que surja una nueva historia en la cual, es la gente y no el problema, la que tienen el papel protagónico.

White se apoya en el interrogatorio circular de Tomm, y pregunta sin predisposición alguna, buscando enfocar a la familia a nivel relacional. Por otra parte, White no cree que toda historia alternativa sea igual de válida, puesto que se preocupa por el poder y las luchas que la familia entabla para conseguir poder sobre el problema, considera que hay historias que perpetúan el *status quo* y otras que fomentan la liberación.

Aunque White propone un método deconstructivo, confiesa no comprender muy bien, y por lo tanto no aplicar exactamente el concepto Derridiano de "deconstrucción". Para él, "deconstruir" consiste en subvertir realidades y prácticas comunes que se dan por descontadas, volviendo exótico lo doméstico y hacer así evidente, los procesos de dominación. Para aplicar la deconstrucción, que siempre se refiere al conocimiento, White utiliza la metáfora narrativa, que propone que las historias son modeladoras de la vida, tienen efectos reales, y al ser las narrativas ambiguas, pueden utilizarse para provocar efectos de dominación o efectos de liberación. En su análisis deconstructivo, White relaciona las prácticas de poder y las prácticas de saber; las técnicas de poder y las técnicas de saber, así como distingue entre un poder constitutivo, que para ser breves, diremos que organiza lo simbólico, y un poder local, que administra la ilegalidad.

IMPLICACIÓN DE FOUCAULT EN LA TERAPIA NARRATIVA. Gracias a Foucault, la analogía textual nos permite estudiar la acción y los efectos del poder positivo sobre la vida y las relaciones de las personas. También, gracias a Foucault, la terapia narrativa puede sostener que cuestionar el cientificismo de las ciencias humanas implica apartarse de los conocimientos unitarios y cuestionar las técnicas de poder para permitir que resurjan los conocimientos subyugados mismos que pueden ser tanto eruditos como locales. Las narraciones dominantes están influenciadas por los discursos de verdad y a través de las técnicas de poder se ejercen efectos en la vida de las personas. No se puede escapar del

poder, por lo tanto, un dominio de conocimiento lo será también de poder y en consecuencia las “Verdades” institucionalizadas serán normalizadoras.

El poder constitutivo es descentrado y no admitido, penetra en la vida de las personas y las modela en niveles profundos. Las practicas de poder constituyen al sujeto moderno y representan el arte de gobernar a las personas. Deconstruir las permite contrarrestarlas; la externalización las hace ajenas. Las técnicas de poder inducen a las personas a colaborar en su propio sometimiento ya que obran en relación a ciertas normas dadas como “verdades”. Las técnicas de lenguaje aseguran un lugar de “verdad” al saber profesional proceden ocultando el lugar de producción de dicho saber y suspendiendo la interrogación ética del mismo. La labor terapéutica colabora a deconstruir ese saber experto.

LA NARRACIÓN COMO MODELO. La metáfora narrativa permite incluir la dimensión temporal y el significado en la terapia. Lo que determina el comportamiento es el significado atribuido por uno mismo y los otros a los actos. Así, el sistema no requiere al problema, es como si tuviera su “vida propia”. La respuesta a las exigencias del problema generan el sistema de apoyo a la vida del problema. La externalización del problema ayuda a apartarse de las descripciones saturadas por el problema.

LA ANALOGÍA CON EL TEXTO. Según el enfoque interpretativo el conocimiento se construye por analogías. Entre las otras analogías posibles para la terapia tenemos a las ciencias: físicas, biológicas y sociales (el juego, el drama y el rito). Cada una de estas metáforas implica ciertas formas de percibir el campo terapéutico lo que trae consigo ciertas ventajas y desventajas.

Pero, según la analogía textual, usada por la terapia narrativa podemos sostener que, los problemas son historias dominantes, y las soluciones son espacios para elaborar nuevas historias y que el significado se prolonga en el tiempo. Cada persona organiza su experiencia como una auto narración, la interpretación de los elementos actuales esta determinada por el presente y el futuro. El relato de la experiencia determina el significado. La interacción de las personas se concibe como de lectores ante un texto y la evolución de la vida como re-escritura. Como una narración no puede abarcar toda la riqueza de la experiencia existe un relato dominante y posibilidades de relatos alternativos. El relato o la narración es el contexto en el cual se produce la significación. Las historias están determinadas por los conceptos culturales dominantes. El impulso a significar inicia en la intención de integrar las contradicciones de la experiencia. La estructura narrativa esta compuesta por: un panorama de acción y un panorama de conciencia

TEXTO Y TERAPIA. El cliente acude a terapia cuando las narraciones dominantes que relata, ya sea desde si mismos o desde otros, no representan adecuadamente sus vivencias. Hay aspectos significativos de la experiencia que contradicen las narraciones dominantes, mismas que denominaremos “acontecimientos extraordinarios”. Un acontecimiento extraordinario es toda experiencia que cae fuera del relato dominante y que no se puede incorporar a ella por eso se le relega, pero que de ser usados pueden ser núcleos nuevos para desarrollar historias alternativas. Los acontecimientos extraordinarios se identifican mediante la externalización. Así, La terapia busca que el cliente genere relatos alternativos a partir de acontecimientos extraordinarios, relatos con nuevos significados, más útiles, más satisfactorios y con un final abierto. La posibilidad de reescribir la vida, es lo que le da a la terapia un merito literario.

INTERVENCIONES. El esquema básico del proceder narrativo es el siguiente: Primero se externaliza el problema y luego se ve la influencia de este en las personas y la de estas en el problema. Se dota a los acontecimientos extraordinarios de significados mediante la reescritura. Para mantener los relatos alternativos se utilizan escritos y presentación a otros

PREMISAS DE LA INTERVENCIÓN. La terapia narrativa no esta orientada a objetivos sino a posibilidades. Sostiene que no hay posibilidad de intervención sin conocimiento y comprensión de la vivencia del cliente. Para alcanzar dicho conocimiento propone el uso de conversaciones externalizadoras, mismas que buscan indagar como el problema afecta la vida y las relaciones de las personas. La conversación externalizadora es una forma de deconstrucción. En cambio, una conversación internalizadora sostiene que el problema representa la identidad de la persona.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. Para la terapia narrativa el problema no está constituido por las relaciones, ni por las personas sino que el problema sólo es el problema en si. La relación de las personas con el problema son las que se convierten en el problema. El problema para sobrevivir depende de sus efectos (sistema de vida del problema). No es posible definir los efectos del problema antes de hablar con las personas afectadas. No hay que generalizar sino particularizar. Con las preguntas de influencia relativa se ayuda al constante fluir de la definición del problema. Ante preguntas concretas es útil construir definiciones más generales, y hay que dar paso de las definiciones expertas descontextualizantes a las definiciones alternativas próximas a la experiencia. Una definición mutuamente aceptable es aquella en la cual los miembros están de acuerdo y pueden colaborar.

EXTERNALIZACIÓN. La externalización es una forma de abordaje terapéutico que insta a cosificar y a personificar los problemas que oprimen a la gente. La externalización es una contra práctica de la cosificación y subyugación. Se inició en el trabajo con niños donde la persistencia del problema termina por confirma supuestas características personales y relacionales negativas del menor deteniendo así su inserción social, es decir, la persistencia del problema termina etiquetando al niño lo cual paradójicamente impide cualquier mejoría posterior.

En otras palabras, la externalización sirve para evitar los efectos perniciosos de la etiquetación, tanto en uno mismo como en los otros. Mediante la externalización el problema se convierte en una entidad separada y externa a la persona que lo padece, y por lo tanto, es considerado menos constante y restrictivo abriéndose así las posibilidades de mejoría.

La descripción saturada del problema constituye el relato dominante de la vida familiar. La externalización permite una perspectiva no saturada del problema y el desarrollo de una nueva y atractiva historia alternativa de vida. Se descubren acontecimientos extraordinarios, hechos ignorados pero significativos que contradicen los relatos dominantes, y serán futuros núcleos de las historias alternativas. Se contemplan los relatos, redescripciones y posibilidades extraordinarias. La externalización ayuda a disminuir las disputas estériles; combate la sensación de fracaso; facilita la unión contra el problema; abre nuevas posibilidades de diálogo y de acción y; permite encarar de forma eficaz y menos tensa las dificultades.

DECONSTRUCCIÓN. La deconstrucción tienen efectos profundos en la familia, como ya se menciono, la terapia narrativa no utiliza el término en el sentido estricto Derridiano pero si se trata de insertar ciertas prácticas terapéuticas dentro de su marco. Busca objetivar los problemas y externalizar las vivencias a través de un “contralenguaje” para identificar logros aislados que se utilizaran para construir historias alternativas. Consiste en la subversión de realidades y practicas que se dan por descontadas pero de las que se ignora su contexto de producción. La deconstrucción busca objetivar y hacer extrañas estas “verdades” fomentando la reapropiación del yo, es decir, hacer exótico lo domestico. Se puede deconstruir tanto el relato del yo como sus practicas, así también, son objetos de la deconstrucción, las practicas y los saberes de la cultura.

ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS. Sólo es necesario identificar uno para iniciar el proceso de construcción y se pueden identificar a través de la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema; en acontecimientos relacionados con la terapia; en acontecimientos que ocurren durante sesión y en posibles acontecimientos futuros. Se deben formular en función del cliente y no del terapeuta. Lo importante es la dirección y no el tamaño. Conforme se avanza en el proceso terapéutico se aumenta la responsabilidad ante el problema.

LAS PREGUNTAS EN NARRATIVAS. No son preguntas sobre historia sino que son preguntas que historizan y pueden actuar sobre: el panorama de acción, es decir, la experiencia; el panorama de conciencia, en otras palabras, las vivencias de la experiencia; y sobre las experiencias de experiencias, a saber, lo que los otros creen o imaginan sobre la vivencia personal. Las preguntas en narrativa pueden servir para:

- a) Construir significados. Si ayudan a rescribir la historia, a elaborar una nueva descripción del problema, o descripción externalizada del mismo.
- b) Rastrear la influencia relativa. Si ayudan a externalizar el problema ubicando a su vez:
 - 1) La influencia del problema sobre la vida de las personas (fáciles de responder, identifican la historia saturada del problema; la influencia de mas de una persona o relación; y ayudan a encontrar eventos extraordinarios).
 - 2) La influencia de la persona sobre la vida del problema (Son más difíciles de responder. Contradicen la descripción saturada del problema; identifican recursos y competencias No se trata de convencer sino de encontrar logros aislados)

Por otra parte, se pueden referir a:

- A) Logros aislados. Son percibidas al principio como extrañas porque incitan a reparar en lagunas del relato, pueden ser: directas o indirectas.
- B) Relativas a la explicación única. Instan a dar sentido al logro aislado. Lo localizan dentro de una pauta, un tiempo y un espacio, pueden ser: directas o indirectas.
- C) Relativas a la redescrición única. Dan significado a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante redescrición de las personas, pueden ser: directas o indirectas, referirse a la relación con si mismo o con los demás.
- D) Relativas a posibilidades únicas. Especulan sobre el futuro personal y de las relaciones, pueden ser: directas o indirectas, referirse

MEDIOS NARRATIVOS. Epston señala que hay dos formas de relato, la argumentación, que es silogística; y la narración que busca coherencia y sentido. Epston sostiene que la terapia se ha venido haciendo en el plano argumental y él busca que la nueva terapia se desarrolle en el plano narrativo. Por su parte, usa el poder de la palabra escrita en la

terapia. Este enfoque, lo denomina "medios narrativos" y consiste en el uso de cartas y otras intervenciones escritas para producir fines terapéuticos. Para él, al igual que para White, la terapia consiste en contar y volver a contar historias, no hay nada que impida que esta narratividad se exprese mediante la palabra escrita, por el contrario, tiene la ventaja de que le da materialidad. Incluir los escritos como una herramienta terapéutica permite: aumentar la capacidad del cliente y el terapeuta para retener y manejar información; organizar deliberadamente la experiencia e; incluir la dimensión temporal.

Los recursos narrativos son todas aquellas creaciones de inspiración literaria que pueden usarse en terapia como instrumentos reflexivos. Pueden ser (historias, documentos y dibujos). Las historias son un recurso narrativo importante ya que se puede: utilizar historias metafóricas; contar a la familia hechos similares a los que les acontece; elaborar historias con la familia y por supuesto elaborar historias para la familia.

DOCUMENTOS EN TERAPIA. Se suelen usar cartas, escritos y contra-documentos. Entre las cartas tenemos: *De invitación* y sirven para traer miembros de la familia a la terapia; *de despido*, para pedirle a alguien que ya no haga algo más; *de predicción*, que pronostican el futuro de una persona; *de contradicción*, que refutan un diagnóstico o una etiqueta; *de recomendación*, ayuda a una persona a sostener un punto de vista enfrente a otra; *de ocasiones especiales*; de reflexiones post sesión; para pedir ayuda para el terapeuta; cartas de no asistencia; para convocar a un público más amplio; para investigar influencias; para historiar; para desafiar las técnicas de poder; para encuentros fortuitos. Otra manera de usar las cartas, son como narrativas, en las cuales se les pide a las personas que pongan por escrito su propia historia en términos de logros personales. Entre los documentos tenemos: Biografías, diarios, transcripciones, historias, desafíos, relatorías de encuentros breves y de ocurrencias. Entre los contradocumentos tenemos: Certificados, diplomas, autocertificados y declaraciones

DIBUJOS EN TERAPIA. Los dibujos en terapia pueden ser elaborados por los pacientes y por los terapeutas. En el caso de niños los dibujos acompañan todo el proceso deconstructivo. En el caso de ser usados como intervenciones deben de ser sintéticos, sencillos, expresivos y contundentes. La intervención con dibujos deberá hacerse, al igual que el ritual, con mucha prudencia y con conocimiento profundo de la familia.

LOS RITUALES. Se pueden definir como "Una acción o serie de ellas acompañada de fórmulas verbales en las que se interviene en la familia en su conjunto. Secuencia regular de pasos dados en el lugar y momento oportunos" Es un sistema de intercomunicación simbólica entre los significados culturales y la acción social. Representan compromisos cíclicos para el individuo o la sociedad. Coordinan individuos, familias y comunidades en el tiempo para así crear o continuar la tradición. Su unidad mínima es el símbolo, dotan de carácter sagrado ocasiones especiales a través de creencias trascendentes. Poseen partes cerradas que brindan estructura y partes abiertas que se ajustan a los individuos. Dan significado amplio a las actividades con las que se asocian. Los símbolos brindan economía de expresión, unen diversos fenómenos, poseen significados múltiples y contradictorios, cuentan con un polo cognitivo y otro sensorial. Sus fases son: separación, transición y reintegración. Promueve la estabilidad grupal, da un marco seguro para resolver problemas y un espacio de transición entre lo nuevo y lo antiguo. Permite manejar sin eliminar las contradicciones fundamentales. Respaldan las transiciones. Apoyan y contienen las emociones fuertes.

RITUALES EN TERAPIA FAMILIAR. Consisten en una intervención terapéutica rápida y decisiva introducida por el grupo de Milán de carácter más analógico que digital. Se diseñan a partir de la familia, no del terapeuta, Coordinan intervenciones de contenido y proceso. Mantienen las contradicciones (cambio-no cambio). Contienen las emociones y permiten expresarlas aunque no sean en palabras. Conexión con la tradición. No están tan consolidados como los rituales naturales. Se exploran con preguntas orientadoras y reflexivas. Para usarlos en terapia, primero se debe evaluar la conducta ritual familiar que puede ser de: bajo nivel, rígida, sesgada, proceso interrumpido, vacía y flexible. Otros puntos importantes a evaluar son: a) Los aspectos familiares ritualizados, es decir, las celebraciones familiares, las tradiciones familiares, los rituales del ciclo vital y de la vida cotidiana. b) La conducta sintomática como ritual y c) La ritualización del proceso terapéutico.

LA TERAPIA REFLEXIVA

La terapia reflexiva es uno de los enfoques más jóvenes dentro de la terapia familiar sistémica. La tarea de comprenderlo resulta casi imposible si no se toma en cuenta su contexto de surgimiento. Noruega es el país donde primeramente ve la luz. Se puede asegurar que hay dos Noruegas. La Noruega del sur donde la vida es similar a la de Canadá y Europa y la Noruega del norte, que está más allá del círculo polar ártico, donde la vida ya no es tan sencilla. Noruega del norte está conformada por tres condados; Finmark, Norland y Tromsø, cuna del enfoque. En Noruega del norte los poblados están muy alejados unos de otros, hay dos meses de luz por dos meses de oscuridad, pero la gente está muy apegada a su tierra y la familia es muy importante para ellos.

En toda Noruega, el estado está a cargo de la atención en salud, siguiendo el mismo esquema de la organización territorial, a saber, atención a nivel comunal y atención a nivel condado. La salud mental, no se atiende a nivel comunal sino sólo a nivel condado a través de hospitales y clínicas de pacientes externos. Tom Andersen, fundador de la terapia reflexiva está adscrito al hospital psiquiátrico de Tromsø y desde antes del advenimiento de su enfoque consideraba que la salud mental debería atender a nivel comunitario. En 1974, junto con un grupo de colaboradores, comienza a leer a Haley, Minuchin y Watzlawick, reconoce pocos éxitos pero si un constante interés en las posibilidades abiertas. En 1978 a Andersen le ofrecen el cargo de profesor de psiquiatría social lo que le permite participar en un programa de formación en terapia sistémica y fundar el “grupo de los siete” que consistía en un grupo de colaboradores que trabajarían a nivel comunitario para impedir el internamiento de pacientes psiquiátricos. Sus esfuerzos logran una reducción del 40% de los internamientos. El grupo de los siete no trabaja en consultorios, sino como consultantes y su intervención sistémica incluye a los profesionales tratantes a nivel comunitario. Poco a poco Andersen se va alejando de los enfoques estructural, estratégico y breve y se va acercando más al enfoque de Milán, que subraya la importancia del proceso de entrevista por sobre las intervenciones. En enero de 1984 se fundan 2 grupos que prueban trabajar al estilo de Milán, pero observan que el entrevistador no transmite lo que piensa a la familia y que los miembros del equipo pelean por su idea pero no se oyen entre sí. Concluyen que sería provechoso que la familia los oyera trabajar.

Aunque Andersen consideraba provechoso que los clientes pudieran oír lo que el sistema terapéutico trabajaba, tardó casi tres años, siendo precisos en 1985, para decidirse a hacerlo. Un buen día tomó la decisión de invertir la dirección del espejo bidireccional y fue así como surgió el enfoque reflexivo.

IDEAS PRINCIPALES. El modelo se basa en las ideas del constructivismo social y construccionismo, enfocado sobre el examen de los contextos y significados. Como señalan Maturana y Varela, (en Andersen, 1994) La persona solo puede ser ella misma...pero cambia a lo largo del tiempo. Una persona es muchas personas y estas a su vez son una sola persona. Ante lo demasiado inusual se puede a) aislarse y permanecer o b) dejar pasar y desintegrarse. La terapia reflexiva, no se trata de reemplazar la historia del paciente con una "mejor", sino, de ser posible, agregar una alternativa a su historia. De Bülow-Hansen, fisioterapeuta colaborador de Andersen, este enfoque toma la distinción entre las tres variantes de diferencias que están en la base del cambio: a) usuales, que no implican cambios; b) demasiado inusuales, que terminan por bloquear al cambio; y c) apropiadamente inusuales, que provocan el cambio.

Así, este enfoque se basa en la suposición de que la tensión entre dos versiones de un suceso termina por generar el cambio en el sistema. Las conversaciones y las reflexiones pueden conducir al cliente a la generación de una nueva imagen de sí mismo que no sea demasiado diferente, pero sí lo suficiente como para hacer una diferencia en su vida. Con la terapia reflexiva, se espera que el relato del paciente cambie en alguna forma. En una conversación hay que observar el efecto de la intervención e ir lento. Ahora bien, Con respecto a la responsabilidad del sujeto ante su conducta señala que; la mayor responsabilidad del sujeto esta en lo que piensa y hace; que la responsabilidad nula esta en lo que piensan y dicen los otros; y que la responsabilidad parcial es para el sujeto que percibe y para los otros lo que ellos perciben. A partir de Heinz von Foerster, la terapia reflexiva propone que un sistema de información es aquel en donde dos o más entes modifican recíprocamente sus sistemas de percibir, pensar y actuar, que de hecho es lo que pasa en terapia. De Gregory Bateson, este enfoque conserva su observación de que "definir es establecer diferencias por lo que siempre hay mas de lo que se ve" y que "la unidad fundamental de información es una diferencia de una diferencia que implica cambio en el tiempo". En ese sentido, no hay definición correcta sino muchas definiciones formuladas a partir de múltiples puntuaciones distintas. El enfoque reflexivo, considera que el formular hipótesis, impide "ponerse a tono con la familia" ya que restringe las posibilidades de describir y explicar.

DESCRIBIR Y EXPLICAR. Todo significado es la suma de la definición más el componente personal que esta definiendo. Al describir, hago una selección y por lo tanto ella me incluye. Cualquier descripción o explicación depende del observador, por lo tanto, es igual de única y valida. En terapia se deben buscar todas las posibles explicaciones e indagar aún por lo no incluido. El establecimiento de relaciones comprende el sentir, el conocer y el actuar que constituyen el proceso interno, y el intercambio con otros, que constituyen el proceso externo.

CONVERSACIONES. Se puede decir que toda conversación es un intercambio de ideas, y por lo tanto una creación continúa de nuevos significados. Sin embargo, este no es un proceso sencillo, por el contrario, implica aspectos relacionales e intraindividuales irreductibles. En cada conversación observable hay por lo menos otras tres conversaciones teniendo lugar al mismo tiempo, a saber, dos conversaciones de tipo interior y la conversación externa propiamente dicha, que se entabla entre un sujeto y otro. Las conversaciones, como sostenía Bateson, son importantes fuentes de cambio si son lo suficientemente pausadas para permitirlo. En contraste, este enfoque define al problema como algo que uno no puede dejar de hacer o pensar, pero que uno considera que es importante llegar a cambiar. Un sistema de significado es un grupo de personas

conectadas alrededor de la idea de hacer algo en cierta situación. En este sentido podemos considerar que una familia es un sistema de significado. Cada persona tiene un significado diferente del problema y la única forma en que se pueden generar nuevos significados es intercambiándolos en la conversación. Cuando los significados son muy similares, la conversación no existe; cuando son muy diferentes, la conversación se detiene; Y si existen otros intereses, la conversación no genera nuevos significados.

La mejor manera de ayudar es escuchar lo que se dice en realidad. Cuando un cliente habla, hay que preguntarse por lo que es importante para él, es decir, hay que identificar sus aperturas hacia nuevos significados. La conversación entonces debe girar en torno a los significados de la familia y no en torno de los significados del terapeuta. En consecuencia, la mejor forma de ayudar, es haciendo las preguntas que no se han hecho; preguntas que se puedan responder de muchas maneras y cuyas respuestas terminen por generar nuevas preguntas. Sin embargo, el cambio no siempre es bueno ya que puede limitar al sujeto si es el resultado de restricciones externas. El cambio sólo será útil o evolutivo si tiene como resultado el ampliar las premisas del actuar del sujeto.

EL EQUIPO REFLEXIVO. En la forma de trabajo terapéutico donde se usa equipo reflexivo, los profesionales dejan de aparecer en una posición de superioridad ante el cliente (familia o individuo). La primera entrevista es de consulta, se señala en ella que la terapia es una solución posible entre otras muchas. Esta primera reunión se centra en intentar comprender los significados de la familia. No hay historias o hipótesis prefijadas. Antes de formular cualquier hipótesis clínica, más que discutir el contenido del problema, se debe dirigir al contexto de la reunión y mediante elaboración de preguntas circulares se debe estimular una posición reflexiva ante el problema. La primera entrevista se ve como un encuentro dialógico. Se pregunta inicialmente acerca del tema que al paciente le gustaría discutir, se puede comenzar a preguntar a la persona que hizo el contacto. En un momento de la entrevista, generalmente en la última parte, los observadores entablan un diálogo para comprender de que forma las personas crean sus descripciones y explicaciones y discuten acerca de sí habría otras explicaciones y descripciones no contempladas.

En el trabajo con equipos reflexivos, primero hay que configurar al equipo reflexivo entre los profesionales que desean trabajar con esta familia en particular. El entrevistador realiza preguntas iniciales para identificar quienes quieren conservar el sistema de problemas. Cada uno de los participantes puede elegir el tema a tratar, no hay restricciones al respecto, pero si hay que proceder palabra por palabra para identificar una apertura inicial, a partir de la que se formulen nuevas preguntas. Se recomienda no seguir aperturas incómodas para el entrevistador, sino sólo aquellas que generen curiosidad, ya que, las preguntas adecuadamente poco usuales son las que generan más aperturas.

Tanto la familia como los profesionales que normalmente le atienden son el sistema fijo. El sistema fijo, a su vez está compuesto por un equipo de entrevista y un equipo de ayuda. La familia y el entrevistador conforman el equipo de entrevista. El "sistema de ayuda" no es otro que el equipo reflexivo. El cliente, mientras pone atención al equipo reflexivo, debe estar en una posición de escucha, para que así reflexione sobre lo escuchado. Por otra parte, el equipo reflexivo ofrece la posibilidad de que, a medida que se le escucha, el equipo de entrevista se haga nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo, distinciones nuevas que posibiliten el cambio. El entrevistador no da consejos u

opiniones a la familia. Por su parte el equipo reflexivo escucha en silencio la conversación, se pregunta por otras configuraciones de sentido, la curiosidad es fundamental, pero no da instrucciones al equipo de entrevista. Posteriormente, si el equipo de entrevista lo permite, el equipo de entrevista presenta sus ideas. Luego el equipo de entrevista reflexiona sobre las reflexiones del equipo reflexivo. No hay versión final, objetiva u oficial. Sino sólo un ejercicio de la reflexión. El entrevistador siempre está con el sistema fijo, y escoge el mejor momento para que entre el equipo reflexivo. Los miembros del equipo reflexivo no interrumpen ni discuten atrás del espejo, por supuesto, no reflexionan sobre algo distinto a la conversación que se observó y evitan connotar negativamente lo escuchado.

Una vez que se presentan ante el sistema fijo, mientras discuten se ven a sí mismos y no al sistema fijo para no sacarlos de posición de escucha. En las reflexiones, se subraya el hecho de que hay muchas posibilidades, se utiliza un lenguaje tentativo y no técnico ni se pregunta si hay coincidencias. No se toca aquello que incomoda a la familia, y si la situación es difícil, el equipo de entrevista puede suspender al equipo reflexivo en cualquier momento. Cuando termina de hablar el equipo reflexivo, se espera el comentario de cada uno de los miembros del equipo de entrevista. Al final, se decide el destino del sistema amplio, si se disuelve si se vuelve a convocar, si cambia. Hay varias maneras de hacer "equipo reflexivo", si no se tiene un grupo de colaboradores. Por ejemplo, el terapeuta en cierto momento puede pensar en voz alta sin dirigirse directamente al paciente. O bien, puede trabajarse con un co-terapeuta que observa directamente la interacción del terapeuta y el paciente, etc.

PREGUNTAS. Estas pueden: describir actividades, explicarlas o explorar que pasaría si estas cambiaran. Se pueden realizar:

- Preguntas de descripciones: a) en comparación con b) en relación con c) diferentes de.
- Preguntas para sonsacar explicaciones.
- Preguntas sobre distintas conversaciones.
- Preguntas sobre descripciones y explicaciones alternativas: a) al futuro y b) situaciones hipotéticas.
- Preguntas circulares, que resultan útiles para el que está en posición reflexiva o de escucha.

XIII. PALABRAS FINALES.

El pensamiento sistémico representa una de las más grandes aventuras epistémicas del siglo XX ya que dio origen a una asombrosa profusión de modelos que permitirán al pensar la terapia familiar en este nuevo siglo, celebrar la complejidad y la diversidad inherentes a lo vivo y a lo bello. Este capítulo sólo pretende servir de introducción a esta celebración. A pesar de todo no sería extraño que la complejidad inherente al teorizar sistémico pueda resultar incómoda para aquellos ultramodernos que olvidan que lo fácil de explicar generalmente, es inexacto o incorrecto. Terapeutas familiares cuyas respectivas prácticas podría parecerle al profano totalmente diferentes, se reconocen entre sí como hermanos, unidos por el pensar y el hacer sistémico, y es que no hay que olvidar, que existe en el fondo de toda esta diversidad un delgado hilo conductor, una pauta que los conecta, que les permite sostener un lenguaje común y compartir una misma identidad epistémica. Aunque resulte extremadamente difícil definir en que radica esta unidad, tal vez sólo se pueda decir al respecto que... "sin embargo, lo hermoso persiste..." por supuesto que persistirá.

CAPÍTULO 4

AGUJEROS EN LA TRAMA

PERO EN EL CAMPO DE LA TERAPIA FAMILIAR EXISTE UN GRAVE PELIGRO: QUE SE PIERDA EL ESPÍRITU DE INVESTIGACIÓN...NO ME INTERESO DEMASIADO POR LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES PORQUE ME SIENTO INCOMODA ENSEÑANDO ALGO QUE SÓLO SE DEBERÍA TRANSMITIR A QUIENES POSEEN ESPÍRITU DE INVESTIGACIÓN. LAMENTABLEMENTE, LA SITUACIÓN ACTUAL ES MUY DISTINTA... MUCHOS SON LOS JÓVENES QUE ASPIRAN A CONVERTIRSE EN TERAPEUTAS FAMILIARES, PERO CARECEN DE TODA CURIOSIDAD INTELECTUAL. MARA SELVINI PALAZZOLI. PRESENT IMPERFECT. DON JACKSON MEMORIAL DAY, SAN FRANCISCO, 1979.

I. PALABRAS PRELIMINARES

Mucho se ha hablado de la irrecusable responsabilidad que el terapeuta familiar tiene con la investigación. Se dice que las habilidades necesarias para desarrollar una investigación pueden resultar muy útiles al momento de hacer psicoterapia, y también se comenta que ser sólo terapeuta y no investigar es una falta ética. Yo quisiera ir más allá de estas afirmaciones, comenzando con lo siguiente: la gran aportación que la psicoterapia y la terapia realizan a nuestra cultura que ahora denominamos posmoderna, consiste en el hecho inédito en la historia de la humanidad (con la excepción de algunos reyes) de poner al servicio de la resolución de los problemas de una persona en particular a un científico estrictamente formado y absolutamente capaz de guiar una investigación. Otra forma muy extrema de decirlo, es la siguiente. El terapeuta familiar o es investigador o no es nada, y esta misma afirmación es igual de válida o aún más para todas las formas de psicoterapia.

Mara Selvini, en *Present Imperfect* (1979) señala “*hay mucha desocupación juvenil y una sensación muy difundida de inseguridad y, consiguientemente, una urgencia comprensible de dominar alguna técnica para poder hacer algo*”. Preocupación entendible más no justificable, puesto que, como más arriba señalamos, el terapeuta no es un mero técnico del cambio. La práctica ética de la terapia familiar exige una actitud responsable por parte del clínico. Más allá de la discusión sobre la importancia que tiene para el cambio del paciente su conocimiento y comprensión de la situación en la cual se encuentra inmerso, hay un punto en el cual no podemos conceder, debe de existir algún tipo de comprensión sobre qué es lo que está pasando y ya sea que esta comprensión esté o no en el paciente, es ineludible que esté al menos en el clínico. Si el terapeuta no comprende lo que está pasando, si no investiga desde su marco conceptual qué es lo que tiene enfrente, su práctica necesariamente será acéfala, estúpida, carente de ética.

Se podría argumentar el tipo de investigación que realiza el teórico y que realiza el terapeuta son de órdenes distintos, que, con el paciente, no es necesario ser tan rigurosos que con los grandes objetos abstractos de estudio. También se podría decir que al terapeuta le bastan y le sobran con unas pocas habilidades rudimentarias de investigación, ya que puede dejar la investigación “en serio” a los teóricos y a los investigadores de profesión. Esto no es cierto, no hay diferencia de grado en la investigación de terapeutas y teóricos, lo único que cambia es el objeto inmediato de aplicación. En cuántos y cuántos casos, la solución de la problemática de la persona sólo estuvo al alcance del clínico cuando decidió ir más allá y fundar conceptos e ideas

nuevas; en cuántas ocasiones los investigadores teóricos han dado vuelta sobre los mismos puntos por no haber confrontado nunca sus teorías con la realidad clínica. Es mi opinión que el carácter de excelencia que le concede el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología a este programa de Maestría, se debe entre otras cosas a que considera que las habilidades de investigación son parte de las habilidades profesionalizantes que un terapeuta tiene que desarrollar. En mi experiencia particular, siento que mi práctica adolecería de una parte muy importante si durante mi proceso de formación se hubieran hecho a un lado los tópicos referentes a la investigación científica.

En otro orden de ideas, se ha insistido mucho en este trabajo sobre el cambio en el paradigma científico, esto necesariamente implica un cambio en la metodología de investigación de tal forma en que sea ésta la que se adecue a los objetos teóricos y no como a veces pasaba que era el método sacralizado y reificado el que terminara creándolos aunque no tuviesen validez de constructo. Las habilidades relacionadas con la investigación cualitativa, de forma muy gruesa podrían presentarse como aquellas necesarias para otorgar sentido a una realidad, o en palabras constructivistas, para crear una realidad plena de sentido. Es triste pero es así, los viejos hábitos se resisten a morir, lo insulso permanece y el tiempo se lleva lo bello. Se ha asistido a un extraño fenómeno, la “cuantificación” de los métodos cualitativos, y este movimiento que pretende dar patina científica a algo que no lo necesita, termina arrebatando el sentido. Obviamente no se trata de despreciar la metodología cuantitativa, sino de restituirle un nuevo espacio en la epistemología emergente desde donde se pueda convertir en un instrumento vivo capaz de generar sentido. Así, y por decreto, será completamente imposible realizar una investigación con métodos cuantitativos y cualitativos, lo que será posible será realizar una investigación en la cual la cuantificación tenga su justo papel sin confundirse ni disfrazar las nuevas formas de alcanzar inteligibilidad.

La presente investigación, es el resultado de un esfuerzo arduo que el autor de estas líneas realizó junto con la que en ese entonces era su compañera de maestría y sede, Angélica García Olivares. La deuda que guardo para con ella es inconmesurable, y es en el contexto de esta colaboración que pude desarrollar ciertas habilidades de investigación que de otra no hubiese sido posible. El espíritu que nos guió durante este esfuerzo, consistió en tratar de arrojar algo de luz hacia un campo en el que paradójicamente la presencia de nuestro objeto de estudio se desvanece. En otras palabras, lo que nos interesaba saber es qué cosa ocupa el lugar de la familia cuando ésta desaparece. En mi caso particular, hay algunas cosas que la investigación me sugiere pero que no puedo derivar ni probar directamente de ella. En primera instancia, la apreciación de un lego diría que un niño de la calle es un “sinfamilia”; sin embargo, al investigar un poco nos abandona la certeza de que esto es así. Las relaciones que un niño de la calle guarda con su familia, son por mucho más complejas que la simple inexistencia. Para el niño de la calle, su familia se convierte en un referente negativo que insiste, le cuestiona, le hace sufrir. Para la familia, el niño expulsado es una pieza que venía de más, no es que sobre, es que no pertenece al conjunto, y por lo tanto, tanto el niño como la familia terminan enzarzados en una dialéctica de mutua incompreensión.

Sin embargo, no nacemos para nosotros mismos, la existencia del otro se nos impone como un imperativo a nuestra existencia. La calle en tanto que espacio público, termina imponiéndole al niño de la calle la convivencia con todos los que en ella está, y a los otros los termina implicando queriéndolo o no con el niño de la calle. El sentido de la frase publicitaria “los niños de la calle no son de la calle, son de todos”, sólo puede ser

despojada de sensibilidades si se agrega lo siguiente "en tanto que es imposible no comunicarse". Así, la calle representa para el niño su familia puesto que, mediante lo que en otro marco de referencia se denomina identificación simbólica, los otros de la calle (comerciantes, policías, pares, peatones) se convierten en referencia negativa para él, y para esos otros, nosotros, siempre son una pieza que sobra. Todas estas reflexiones, necesariamente implican una subversión del concepto de familia, las distinciones clásicas entre ellas y red social se desdibujan, ya no hay más una familia, y en un metanivel, una red social, sino más bien la red social es una forma de familia y la familia es antes que nada una red social; sin embargo, ambas siguen manteniendo su especificidad. Estas reflexiones al modificar la forma en la que hago terapia, son un elemento de prueba del desarrollo de mis habilidades para la investigación. Pasar a la enumeración de dichas habilidades, creo yo, que a parte de tedioso sería redundante, en tanto que pueden ser juzgadas a través de sus productos, de la cual la siguiente investigación forma parte. Que inicie pues la evaluación de su parte.

II. PERCEPCIÓN DE LA RED SOCIAL EN MENORES EN SITUACIÓN DE CALLE INSTITUCIONALIZADAS

**(FERRAT-MEDINA A. GARCÍA-OLIVARES A.)
FAC. DE PSICOLOGÍA, UNAM**

CARACTERÍSTICAS LOS NIÑOS DE LA CALLE

El término "niño de la calle" se puede aplicar a una amplia gama de menores que pasan tiempo en las calles, sin embargo, el pasar tiempo en la calle es circunstancial ya que si lo utilizamos como único criterio estaremos mezclando diferentes clases de niños que tienen muy poco en común. Entre "los niños en la calle" podemos distinguir tres grupos que son los siguientes:

1. Niños con contacto continuo con su familia que van a la escuela y duermen en su casa y que solo salen a la calle a pasar el tiempo o a trabajar.
2. Niños con contactos ocasionales con la familia que trabajan en la calle, no van a la escuela y solo van ocasionalmente a su casa.
3. Niños sin ningún contacto familiar que consideran a la calle su casa ya que es ahí donde encuentran cobijo, comida y sustento y que son los verdaderos niños de la calle.

Entonces tenemos tres elementos que nos sirven para caracterizar al niño de la calle y son los siguientes:

1. Vive en las calles con muy poco o nulo contacto con su familia
2. La calle es la fuente de su subsistencia.
3. Esta inadecuadamente cuidado, protegido y supervisado por adultos responsables.

Por último podemos citar la definición que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha desarrollado para caracterizar al niño de la calle:

"Cualquier muchacho o muchacha para quien la calle en el sentido más amplio del mundo, incluyendo lugares deshabitados, tiraderos y otros lugares similares se ha convertido en su habitual domicilio y o fuente de sustento, y quien además es inadecuadamente protegido, supervisado y dirigido por cualquier adulto responsable".

Sin embargo es necesario dar más vida a las descripciones para saber exactamente de que tipo de personas estamos hablando, por lo tanto una descripción fenomenológica de los niños de la calle podría ser la siguiente (LeRoux et al 1998^a):

"Generalmente parecen mas chicos que lo que cabría esperar de su verdadera edad cronológica; presentan desnutrición aguda y crónica que retrasa su crecimiento, pero a pesar de su expresión furtiva y misteriosa y de sus actitudes irreverentes y provocadoras para con el mundo revelan una madurez ominosa que va más allá de sus años".

Frecuentemente son más los varones que toman la calle, sin embargo la proporción de mujeres aumenta en los países asiáticos donde se dedican a la prostitución. Las mujeres generalmente han sido abusadas sexualmente y aceptan sin reparar la violencia hacia ellas. Los hombres también están a merced de la violencia extrema incluyendo incluso la violación. Temen ser lastimados, incapacitados, arrestados ya que la violencia policiaca es extrema y sin freno, así como el enfermar gravemente ya que no habrá modo de recuperarse.

Las historias parentales son muy similares; la mayoría proviene de casas con un solo padre, donde no hay ninguna figura paterna positiva, generalmente es la madre quien se ocupa de ellos (en la mayoría de los casos con serias limitaciones) y sin embargo han sufrido el rechazo parental y han sido tratados psicológica y físicamente mal por lo que son muy reticentes para confiar en los adultos y no admiten ningún tipo de autoridad. Muchos niños, no obstante estas situaciones tan desfavorables, cuando se encuentran en la calle añoran su casa y desean regresar porque fantasean que la situación de su familia cambio.

Las uniones que se dan de niños de la calle representan un sistema de compañía excepcional que reemplaza a la familia como fuente primaria de apoyo emocional y económico. El grupo les ofrece protección, apoyo, amistad y solidaridad y al usar la jerga callejera en común y defender un territorio desarrollan una fuerte identidad grupal. Entre más tiempo pasan en la calle mas se enredan en actividades criminales y autodestructivas, lo que se debe principalmente no a una maldad consciente sino a una falta de conciencia de las consecuencias de sus acciones.

POSIBLES CAUSAS DEL FENÓMENO DEL NIÑO DE LA CALLE. El incremento de niños de la calle se ha asociado primeramente a una rápida y desorganizada industrialización y urbanización en los países en vías de desarrollo. Otras causas que se han aducido para explicar el fenómeno es el rompimiento de la estructura familiar y la pérdida de su sistema de valores. Mas directamente se ha observado que la descomposición en la familia que resulta de la perdida de un padre lleva a la familia a quedar bajo la tutela de un padre único generalmente la madre, empobrecida tanto económica como emocionalmente que no puede cuidar y proteger de sus hijos y que inclusive llega a maltratarlos. Lo anterior deja a los niños vulnerables y con una ausencia de redes sociales que no les permiten salir adelante en momentos de crisis. La patología de la familia también motiva a los niños a dejar el hogar así como las migraciones constantes las constantes fricciones entre padres e hijos y sobre todo los continuos roces que se dan en las familias reconstituidas. Contrario a lo que se podría creer solo un pequeño porcentaje de niños de la calle son huérfanos. La pobreza es otra causa que se ha aducido para explicar el fenómeno, muchos niños son empujados poco a poco a la calle para que obtengan recursos en ella. Causas menores son el fracaso escolar, los factores políticos de un determinado país o el querer una vida mejor o más llena de emociones que la actual. En

resumen podemos decir que las causas que provocan el fenómeno del niño de la calle son predominantemente sociales y económicas (LeRoux et.al. 1988^a)

Cristina Botinelli (2000) realizó una investigación con familias de menores en esta situación ya institucionalizados. Encontró que estas familias se caracterizan por no acudir a los servicios de salud (centros de salubridad, atención a adicciones o violencia doméstica, etc.) cercanos a sus hogares; al estudiar de manera estructural a la familia encontró que los niños expulsados, al interior de la organización familiar, son el centro o sostén de la familia, o bien ocupan un lugar periférico, es decir son el miembro menos ligado al grupo familiar. En cuanto a la comunicación, la investigadora observó que estas familias centran su comunicación en los acontecimientos de la vida cotidiana, evitando hablar de los conflictos profundos por lo que el grupo atraviesa; también señala que en varios de los casos estudiados hay una comunicación de tipo "doble vínculo" hacia el menor expulsado. Botinelli señala que el egreso constituye una solución ya probada en estas familias, independientemente de que esta "solución" sea tomada con orgullo o desaprobación. En cuanto a los roles de género se encontró que estos están cristalizados y no corresponden a la realidad social y/o económica por la que atraviesa el sistema. Finalmente la autora señala que "las familias expulsoras están cruzadas por la violencia doméstica y en una proporción no pequeña, por el abuso sexual" (2000, pag. 66)

Contreras Solyomvary (1995) señala que el problema de los niños de la calle en nuestro país se incrementa a partir de la década de los ochenta cuando la ciudad presenta un acelerado proceso de urbanización aunado a una profunda crisis económica que tiene como consecuencia la formación de diversos barrios o comunidades marginadas alrededor de la ciudad de México, en donde la falta de empleos y la pobreza obligan a los niños a tomar las calles como fuente de trabajo, alejándose de sus hogares y abandonando los estudios.

En cuanto a las causas de permanencia en calle, esta misma autora señala que son diversos los atractivos que los menores encuentran en esta forma de vida y señala las siguientes:

- Las condiciones de subsistencia muchas veces son similares a las que encontraban en sus hogares, en alguno casos son mejores
- No sólo se cubren las necesidades de subsistencia básicas, sino que los menores encuentran la satisfacción a algunas de sus necesidades afectivas
- La decisión de permanecer en una zona se define por la presencia de personas adultas o de su mis edad que sustituyen el afecto y la seguridad que necesitan
- Uno de los principales atractivos es la libertad absoluta que les permite desarrollar y explorar -a su manera- aspectos que en la familia, escuela y otras instituciones que los rodeaban no encontraron

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA. Actualmente hay más de 100 millones de niños que viven en la calle alrededor del mundo. El problema de los niños de la calle se ha incrementado en países de todo el mundo, especialmente en las grandes urbes. En el Perú a los niños de la calle se les llama "pájaros fruteros", en el Congo se les llama "golondrinas", en Filipinas oran en las iglesias por las personas para ganar dinero ya que los misioneros jesuitas se encargan de ellos, en Senegal recogen chatarra, en Asia; Latino América; Europa del este venden dulces, cigarros, son boleros lava-parabrisas o pepenadores. En Camboya son vendidos o comprados por sus empobrecidos padres. En Angola la guerra civil los ha forzado a vivir solos en las estaciones y vías del tren. En

todos estos países algunos caen en manos de criminales que los prostituyen y corrompen, por ejemplo de los 60,000 a 100,000 niños prostitutos de Filipinas la mayoría son niños de la calle.

A los niños de la calle se les piensa en función de estereotipos, tales como "basura humana, manzanas podridas" pero no como sujetos e inclusive no como niños que de hecho están privados de los más esenciales derechos humanos. (Bellamy, 1997; Walsh 1997; Kaminsky 1995). Algunos estudios, (por ejemplo, D'Abreu; Mullis; Cook 2001) muestran que los niños de la calle tienen menos apoyos sociales, menos modelos de roles adultos estables y su desarrollo físico (medido mediante la masa corporal y otros índices de desarrollo físico) se encuentra por debajo que el de otros niños que no viven en la calle. El niño de la calle padece desnutrición permanente y esto se manifestara totalmente si es que acaso llegan a la adolescencia.

En cuanto a otras características que permean en los niños que conforman los grupos callejeros se ha encontrado la tendencia a manifestar rasgos agresivos y violentos, acompañados de tensión y ansiedad, por lo que algunos investigadores afirman que esto corrobora que la violencia en esta población es una estrategia de sobrevivencia que permite compensar sus "frustraciones" (Gómez Santamaría, 2001)

Algunos han escapado de la casa y de los malos tratos que ahí reciben pero otros trabajan en la calle para llevar dinero a su casa ya que el estar en la calle es su trabajo. A algunos les gustaría que simplemente desaparecieran e inclusive han tratado de exterminarlos físicamente. (Bellamy, 1997), por ejemplo, el 23 de julio de 1993 aconteció la masacre de la candelaria en Río de Janeiro. Esa noche un oficial de policía que estaba fuera de servicio abrió fuego contra 50 niños de la calle que dormían en la plaza de la catedral de la Candelaria, seis niños murieron instantáneamente y otros dos fueron ejecutados de la misma manera en una playa cercana. Muchos otros niños resultaron heridos. (Walsh, 1997)

En 1981 la UNICEF comenzó a ocuparse de instrumentar programas a favor de los niños de la calle. La implementación de legislaciones a favor de ellos es fundamental. (Bellamy, 1997) Los programas para rehabilitarlos son muy necesarios, el modelo clásico de atención comprende un acercamiento en tres etapas. En la primera, las acciones se emprenden en la calle y son llevadas a cabo por un nuevo tipo de profesional llamado educador de la calle que hace contacto con el niño de la calle, se vuelve su amigo y defensor, le proporciona consejo ayudándole a volver a confiar en el mundo adulto. Esta fase dura de seis a nueve meses para llevarse a cabo. En la segunda fase se lleva a cabo el diagnóstico y se elabora el plan de tratamiento para el niño de la calle. Esta fase dura aproximadamente una semana. La tercera y última fase puede tomar nueve meses o incluso más y consiste en el tratamiento físico, médico y psicosocial del niño de la calle en un lugar cerrado. Sin embargo una vez que el niño ha llegado a la calle y a abrazado la subcultura de la calle será muy difícil sacarlo de ahí (Kaminsky 1995) y entre mas tiempo pasen en la calle peor es su prognosis (LeRoux et. Al. 1998b).

Ya hay segunda e inclusive tercera generación de niños de la calle, por lo que inevitablemente estas nuevas generaciones tendrán un sistema muy diferente que el de la norma. (Bellamy, 1997) En este sentido, Lilita Alcátara en un artículo presentado en el diario El Universal, (15 de febrero del 2004) cita a personal de *Ministerios de Amor* (institución de asistencia privada que trabaja en la Ciudad de México) quienes señalan que de cuatro años a la fecha ha habido un incremento importante en la tercera

generación de menores callejeros; estos nacimientos generalmente son producto de abusos sexuales o de las uniones que dentro de los grupos se establecen. Esta institución alerta que de no tomar medidas sobre este fenómeno, en algunos años México tendrá índices de menores callejeros tan altos como los de Brasil (país que ocupa el primer lugar en América Latina con esta problemática)

En cuanto al consumo de sustancias, muchos niños de la calle ven la droga como una solución al sufrimiento que experimentan, y aunque no todos consuman inhalantes podemos asegurar que cualquier niño de la calle esta en muy alto riesgo de convertirse en adicto. En todo el mundo en vías de desarrollo el pegamento industrial o cemento es la sustancia de la que más se abusa ya que es barata, fácil de obtener y proporciona efectos casi inmediatos, Aunque el pegamento industrial es la sustancia más usada se ha observado recientemente que han aparecido nuevas sustancias derivadas de la actividad industrial, por ejemplo la mezcla de thinner y gasolina; el abrillantador domestico y los aerosoles en spray. Estos solventes son usualmente inhalados o bien son rociados directamente en la boca o en una estopa o "mona" y guardados en la boca. Un método reciente de consumo consiste en poner el solvente en una botella plástica (mamila) e inhalarla o succionarla. Se ha observado que drogas duras clásicas como la heroína y la cocaína han empezado a ser consumidas también. (Bellamy, 1997; Kaminsky 1995)

En América Central el solvente mas comúnmente usado en la fabricación del pegamento industrial es el tolueno que causa dependencia física y psicológica así como también afecta el sistema nervioso central, no así el sistema nervioso periférico, cuando se prolonga el consumo de inhalantes y aumenta en dosis todos los sistemas orgánicos del cuerpo se pueden ver afectados pero sin embargo el más afectado clínicamente es el sistema nervioso lo que trae consigo un aumento de accidentes. Los niños de la calle no mueren directamente por el uso del pegamento industrial pero si mueren por los accidentes que la degeneración por su uso provoca. (Kaminsky 1995)

LA ATENCIÓN AL NIÑO DE LA CALLE. Como se ha señalado, se han desarrollado metodologías de atención al niño de la calle, que pasan por señalar las etapas para acercarse a esta población y que en teoría derivan en la institucionalización de estos niños o en su reintegración al hogar. En nuestro país son diversas las instituciones que atienden a esta población, encontramos entre las más importantes a Casa Alianza, Ednica y Hogares Providencia, pasando por una serie de instancias gubernamentales, programas religiosos y grupos basados en la metodología de alcohólicos anónimos (Los llamados anexos y grupos de 4to y 5to paso). Las tres instituciones señaladas comparten similitudes en cuanto a su trabajo con los menores en calle: en general emplean una estrategia gradual para el proceso de alejamiento de la calle que comienza con la labor de educadores callejeros quienes llevan el trabajo institucional directamente a los llamado puntos de reunión, que no son más que los lugares que estos menores utilizan para trabajar, dormir o drogarse.

Casa Alianza y Ednica desarrollan la estrategia en tres momentos: trabajo en calle, transición (en la que el menor se acerca las instalaciones de la casa hogar para recibir servicios básicos como alimentación y atención medica) y el último paso en el que se da el alejamiento de vida callejera a través de la incorporación de los menores a hogares alternativos (Gómez Miguel y Santamaría González, 2001) Casa Alianza, en esta última etapa, no descarta la posibilidad de reintegrar a los menores a sus hogares por lo que han desarrollado un programa especial para alcanzar este fin, y en los casos en los que

esta reintegración no es posible se trabaja para que el menor logre llegar a subsistir por sus propios medios, fuera de la institución y la familia, pero también fuera de la calle, esta etapa se denomina vida independiente.

Sin embargo, actualmente son varias las voces que elevan críticas serias al trabajo y papel que juegan las instituciones que trabajan con esta población. Alonso López (1996) afirma que el concepto de "niño de la calle" es una construcción social necesaria para la existencia y definición de estos programas, que a la vez es utilizado por esta población para obtener los beneficios que brinda la asistencia institucional. La autora afirma que "la categoría tiene más que ver con las 'necesidades' de quienes trabajan o tienen algún interés en los niños y jóvenes que ocupan los espacios públicos para su sobrevivencia (...) que las propias necesidades de quienes así son categorizados" (pag. 17)

LA RED SOCIAL

Habiendo analizado las diferentes características y opiniones acerca de los niños en situación de calles se hace necesario abordar el concepto de red social, que en el caso de esta población interesa en varios momentos, la influencia de esta red en el abandono del hogar, su papel en la sobrevivencia y permanencia de estos menores en la calle y el papel que las instituciones juegan como parte de la red de estos menores y que en algún momento puede determinar un cambio en su historia de vida.

El concepto de red social se utiliza con frecuencia en estudios sociológicos, y también es un elemento teórico importante para la terapia familiar con enfoque sistémico. Hay múltiples investigaciones y documentos que retoman y definen este concepto. Entre ellas encontramos la definición de Carlos Sluzki (1995, p.p. 35): "la red social personal es un sistema dinámico que evoluciona con el tiempo y las circunstancias". Este autor enmarca el concepto de red social como un elemento de gran importancia en los fenómenos de migración, señala que la ausencia o modificación de la red social personal como resultado de esta puede estar íntimamente relacionada con la aparición de trastornos psicológicos y con la aparición de problemas familiares. El mismo autor, en otro texto señala que la red social personal puede ser definida "...como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis" (Sluzki, 1998, pag.42) En el mismo texto el autor propone que la red social puede representarse como un mapa en el que se registran a todos los individuos con los que interactúa una persona (ver figura 1), este mapa estará dividido en cuatro cuadrantes:

- Familia
- Amistades
- Relaciones laborales o escolares
- Relaciones comunitarias, de servicio o de credo

Finalmente, el conjunto de quienes componen esta red o mapa serán los integrantes de la red social de un individuo. Carlos Sluzki (1998) afirma que esta red puede ser evaluada con base en tres rubros: características estructurales, funciones del vínculo y atributos de cada vínculo.

CARACTERÍSTICAS DEL VÍNCULO

- 1) *El tamaño de la red*; es decir, el número de personas que la componen. Esta variable puede indicar el grado de sociabilidad-aislamiento de un sujeto
- 2) *La densidad*; conexión entre miembros independientemente del informante; un nivel de densidad medio -marca el autor- es el que favorece la mayor efectividad de esta red
- 3) *Composición o distribución*; qué proporción del total de los miembros de la red está localizada en cada cuadrante y cada círculo; las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de distribución amplias.
- 4) *La dispersión*; el grado de accesibilidad, cercanía o distancia geográfica de las relaciones significativas. Este factor también se puede definir como accesibilidad o facilidad de acceso y contactos para generar comportamientos efectivos.
- 5) *La homogeneidad y la heterogeneidad*; diferencias de género y edad, así como diferencias socioeconómicas y socioculturales que enriquecen los intercambios de experiencias.
- 6) *Los atributos del vínculo*; grado de intensidad, compromiso y reciprocidad, frecuencia de los encuentros e historia de la relación.
- 7) *Tipos de funciones*; que cumple cada vínculo y por el conjunto.

FUNCIONES DE LA RED

- 1) *Compañía social*
- 2) *Apoyo emocional*
- 3) *Guía cognitiva y consejos*
- 4) *Regulación social*
- 5) *Ayuda material y de servicios*
- 6) *Acceso a nuevos contactos*

ATRIBUTOS DEL VÍNCULO

- 1) *Funciones prevalecientes*; función o funciones que caracterizan a ese vínculo de manera predominante
- 2) *Multidimensionalidad*; también se puede denominar como versatilidad y se refiere al número de funciones que cumple determinado vínculo
- 3) *Reciprocidad*; si las funciones del vínculo se cumplen en dos direcciones, es decir para ambas personas que conforman dicho vínculo
- 4) *Intensidad*; se refiere al compromiso de la relación
- 5) *Frecuencia de contactos*
- 6) *Historia*; el tiempo que ha perdurado el vínculo y las experiencias previas a su formación

Rubli (1997) desarrolla su trabajo con base en las afirmaciones de Sluzki y señala que la red social está constituida por las relaciones que una persona percibe como significativas y que, recíprocamente, considera que son importantes para esas personas y que por lo mismo, puede recurrir a ellas en caso de necesidad. La misma autora señala que dichas redes son dinámicas, es decir, que a pesar de su relativa estabilidad se van modificando con el tiempo debido a factores internos relacionados con la capacidad del sujeto de vincularse y circunstancias del mundo exterior más o menos azarosas. De acuerdo a las variables señaladas en los párrafos precedentes, Rubli (1997) señala que es posible clasificar a las redes según el grado de contención que le brindan, encontrando en los extremos a las siguientes:

- **Redes de alto riesgo:** son aquellas conformadas por un número reducido de miembros, de manera que siempre se acude a las mismas personas en busca de apoyo, lo que trae como consecuencia la saturación y sobrecarga de la relación. En este tipo de redes los miembros, o bien no se conocen bien, o se frecuentan esporádicamente, lo que impide que la información fluya continuamente. Otra característica es la dispersión geográfica y la poca apertura para conocer a nuevos miembros.
- **Redes de bajo riesgo:** son de tamaño mediano (considerado por la autora como ideal) y que favorecen las relaciones profundas con cada uno de los miembros. La interacción entre quienes constituyen la red es frecuente y el intercambio de información fluido y eficaz. Como son redes de porosidad abierta se permita la incorporación de nuevos miembros a la misma, quienes son seleccionados de acuerdo a sus principios, valores e intereses generales, lo que refuerza la cohesión del grupo.
- **Redes de mediano riesgo:** aquéllas que tienen atributos de las dos anteriores, no tienen la firmeza de las de bajo riesgo pero tampoco la pobreza o fragilidad de las de alto riesgo.

La autora concluye que los vínculos que establecemos son de vital importancia para la visión del mundo que construimos, que puede ser amenazador o por el contrario seguro. De acuerdo con esta visión del mundo es que el individuo enfrenta las crisis que se presentan a lo largo de la historia vital, los individuos aislados, con pocos y pobres vínculos –pertenecientes a redes de alto riesgo– sólo cuentan con sus recursos internos para solucionar estas crisis, lo que los deja expuestos a distintos grados de vulnerabilidad.

Milanese, Merlo y Machín (2000) señalan en su investigación sobre redes y farmacodependencia que existe una correlación positiva entre red social y salud; así mismo mencionan que la red puede ser un elemento extremadamente poderoso, capaz de producir sufrimiento y/o seguridad. Señalan que “la interconexión entre redes y el proceso de salud/enfermedad o bienestar/malestar puede entonces considerarse un hecho establecido. Es importante ahora evidenciar como no está del todo aclarado si es la ausencia de una red adecuada y que brinde soporte lo que produce estrés/malestar/enfermedad/muerte o si es el estrés/malestar/etc. lo que produce la ausencia de una red adecuada y que brinde soporte, o una combinación de ambas situaciones...”(pag. 84). Estos autores subrayan la importancia de las redes en la prevención de conductas de alto riesgo como son la delincuencia y la farmacodependencia.

En otro estudio, el sociólogo Mario Bronfman (2000) analiza la relación existente entre la ausencia o poca efectividad de las redes sociales en la muerte infantil en familias de escasos recursos. El autor afirma que aunque el concepto de red es variado, generalmente se refiere a aquellas relaciones que no son institucionalizadas, que se refieren al intercambio entre individuos y grupos que permite sobrellevar los problemas cotidianos: “...el funcionamiento de las redes de ayuda mutua e intercambio dentro de un grupo o clase social determinada opera bajo ciertas condiciones, tales como la cercanía física, la confianza ... la voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas de dicha relación y la familiaridad mutua para descartar la posibilidad mutua de ser rechazado. Para Lomitz, una condición básica para establecer una relación de confianza es la igualdad de carencias entre los contrayentes de la relación” (pag.146) Este mismo autor hace hincapié en que los elementos que constituyen la red no son estáticos, cambian con el tiempo y de acuerdo con diversos factores.

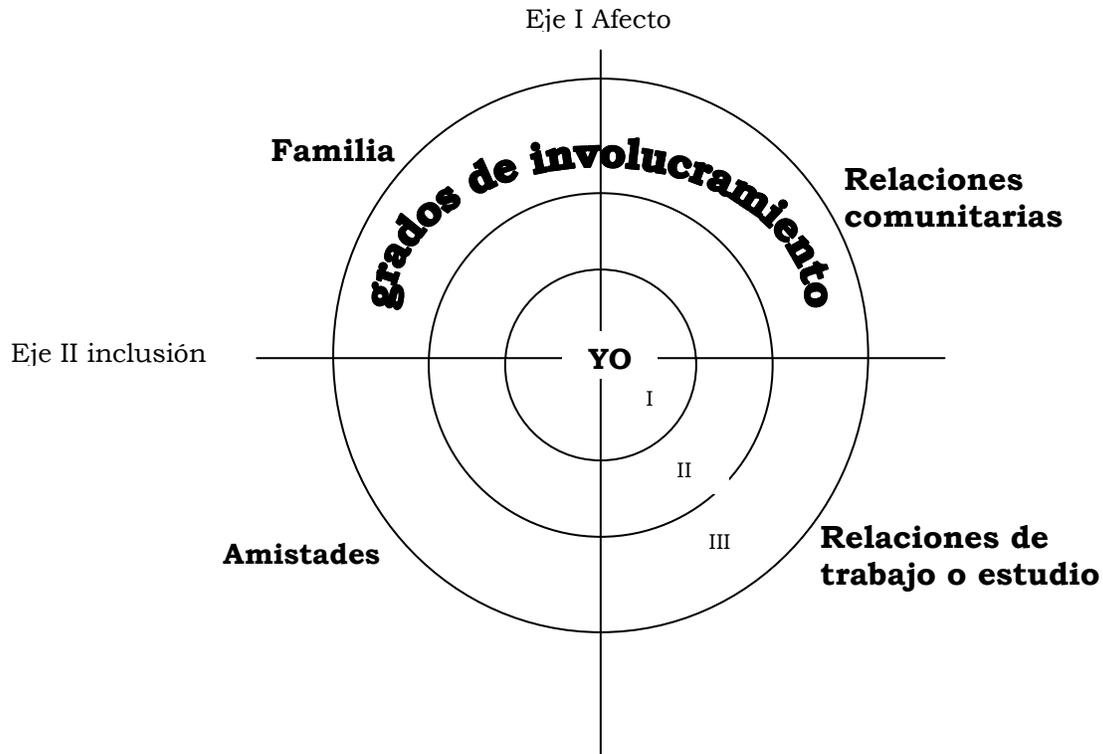


Figura 1. Mapa de la red social modificado de Sluzki (1998)

METODOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS. La presente es una investigación que reúne elementos para ser clasificada como exploratoria y descriptiva ya que presenta un cuadro detallado de la cuestión a estudiar, y el escenario es social y/o de relaciones. Lo que se pretende al realizar este estudio es conocer como perciben su red social aquellos menores que han vivido en situación de calle y que actualmente se encuentran institucionalizados. No sólo nos interesa conocer la red social que mantienen actualmente, así como también aquella que les ayudo a sobrevivir en la calle, sino que también haremos especial énfasis para describir y aproximarnos al conocimiento de las características de la red social que percibían tener antes de su salida a la vida callejera.

EL TRABAJO DE CAMPO: Para realizar el presente trabajo se optó por el método de *entrevista cualitativa* ya que tiene la característica de ser flexible, no estructurado, no directivo, no estandarizado y abierto (Bogdan y Taylor, 1987). De esta manera esperamos captar el objeto de estudio en sus propias dimensiones, evitando así imponer nuestras categorías y preconcepciones. Entre los tipos de entrevistas cualitativas, se encuentran las *entrevistas a profundidad* que tiene como objetivo, conocer actividades o acontecimientos que no pueden observarse directamente así como también la forma en que son percibidas interpretadas e integradas por aquellos que la vivencian. Puesto que el interés de esta investigación es explorar la red social a lo largo de la vida de chicos que han dejado la calle por la institución, consideramos que este método puede brindarnos una riqueza de datos que otros métodos oscurecerían o disolverían. De esta manera concordamos con Bogdan y Taylor (1987) cuando señalan que este tipo de entrevistas son adecuadas si:

- *Los intereses de la investigación están claros y relativamente bien definidos*
- *Los escenarios o personas no son accesibles de otro modo*

- *El investigador tiene limitaciones de tiempo*
- *La investigación depende de una amplia gama de escenarios*
- *El investigador quiere esclarecer la experiencia humana subjetiva*

Debido a que el proyecto que nosotros planteamos desarrollar, cumple con estas características consideramos que es adecuado que usemos dicha metodología. Por otra parte, estos autores señalan que al momento de iniciar el trabajo de campo es difícil definir las características exactas de la muestra con la que se pretende trabajar (en cuanto a número, edades y sexo) ya que esta depende de las mismas características del fenómeno y no se pueden conocer de antemano. En nuestro caso en un principio consideramos la posibilidad de trabajar con 10 menores, 5 hombres y 5 mujeres. Sin embargo, al iniciar el trabajo en el campo decidimos cual sería el método de recogida de datos y el número de casos a trabajar. Se decidió elaborar entrevistas a profundidad en las que los menores pudieran contar la historia de su vida de manera extensa así como trabajar con mujeres, por último se redujo el número de entrevistas a 6. Las razones por las cuales se decidieron estas alternativas y no otras son las siguientes:

- Algunos métodos como las historias de vida requieren para su elaboración más de un encuentro con el informante, en el caso de la población que nos interesa esto se dificulta ya que se trata de una población flotante, por lo que no se garantiza más de un encuentro, además de que las características de estos menores no permiten mantener su atención más allá de una sesión. La entrevista a profundidad puede realizarse en una sesión sin perder rigor ni riqueza de datos
- Se decidió trabajar exclusivamente con mujeres ya que entre los varones encontramos serias reticencias para hablar con los investigadores. Los menores se negaban y cuando llegaban a acceder no proporcionaban información o lo hacían en cantidades mínimas. En contraparte, entre la población femenina encontramos una gran apertura hacia las entrevistas, cuando se corrió la información acerca de nuestro trabajo hubo chicas que se ofrecieron a hablar con nosotros sin la intervención de personal de la institución. Al obrar de esta manera perdimos la posibilidad de generalizar con entera confianza a ambos sexos, pero si hubiésemos forzado la participación de varones hubiésemos perdido confiabilidad.
- Como hemos señalado anteriormente, la institución requiere que quien realice investigaciones en sus muros deba cubrir trabajo de voluntariado. En nuestro caso, la carga de dicho trabajo asignada era muy pesada (ya que éramos los únicos terapeutas familiares disponibles en la institución) por lo que el tiempo que teníamos para realizar las entrevistas era poco y aún más, había que compaginarlo con el tiempo libre de las entrevistadas, La cantidad máxima de entrevistas que se pudo realizar bajo estas condiciones fue de seis chicas. Aunque no se realizaron las diez entrevistas que habíamos planeado originalmente podemos asegurar que todas se realizaron con el mismo rigor, tiempo e interés de ambas partes. Al respecto podemos señalar que la bibliografía consultada señala que cuando se emplea el método de entrevista cualitativa la muestra variará necesariamente, ya que si los investigadores deciden que la información colectada es satisfactoria no hay razón para continuar entrevistando a más informantes. En nuestro caso tomamos en cuenta dos factores a saber: las entrevistas realizadas fueron muy ricas en información y el poco tiempo con el que contábamos ya había expirado puesto que nuestro voluntariado estaba por concluir.

Estas entrevistas se realizaron teniendo en mente un guión en el que marcamos los ejes que nos interesaba investigar que a saber son los siguientes:

- A) *Historia de la familia de origen*
- B) *Relación con la madre*
- C) *Red social antes de salida a calle*
- D) *Adicciones*
- E) *Pareja*
- F) *Red social en calle*
- G) *Relación con la(s) institución(es)*
- H) *Red social actual*
- I) *Relación actual con la familia de origen*

Sin embargo no se dejó de explorar cualquier aspecto que se mostrara relevante durante el curso de la investigación. Las entrevistas se realizaron en un espacio proporcionado por el programa de Reintegración Familiar (al que los investigadores estaban adscritos como voluntarios), previa autorización del informante se utilizó una grabadora pequeña donde se registraba la misma. Las entrevistas fluctuaron entre los 30 minutos (la más corta) y una hora y media, dependiendo de la disponibilidad de nuestras informantes y de los tiempos de la institución. Es importante señalar que en cada entrevista se explicó el objetivo y se le solicitó a la informante que cambiara su nombre para mantener la confidencialidad. En algunos casos las chicas nos solicitaron que les obsequiéramos el cassette o la transcripción, desafortunadamente sólo en dos casos pudimos cumplir con esta petición.

Bogdan y Taylor (1987) señalan que cuando se utiliza este método para recogida de información, se hace necesario contar con controles cruzados que permitan corroborar datos de la historia del informante. En este caso, debido a la función que desempeñábamos en la institución, tuvimos la oportunidad de acceder a los expedientes de cada una de nuestras informantes, así mismo pudimos platicar de manera extensa con las personas asignadas al caso de cada menor, lo que constituyó una fuente de información invaluable que nos permitió establecer estos controles a los que los autores hacen referencia.

RESULTADOS

Después de realizar las entrevistas el siguiente paso consistió en la transcripción y análisis de las conversaciones. Para el análisis de las entrevistas en un primer momento se ubicaron las categorías que se habían planteado previamente como guión de la entrevista, buscando aquellos indicadores correspondientes a dichas categorías. En una segunda lectura se redefinieron algunas categorías y se agregaron otras que no se tenían contempladas pero que nos parecieron de utilidad para el análisis.

De las categorías planteadas originalmente se mantuvieron las siguientes: *red social antes de salida a calle, pareja, red social en calle y red social actual*. La categoría de historia de familia de origen se replanteo en tres categorías: *contexto familiar, características de la familia y relación actual con la familia*.

La categoría de relación con las instituciones resultaba demasiado amplia, ya que aquí se podía incluir a cualquier tipo de institución que tuviera relación con la menor o su familia antes, durante y después de la vida en calle (por ejemplo, instituciones de asistencia social, de salud, judiciales, escuela, etc) por lo que se decidió replantearla como *trayectoria institucional*.

Con la categoría de adicciones sucedía algo similar, ya que se podía referir al acceso a drogas durante la estancia en la familia y en la calle o a problemas de adicción en la familia, hasta la historia del desarrollo de la adicción de la menor. En vista de que nos interesaba centrarnos en la relación de las menores con las drogas y la vida en calle, decidimos replantearla como *historia de adicción*.

Se decidió eliminar la categoría de relación con la madre ya que resultaba ser un indicador contenido en las categorías referentes a la familia. Finalmente decidimos plantear una nueva categoría que resultó de la lectura de las entrevistas, a la que se le denominó *estrategias de sobrevivencia*.

A continuación se presenta una descripción de cada una de las categorías con sus respectivos indicadores:

1. *Red social antes de salida a calle*: esta se refiere a las relaciones significativas que las menores identificaban antes de la salida a calle, centrándonos en la familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias. Los indicadores que encontramos fueron familiares que prodigaban cuidados necesarios para la sobrevivencia y/o emocionales, calidad de los cuidados recibidos, relaciones de amistad significativas con pares y relaciones con vecinos u otras personas que las menores identificaran como importantes para la sobrevivencia y escuela.

2. *Pareja*: relaciones afectivas con o sin carácter sexual que resultaran significativas para las menores; aquí los indicadores son violencia, protección en calle, consumo de sustancias, actividades ilícitas, procreación de hijos.

3. *Red social en calle*: nuevamente se recurre a la definición planteada por Carlos Sluzki en el sentido del conjunto de relaciones que la persona concibe como significativas; los indicadores son: compañeros del grupo de calle, vecinos del punto de calle, trabajadores de instituciones y las instituciones mismas.

4. *Red social actual*: aquí se repite la definición de red social y los indicadores encontrados fueron personal de la institución, familiares y pares tanto dentro como fuera de la institución.

5. *Contexto familiar*: se refiere al contexto socioeconómico y cultural de la familia; los indicadores fueron trabajo de los padres o tutores, contexto de la colonia y trabajo infantil.

6. *Características de la familia*: los elementos que definen esta categoría tienen que ver con la estructura familiar misma y con la historia familiar, los indicadores encontrados fueron ausencia de uno de los progenitores, violencia familiar, abuso sexual, adicciones en algún miembro de la familia, relación con la madre, múltiples parejas del progenitor presente, relación con otros familiares y abandono de ambos padres.

7. *Relación actual con la familia*: se refiere al contacto familiar que las menores mantienen con sus familias a partir de la entrada a la institución. Esta categoría resulta importante en vista de que la institución en la que se realizó la investigación contacta a la familia de los menores institucionalizados; los indicadores fueron, ausencia de contacto familiar, contacto familiar esporádico e intentos de reintegración familiar.

8. *Trayectoria institucional*: por esta categoría entendemos las diversas instituciones que coadyuvan a la sobrevivencia de los menores en la calle, a aquellas que se especializan en el tratamiento de las adicciones y a aquellas que tienen por objetivo que los menores dejen la vida en la calle; los indicadores que encontramos aquí son anexos, instituciones religiosas y salidas a calle.

9. *Historia de adicción:* con esta categoría se alude al consumo de sustancias y a como las menores comenzaron el consumo; los indicadores son, grupo de pares, estrategias para conseguir sustancias y tipos de sustancias consumidas.

10. *Estrategias de sobrevivencia:* finalmente encontramos una serie de estrategias que las menores implementan para sobrevivir en calle, los indicadores son robo, “charoleo”, prostitución, relación utilitaria con familiares, vecinos de la zona e instituciones, e integración a un grupo callejero

Cada una de las categorías planteadas resultaron ser una constante en las entrevistas realizadas, la mayoría de los indicadores señalados también se encontraron en las historias de las menores entrevistadas. De acuerdo a estas categorías y sus respectivos indicadores encontramos las siguientes generalidades en las historias:

EJE 1 RED SOCIAL ANTES DE SALIDA A CALLE

“A veces había una señora que me daba de comer o cosas así, como veía que tenía hambre a veces le pedía un taco y me lo daba, porque a veces todo un día me dejaba sin comer mi papá...”

En las historias de las menores, la constante fue una red social que podría calificarse como de alto riesgo (Rubli, 1997) en la que las personas que se encontraban a cargo del cuidado de las menores pasaban poco tiempo con ellas, en la mayoría de los casos la asistencia a la escuela era irregular lo que terminó en la deserción desde los primeros años de la escuela primaria; ninguna de las menores recuerda haber recibido apoyo de algún maestro o autoridad escolar, por lo que su paso por el sistema educativo les resulta poco significativo. Las amistades en el barrio y en la escuela se encontraban en una situación muy similar a la de ellas, por lo menos en tres de las historias revisadas las primeras huidas de la casa y las primeras experiencias con droga fueron en compañía de estas amistades. En cuanto a la relación con otros miembros de la comunidad encontramos que las menores recuerdan que algunos vecinos las apoyaban proporcionándoles comida, vestido o defensa de alguna agresión de manera esporádica. La familia de las menores se encontraba, en todos los casos aislada, sin contar con el apoyo de familia extensa o amistades que pudieran brindar algún tipo de apoyo en la crianza de las menores. Los cuidados recibidos eran apenas suficientes para cubrir las necesidades de alimentación y vestido, en algunos casos solo se cubría la alimentación. Otra característica importante que encontramos fue que ninguna de las menores recordó a alguna persona o institución que le brindara algún tipo de protección significativa o que intentara impedir la salida a calle.

EJE 2 PAREJA

“Después empecé a andar con el chavo de la foto, con el cual formé una relación, según era por protección y ya después, pues ya no quería que yo le hablara a nadie, con el tiempo quería que caminara con la cabeza abajo, no le hacía caso y después tenía poco cuando empezó a golpearme, y quería que yo hiciera el amor con él. cuando él quisiera...”

Sólo en una historia encontramos que la menor no estableció alguna relación de pareja en calle, en este caso ella se definía como lesbiana y no reportó haber establecido relaciones de pareja con sus compañeras de calle. En las demás historias encontramos que la llegada al grupo de calle es casi simultánea al establecimiento de una relación de pareja con algún miembro del grupo, preferentemente con jerarquía; estas relaciones están marcadas por la protección que la pareja brinda a la menor en los primeros días de convivencia con el grupo, la pareja provee alimento, droga, vestido e instruye a la menor

en las reglas básicas de sobrevivencia. En uno de los casos encontramos que la menor se vio involucrada en robos acompañando a su pareja. La historia de violencia se repite de manera dramática, una vez que la menor se ha insertado al grupo comienzan las agresiones verbales y físicas en su contra, algunas veces motivadas por los celos, otras cuando la menor intenta alejarse de la calle o retoma el contacto con la familia, en muchas ocasiones se le culpabiliza por la falta de droga o dinero o por problemas con el grupo. En uno de los casos, la violencia fue la causa por la que la menor decidió ingresar a Casa Alianza motivada por el miedo más que por la idea de dejar la vida de calle. En las historias se repite el que las menores sigan a sus parejas de un punto de pernocta a otro, o que incluso decidan ingresar a una institución cuando su pareja lo hace. Los episodios de agresión por parte de otros miembros del grupo y/o de la comunidad se presentan cuando la menor se encuentra alejada de su pareja (ya sea por que se rompió la relación, porque él ha sido institucionalizado o porque se ausentó por un periodo más largo al acostumbrado del grupo) Son comunes las historias de relaciones al interior de las instituciones, las cuales generan conflictos con los pares y muchas veces con el mismo personal de la institución.

“No me dejaban salir fue cuando conocí a otro chavo, era mi disturbio y empecé andar ahí en el anexo y me gustaba un montón empezamos a andar, el tiempo que me tarde en el anexo fue el tiempo que anduvimos y al otro día de mi salida del anexo me fui con él a vivir...”

En los casos que encontramos que se establecieron relaciones en la institución es común encontrar que las menores escapan cuando sus parejas también deciden hacerlo; dos de las entrevistadas tienen hijos, pero sólo una procreo con su pareja de calle, la otra reporta haber quedado embarazada como resultado de una violación.

EJE 3 RED SOCIAL EN CALLE

“Ya de ahí me salía más, era entrar y salir, y ya empecé a salirme más, empecé a quedarme en la calle, deje la droga un rato, me volvía a salir, ya después se me hizo bueno quedarme a convivir con los chavos...”

El grupo de calle resulta ser la relación a la que constantemente hacen alusión las menores y que identifican como la más importante, sin importar que este matizada por agresiones y pleitos, aún cuando las menores llevaran un buen proceso en la institución el grupo de calle continúa siendo significativo y añorado, muchas veces se refieren a ellos como los hermanos o carnales y la relación continúa muchas veces aún al interior de la institución. Hablan del grupo de calle como aquel que las protegió y las acogió cuando salieron de sus casas, en las entrevistas intercalaron una gran cantidad de anécdotas referentes a esta relación, es importante señalar que en el grupo encuentran historias similares a la suya lo que crea un vínculo que tal vez sea el más importante que han tenido en su historia de vida. En cuanto a las instituciones que trabajan con niños en situación de calle recuerdan que estas les proveían de atención médica, comida y vestido (necesidades básicas), especialmente las instituciones religiosas que ocasionalmente trabajaban con ellos.

“Esos son de la gasolinera, a mi ellos me daban agua para bañarme o cuando no teníamos para comer les decía te voy a traer tu refresco y me decían que sí y me compraban una torta o les decía no he comida y me decían espérate, ya mero como y me daban de lo que les ponían sus esposas, luego llegaban sus esposas y les preguntaban que a quien era a la que le daban la comida y en vez de que se enojaran ya luego me llevaban a mi también, una tortita, luego le lavaba su puesto al de las tortas en la noche y ya en la mañana me daba mi torta y mi refresco, también luego iba y me

mandaban por sus mandados y me daban dinero. Cuando llovía y no teníamos lona, nada más tapábamos bien las cosas y nos íbamos ahí a la gasolinera y ahí nos sentábamos y si toda la noche llovía nada más íbamos por nuestras cosas y nos dejaban dormir ahí a un costado...”

La mayoría hace referencia a trabajadores y/o vecinos de la zona con los que mantenían contacto cotidiano y que les daban consejos o de los que obtenían algún tipo de ayuda que cubriera las necesidades básicas de sobrevivencia, sin embargo, también es frecuente encontrar que estos personajes eran los que las agredían constantemente, llamando a la policía, insultándolas o incluso intentando obtener ventajas sexuales de ellas. Una figura importante y constante en todas las historias es la del educador de calle, cada una de ellas hace alusión a alguno de estos educadores como factor determinante para dejar la vida de calle; al indagar más sobre este punto encontramos que el educador de calle representaba una figura diferente a los demás actores de la calle que les daba un trato que no recibían de otras personas.

“Le conté a D (educador de calle) lo que había pasado, y me dijo siento decírtelo pero te lo dijo y me quedé aquí, me dijo que qué pensaba hacer, ya me abrazó, y me dijo que todo iba a estar bien, me trajeron a poner una demanda pero no la quise poner, entonces me dijo que si me iba a ir a mi casa, iba a volver allá a que me pegara, me quería quedar aquí o si quería ir a otro lado, ellos me apoyaban, me estaba abrazando y me dijo que decidiera lo mejor para mí, que era mi decisión, ya después me quedé aquí, me pasaron a comer y después me dejaron dormir...”

EJE 4 RED SOCIAL ACTUAL

“Quiero mucho a S (personal de la institución) y me cae muy bien es la única y a la madrina de mi hijo, me dice que no me vaya para que me junte para mi cuarto, ahorita me estoy esperando porque quiero conseguir trabajo.”

Llama la atención la poca información que proporcionaron en este punto, sólo en tres entrevistas las menores refirieron mantener una relación significativa con personal de la institución, en dos de ellas comentaron que era una relación importante porque la persona era simpática y en otra por que la escuchaba. Llama la atención que en los tres casos se trata de la misma persona. El contacto con la familia en algunos casos es esporádico, en otros es nulo. Las relaciones más fuertes al interior de la institución resultan ser nuevamente los pares con quienes comparten la mayor parte del día y actividades, estas relaciones van desde la amistad estrecha y la complicidad para romper las reglas de la institución hasta el enfrentamiento abierto. En uno de los casos de una menor que trabaja fuera de la institución refiere que sus relaciones con compañeros de trabajo (chicos de la misma edad) es lejana.

EJE 5 CONTEXTO FAMILIAR

“Ahí a la “vulca”, me quedaba ahí y andaba toda mugrosa, mi papá componía llantas, no me cambiaba, no tenía ropa, me ensuciaba muy rápido porque como las llantas son muy sucias, y entonces me quedaba y a veces mi papá tampoco me daba de comer y andaba ahí nada más de vaga, andaba nada más viendo que hacía, después me fui a casa de mi abuelita.”

Encontramos que el contexto familiar está marcado por la pobreza, en uno de los casos extrema. Todas las chicas provienen de los cinturones de pobreza de la ciudad, algunas pasaron sus primeros años en vecindades, una de ellas en una casa de cartón sin ningún servicio; los trabajos que realizan los tutores y progenitores se relacionan al comercio informal, el trabajo doméstico y la construcción. En todos los casos encontramos que el trabajo que realizan los tutores o progenitores es poco constante y esto se refleja en los ingresos familiares.

“Ahí por mi barrio ahí se juntan varias bandas y pues yo me juntaba con una de ellas...”

Los barrios de los que proceden las menores se caracterizan por un alto grado de inseguridad y el fácil acceso a las drogas.

“Yo trabajaba desde las 6 de la mañana, porque me salí de la escuela. De 6 de la mañana a 12 de la noche y yo trabajaba...”

En todos los casos encontramos que las menores comenzaron a trabajar desde muy pequeñas, en el trabajo doméstico o en el apoyo a las actividades de sus padres o familiares.

EJE 6 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

“Me crié en Lindavista con mi papá y con mi mamá, bueno pero con mi mamá nada más estuve un tiempo cuando tenía como 3 años, pero no la recuerdo muy bien, vivía con mi hermano y mi otro hermano, después mi mamá se fue y nos dejó solos con mi hermano, mi abuelita y mi papá, pero nunca supe porque, porque se habían alejado o cosas así, no? ...”

En todos los casos encontramos que hay ausencia de uno de los progenitores, en la mayoría se tiene poca información sobre el padre o madre que se ausentó ya que la separación sucede cuando las menores son muy pequeñas. En los dos casos en los que la madre se fue, las menores se quedaron al cuidado del padre, en ambos el padre era alcohólico y delegaba el cuidado de los hijos a otras personas. Sólo en una de las historias encontramos que la menor desconocía quienes eran sus padres y la persona que se quedó a su cuidado no tenía ningún parentesco con ella. En las demás historias encontramos que el progenitor que se queda solo establece nuevas parejas con quienes procrean hijos. En los casos en los que las menores viven con la madre la relación está marcada por la violencia física; cabe señalar que la relación con la madre (en todos los casos) se reanuda cuando la menor ingresa a la institución) aunque no se trate de una relación constante el contacto se recupera, aún en los casos en los que la madre estuvo ausente desde los primeros años de vida, no así con el padre. Encontramos también que los niños van pasando de un familiar a otro sin que tengan una residencia estable.

“Cuando le dije a mi mamá que mi hermano quiso abusar de mí, me dijo que era una mentirosa, y ya cuando le volví decir a mi mamá que mi hermano me quería comprar con mil cosas, entonces mi mamá dejó de ser así como muy estricta y entonces mi mamá ya me ponía más atención pero pues ya no era lo mismo...”

En cuatro de las historias las menores refieren intentos de abuso sexual por parte de algún familiar, aunque en ningún caso reconocen que el abuso se haya consumado.

EJE 7 RELACIÓN ACTUAL CON LA FAMILIA

“Pues es que la familia de mi mamá sabe donde vivimos, me buscaron y me dijeron que mi mamá nos quería ver, pero a mi porque a mi hermano no lo quiere (...) y se fue a EU, me quería llevar allá, está viviendo allá. Hablamos mi mamá y yo, nos quería llevar a las dos, me dijo que me quedara en casa de mi abuelita, le prometí que no me iba a salir pero yo no quería estar, y que me salgo y entonces fue cuando perdí el contacto con ella, hasta que vino mi hermano el de EU aquí a Casa Alianza y me buscó a mi y a mi hermano J cuando estaba anexado, a mi me daba dinero (...) nos llevamos muy bien mi hermano yo porque el no quiere a mi papá, y yo no quiero a mi mamá, quieren que me vaya con todo y mi hija, pero quieren que me vaya, yo aparte y ella aparte, así la quieren cruzar, pero me dice mi tía que no que esta muy mal, que que tal que no la vuelvo a ver, le digo, pues no ...”

Salvo en el caso de la menor que no tiene información sobre su familia, la institución ha contactado a los familiares de las menores pero en ningún caso ellas contemplan como alternativa reintegrarse a la familia, sea esta nuclear o extensa. El contacto es esporádico, sólo en un caso se realizan visitas familiares pero la menor niega la posibilidad de volver a vivir con su familia.

EJE 8 TRAYECTORIA INSTITUCIONAL

“Yo me quedé sola en la calle y me llevaron hasta la Gabriel Hernández, fue la primera casa hogar que yo toque con el Estopas, creo que Parque Urbano se llamaba, ahí conocí también a chavos, pero ya a la semana me salí con las dos Gabys...”

En todos los casos encontramos que las menores han pasado por lo menos por una institución antes de ingresar a Casa Alianza. Algunas de las instituciones son religiosas pero su permanencia ha sido breve

“El anexo esta en Texcoco ¿cómo decidiste entrar al anexo? Porque supuestamente ya quería dejar desde hace mucho tiempo la droga, lo agarré como un pretexto, terminé mi etapa de estar ahí pero volví a lo mismo, no duré ni dos días entera. Y pues, estuvo chido, nada golpes, pero no era lo mío...”

La mayoría ha ingresado por lo menos una vez en su vida a anexos (grupos que trabajan con una metodología derivada de la filosofía de Alcohólicos Anónimos); sólo dos concluyeron el programa pero volvieron a recaer y las demás se escapan antes de concluir. Entre las razones por las que dejan los anexos e instituciones las más comunes son por una pareja, amigas que deciden escapar, malos tratos o conflictos con pares.

EJE 9 HISTORIA DE ADICCIÓN

“Al 3er día empecé a ver como andaban moneando todos, y les decía dame u pedazo y me decían no, no me querían dar droga, esa vez no había nadie y que le digo a un chavo dame un pedazo y me dice, ya te drogaste y le dije no, yo ya me drogo, ya me regalo el pedazo y empecé a sentir como me atontaba, me empecé a marear, fue cuando agarré el activo”

En las entrevistas encontramos que las menores inician el consumo constante al momento de integrarse al grupo de calle, en todos los casos comienzan con el consumo de solventes y alcohol; las menores, una vez integradas al grupo, dedican una parte importante del día a conseguir dinero para comprar solventes y el consumo se da durante la mayor parte del día. La pareja dentro del grupo también juega un papel importante ya que es quien proporciona la droga o bien, ellas realizan actividades que permitan proveer la droga para ella y el compañero. Las menores relatan que muchas veces hay conflictos con otros niños del grupo pro la droga y son comunes las peleas físicas para despojar a otros de la sustancia. Después del activo reportan el consumo de derivados de la cocaína (conocidos como roca) y marihuana. Las menores que pasaron por grupos de auto ayuda y tratamientos de adicción refieren que al volver a salir a calle y reintegrarse al grupo reinician el consumo casi de inmediato.

“Yo sé que la droga no la podemos controlar porque ella nos controla, y así se llevan las cosas...”

EJE 10 ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA

“A veces me iba con una chava y con ella a veces ahí estábamos, empezábamos a drogarnos y fue cuando conocí a Y, y Y ya sabes, no, que las prostituye, me fui con ella, se me hizo fácil, me dijo vámonos y vas a estar bien y yo dije va, y me quedé con ella en un hotel y esta Y me dijo pues te van a dar dinero, párate en una esquina y lo que ganes me lo das...”

En la sobrevivencia en calle encontramos que las menores recurren en alguna ocasión al robo (en algunos casos de manera indirecta como cómplices en casos de robo calificado) en la modalidad de *fardeo* o robo hormiga en centros comerciales.

“Porque nosotros charoleábamos, le pedíamos dinero a la gente, entonces pedíamos para comer, mi hermano yo, como estábamos chiquitos pues la gente si nos daba dinero...”

La principal estrategia de sobrevivencia es el *charoleo*, es decir, pedir dinero en calle. Algunas menores refieren haber recurrido a su familia en algún momento para pedir apoyo económico o para recuperarse después de algún incidente en calle, pero el contacto es momentáneo. En un caso una de las menores aceptó haber recurrido a la prostitución como una manera de tener un mejor nivel de vida en calle (obtener mejor ropa y poder pagar un hotel para pasar la noche) La principal estrategia es la integración grupo de calle, ya que este asegura compañía, protección contra agresiones de otros actores de la calle y un medio para conseguir droga; en el grupo de calle aprenden a pedir dinero, a que instituciones acudir cuando requieren de algún servicio y los lugares en los que pueden pernoctar.

CONCLUSIONES

Del análisis de las entrevistas y de las categorías encontradas, podemos dividir las conclusiones en características de la familia y características de la red social. En el rubro de características de la familia encontramos los siguientes puntos:

- En las entrevistas realizadas observamos que las familias de las que provienen nuestras informantes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, en el que la prioridad familiar es la sobrevivencia y la obtención de recursos económicos que cubran necesidades básicas y en algunos casos adicciones.
- Se trata de familias en las que los padres se encuentran separados, alguno de los padres está ausente (generalmente la menor cuenta con poca información acerca de las causas de esta ausencia o incluso ignora quien podría ser su padre o madre, o bien desconoce la situación actual del progenitor ausente) o en la que ambos se ausentaron, dejándola al cuidado de algún familiar o tutor.
- El padre o la madre cuentan con una nueva pareja y la familia se compone con los hijos de anteriores relaciones. En algunos casos, en los que la madre ha criado sola a los hijos, estos son resultado de diferentes relaciones.
- El cuidado de los hijos se delega hacia algún miembro de la familia extensa (abuela o tías) ya sea por que el progenitor (o progenitora) tienen la necesidad de trabajar o presenta problemas de adicción, alcoholismo o se dedica a actividades delincuenciales.
- El común denominador de las entrevistas es el referente a la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual, por parte de los mismos padres o de los familiares a los que el cuidado ha sido delegado.
- El trabajo infantil es otra de las características que encontramos en estas familias, ya que debido a las carencias económicas del grupo familiar se hace necesario que estas niñas salgan a conseguir recursos económicos para apoyar la subsistencia de la familia.
- Encontramos que en las historias de nuestras informantes las familias no cubren necesidades afectivas ni materiales, preocupándose poco por el cuidado operacional de los hijos (higiene, salud, alimentación)
- En algunos casos, la familia extensa está totalmente ausente; las menores desconocen o tienen poco contacto con los familiares de los progenitores y del o la progenitor a cargo.

Predomina la percepción global de la familia extensa como un grupo que rechaza o al que no se pertenece.

En cuanto a las características de la red social antes, durante y después de la vida en calle encontramos los siguientes puntos:

- Antes de la salida a calle la red social de las menores está compuesta por pocas personas, generalmente algún vecino, algún miembro de la familia extensa y uno de los progenitores o el tutor; las instituciones se encuentran prácticamente ausentes. La densidad de la red es baja, ya que hay poca conexión entre las personas que componen la red de las menores. Las personas que componen la red se encuentran alejadas de las menores, aunque la convivencia sea cotidiana, conocen poco sobre las necesidades y experiencias de las niñas; así mismo el acceso a esta red resulta difícil, en el caso de la familia extensa debido a que se tiene poca o nula información sobre los familiares y en la familia de origen, la misma dinámica familiar no permite que las menores establezcan relaciones de cercanía; así mismo las relaciones con las personas del entorno también son lejanas y de difícil acceso ya que son esporádicas (dentro del mapa de red social del la figura 1 estarían ubicados en el último cuadrante), aún cuando geográficamente resulten cercanas; amistades de los progenitores, maestros y personal de salud ni siquiera son mencionados en las entrevistas. Las menores desconocían si había instituciones que pudieran apoyarlas y los vecinos resultaban ser una red de difícil acceso ya que el contacto era esporádico. Se trata de redes homogéneas, en el que no hay un intercambio de experiencias que pudiera dar como resultado alternativas de solución a la problemática familiar. En cuanto a los atributos del vínculo, las redes de nuestras informantes son muy pobres ya que no hay cuidado, la reciprocidad es mínima o nula y aún cuando haya convivencia cotidiana el contacto no toca lo afectivo. Podemos concluir que las redes de las menores, antes de su salida a calle no cumplían con ninguna de las funciones que de acuerdo a Sluzki (1998) caracterizan a una red social efectiva.

- En calle encontramos una red social con características similares; sin embargo, el grupo callejero a diferencia de la familia, proporciona compañía social y en algunos casos apoyo emocional (tanto como se puede brindar de menor a menor); tal vez la más importante sea la ayuda material y de servicios que provee el grupo callejero (que en la familia no siquiera era cubierta) Sin embargo, es una red de alto riesgo debido a que a que está conformada por un número reducido de miembros; el grupo de calle resulta ser con el que se acude de manera cotidiana, lo que no permite que se generen nuevas alternativas de solución a problemas (sin contar que quienes componen el grupo se encuentran en la misma situación que las menores) y no permite que sus miembros establezcan relaciones más allá de las que el grupo considera apropiadas (el mismo grupo indica con que vecinos e instituciones se puede tener contacto) Durante la vida en calle la relación con la familia queda cancelada o resulta esporádica, además de que es común que los menores busquen un grupo que geográficamente este alejado de su lugar de origen. Sin embargo, en calle entra en juego un elemento que estaba ausente en la familia, las instituciones que realizan trabajo con menores en situación de calle. Estas instituciones, como miembros de la red social, proporcionan apoyo emocional, ayuda material y de servicios, guía cognitiva y consejos y sobre todo, acceso a nuevos contactos. La figura más fuerte en este sentido es la del educador de calle a quien perciben como proveedor de afecto y apoyo significativo. En las entrevistas realizadas encontramos que esta figura resulta ser la más fuerte y efectiva en la vida en calle.

• En cuanto a la red social dentro de la institución, contrario a lo que esperábamos encontrar, las menores perciben que las relaciones dentro de esta son poco significativas, estableciendo relación con una sola persona dentro de la institución. Se trata nuevamente de una red de alto riesgo por los contactos limitados con otros actores y las pocas posibilidades de establecer nuevas relaciones que no estén dentro del mundo de la calle. La red social en la institución está conformada por la familia, con quienes mantienen contacto esporádico y a la que no identifican como una alternativa de vida, por el personal de la institución y la institución misma a la que perciben como una fuente de apoyo material. Las menores que llegan a establecer relaciones fuera de la institución refirieron que no las consideran significativas, es decir, aquellas que asisten a una escuela o trabajan, no logran establecer relaciones importantes en estos entornos. Al tratarse de una red social homogénea, encontramos que las relaciones tanto con el personal como con los demás menores institucionalizados son conflictivas y poco efectivas para la resolución de problemas, aunque a diferencia del entorno familiar y de calle si es en los hechos una red más efectiva, por lo que a regulación social y a ayuda material y de servicios se refiere.

Todo lo anterior nos muestra claramente que las características de la red social de las menores y sus familias juegan un papel determinante para iniciar la vida en calle. La forma en que las menores construyen esta red a lo largo de su vida no varía, ya que esta continúa teniendo características similares a lo largo de su vida, tanto en calle como en instituciones. Al no poder observar “como se teje” esta red social en los hechos, tenemos como único referente la experiencia de nuestras informantes, sin embargo, el cómo han construido su experiencia respecto a la red social nos lleva a pensar que en los hechos está no ha sido efectiva, ya que aún en la vida dentro de la institución las menores no son capaces de identificar personajes que puedan apoyarlas en la resolución de sus problemáticas y/o brindarles alternativas de vida diferentes a la calle y la institución. Podríamos pensar que al percibir una red social débil, la experiencia de sobrevivencia en calle y los patrones que en esta se gestan seguirán siendo los que dominen a lo largo de su vida ya que han sido los más efectivos en su historia de sobrevivencia. Llama la atención, que aún cuando han pasado un periodo largo en la institución, las relaciones afectivas más importantes continúan siendo aquellas que establecieron en calle.

Si trasladamos todo lo anterior a la situación de los menores que se encuentran en situación de calle podríamos adelantar que la opción de abandonar el hogar tiene una fuerte relación con las características de la red social que rodea sus primeros años de vida; que la permanencia en calle y la dificultad con la que se encuentran las instituciones que trabajan con estos grupos para ofrecer una opción de vida diferente, se relaciona también con las características que estos menores encuentran en los grupos callejeros, que resultan ser mucho más efectivos y significativos a los que encontraban en casa. Finalmente, creemos que la corta permanencia en las instituciones tendría que ver también con las pocas posibilidades que esta les brinda a los menores para establecer una red social más amplia, significativa y efectiva.

REFERENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

- Adler-Lomitz, L. (1994). "Supervivencia en una barriada en la ciudad de México. *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de Antropología Latinoamericana.*" México. Miguel Angel Porrúa/UNAM.
- Bellamy. C. (1997). "Children of the streets". En: *Natural History*. 106. 6 P4.
- Bronfman M. (2000). "Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil". México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM
- Contreras, S. (1995) "Los niños que viven en la calle: un grupo en Taxqueña. Estudio Descriptivo". Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- D'Abreu, R.; Mullis, A. & Cook, L. (2001). "Social support and the ability to adapt to life among brazilian street children and non-street children". *Journal of social psychology*. 141. 1. pp127-130.
- Donald, D. & Swart-Kruger, J. (1994). "The south african street child; developmental implications". *South African Journal of Psychology*. 24.4 pp169-175.
- Gómez, M., y Santamaría, G. (2001) "Representación de la familia en adolescentes de la calle institucionalizados y no institucionalizados". Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Hernández, S.; Fernández C. & Baptista, L. (1998). "Metodología de la investigación" México: Mac Graw Hill.
- Kaminsky, D. (1995). "Street children". *World Health*. 48. 4. p26-28.
- Le Roux, J. & Smith, C. (1998a). "Causes and characteristics of the street child phenomenon: a global perspective". *Adolescence*. 33, 131, pp683-689.
- Le Roux, J. & Smith, C. (1998b). "Public perceptions of, and reactions to, street children". *Adolescence*. 33, 132, pp901-914.
- Le Roux, J. & Smith, C. (1998c). "Is the street child phenomenon synonymous with deviant behavior?". *Adolescence*. 33, 132, pp915-926.
- López, A. (1996). "¡Nos desprecian porque somos pobres! Desarrollo de un estilo de vida en los espacios públicos: las bandas de niños y jóvenes de Garibaldi y Casa de Todos." Tesis de licenciatura. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Milanese, E.; Merlo, R.; Machín, J. (2000). "Redes que previenen". México: Instituto Mexicano de la Juventud/SEP
- Monteiro, J. & Dollinger, S.(1998). "An autophotographic study of poverty, collective orientation and identity among street children". *Journal of Social Psychology*. 138. 3. Pp403-406.
- Neuman, W.(1997). "Social research Métodos". Allyn and Bacon. New York
- Rubli, D. (1997). "El equilibrista y su red: redes internas y redes sociales". *Psicoterapia y Familia*. VII .1
- Scanlon, T.; Tomkins. A.; et al (1998). "Street children in latin America". *British medical journal*. 316. 7144. P1596-1600.
- Sluzki, C. (1995). "Migración y las vicisitudes de la red social". *Psicoterapia y Familia Especial* 5º Congreso. Pag. 35
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). "Introducción a los métodos cualitativos de investigación" México: Paidós.
- Walsh, C. (1997). "Street children around the world." *America*. 177.8. pp18-21.

CAPÍTULO 5

ATENCIÓN TERAPÉUTICA, DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

*“...Y ES QUE EN LA TERAPIA, LO AFECTIVO ES LO EFECTIVO”
DR. RAYMUNDO MACIAS. COMUNICACIÓN PERSONAL*

I. A PROPÓSITO DEL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN TERAPIA FAMILIAR

La forma más sencilla en que se puede describir el objetivo del Programa de Maestría en Terapia Familiar, podría ser la siguiente, formar a terapeutas familiares a través del desarrollo de ciertas competencias profesionales, las cuales son:

- a) Habilidades teóricas conceptuales.
- b) Habilidades clínicas.
- c) Habilidades de investigación y enseñanza.
- d) Habilidades hacia la prevención, y
- e) Habilidades de ética y compromiso social.

Si bien es cierto que el desarrollo de dichos puntos implica la realización de diferentes experiencias y actividades, mismas que han sido plasmadas a lo largo de este trabajo, sin duda alguna, las actividades relacionadas con la residencia de un campo de conocimiento específico, en este caso, el de la terapia familiar, son aquellas que exigen una mayor integración y articulación en la práctica de dichas habilidades profesionales. En otras palabras, es en el trabajo clínico donde se puede observar mejor el grado de desarrollo profesional del residente. Por otra parte, el ejercicio de la terapia familiar no se da en un ambiente artificial y controlado, es en cambio una práctica viva y cotidiana que exige del profesional una constante revisión, así como capacidad para integrar y aplicar conocimientos a un campo que, precisamente por ser real, es diferente a las necesarias abstracciones que los modelos teóricos tienen que hacer para poder ser transmisibles.

De esta forma, se puede considerar que la intervención clínica no es únicamente la puesta en práctica automática de un saber constituido y finito ajeno a la revisión, por el contrario, consiste en el desarrollo constante y creativo de un pensamiento siempre nuevo que tiene su piedra de toque en el bienestar de las personas. De ahí que la formación como terapeuta familiar no sea meramente técnica, sino que exige un pensamiento crítico dispuesto al cambio.

En este momento considero justo mencionar una de las particularidades de la intervención clínica con enfoque sistémico. Como se puede observar a lo largo de todo el desarrollo del capítulo 3, en el caso de la terapia familiar con enfoque sistémico, investigación y práctica clínica están necesariamente fusionadas, y como resultado de lo anterior, muchos elementos que en su origen estaban vinculados a la investigación, han sufrido una refundición para devenir instrumentos del trabajo clínico. Tomando algunos ejemplos, vemos como el cristal sin azogue que fue pensado como un instrumento de investigación que permitía guardar la “objetividad científica”, poco a poco y con el desarrollo de los modelos devino un instrumento terapéutico que acercó al cliente con el

profesional, como se puede observar en la terapia reflexiva. Destinos similares fueron los del interfón, la videograbación, y sobre todo, el del equipo de observadores atrás del espejo. En efecto, aunque en las siguientes líneas se consigne el trabajo de este autor, únicamente en aquellos casos en que estuvo directamente frente a un cliente, el poder dar cuenta de su desarrollo profesional, tal vez resulte desequilibrado si no se menciona, aunque sea brevemente, la enorme importancia que en dicho proceso juega el trabajo dentro de un equipo terapéutico que se encuentra atrás del espejo. Incluso, tal vez habría que reconocerse que sin el concurso de dicha participación, resultaría extremadamente difícil, si no imposible el poder realizar dentro de uno mismo, los cambios en la visión epistémica, de la lineal a la circular, que caracteriza a la terapia familiar sistémica.

Otra experiencia de formación que resultó enriquecedora, fue la modalidad de trabajo en co-terapia. Aunque se suele mencionar que si no hay cuidado, la co-terapia se puede fácilmente convertir en la práctica en dos tratamientos simultáneos y poco coordinados, que confunden aún más al cliente. Con la suficiente cantidad de respeto y conocimiento tanto de uno mismo como del co-terapeuta, las cosas no tienen que ser así. La co-terapia que sigue estos principios suele ser más enriquecedora para todos los que participan en ella, porque la discrepancias entre los terapeutas, en lugar de ser una fuente de conflicto, se instituyen como la diferencia que crea la diferencia, y la terapia adquiere un carácter *estereoscópico*. Con relación a la formación, la práctica respetuosa de la co-terapia también representa una experiencia única, ya que no sólo nos pone en contacto con otros estilos terapéuticos, sino que además, y por contraste nos permite aprender más de nosotros mismos. De hecho, la intervención clínica en Casa Alianza, sólo fue posible gracias a la práctica co-terapéutica.

II. SOBRE LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA

El Programa de Maestría en Psicología contempla que en los diferentes campos de aplicación se brinde atención terapéutica a aquellas personas que lo soliciten. Sin bien, dicha atención permite que los residentes desarrollen sus competencias profesionales, son estas mismas competencias, sobre todo, las relacionadas con la ética y el compromiso social, las que le señalan al residente el hecho de que el interés terapéutico no puede estar subordinada a ningún otro, sobre todo en lo concerniente al interés pedagógico o académico. Afortunadamente durante el periodo de formación que cubre este trabajo, se consiguió un balance favorable entre el aspecto terapéutico y el académico. En mi caso en particular, donde las actividades de residencia se desarrollaron principalmente en dos escenarios (el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y Fundación Casa Alianza México), este balance se dio de la siguiente manera:

En el Centro de Servicios Psicológicos, las condiciones físicas permitieron en un gran número de casos, poder atender los criterios académicos formales; mientras que, por otra parte, en Casa Alianza México, el criterio que se privilegió fue el terapéutico, comprendiendo, por supuesto en él las habilidades de atención y prevención comunitaria.

SOBRE LA SUPERVISIÓN

Un elemento muy importante en el entrenamiento de las habilidades profesionales del terapeuta familiar sistémico, es la supervisión, mismo del que ya se habló anteriormente. Durante mi entrenamiento como terapeuta familiar en el Programa de Maestría en Psicología, fui supervisado bajo dos modalidades, a saber:

- Supervisión directa. Esta modalidad estuvo presente a lo largo de los 4 semestres que comprende el Programa. Al principio, fue la única modalidad conforme se iba avanzando en el entrenamiento dio paso a la...
- Supervisión narrada. Fue el medio de trabajo que, durante el último semestre, nos permitió atender a un mayor número de clientes.

La supervisión resulta necesaria para que el residente pueda familiarizarse, primero, y posteriormente llegue a dominar los diferentes modelos terapéuticos. De esta forma, se recibió supervisión de los siguientes modelos terapéuticos: a) Modelo estructural; b) Modelos relacionados directamente con la Escuela de Palo Alto (terapia estratégica; breve o MRI; enfoque de soluciones); c) Modelo de Milán; d) Modelo narrativo; e) Equipo reflexivo.

Además, se tuvo la oportunidad de supervisar el modelo terapéutico particular del Dr. Raymundo Macías, quien después de formarse como psiquiatra y psicoanalista fromniano retomó estos elementos y los integró de forma personal con el enfoque de Nathan Ackerman, con quien se entrenó como terapeuta familiar.

Aunque desde un punto de vista didáctico, sería ideal que la supervisión respetase la pureza del modelo, esto es del todo imposible, debido entre otros motivos, a lo siguiente: en primea instancia, una razón de orden epistémica nos señala que, al ser los diferentes modelos elaboraciones de los anteriores, no se puede aislar en la totalidad a un modelo. En segundo lugar, la formación de todo terapeuta familiar sistémico, incluyendo la de los propios supervisores, contempla la revisión de varios modelos y en el momento de la práctica clínica resulta doblemente difícil ser terapéuticamente eficiente y deslindar las diferentes tradiciones terapéuticas que convergen en nuestra práctica clínica. Otro punto a considerar es que cada terapeuta desarrolla su estilo terapéutico y un modelo único implícito del cual es casi imposible deslindarse y que obviamente no se corresponde al 100% con los modelos puros. Por último, como una consideración de orden ético, las características tanto de los clientes como de sus problemáticas pueden ofrecer mejores perspectivas de tratamiento bajo uno u otro modelo, por lo cual resulta una falta ética tratar de apegarse a un modelo bajo intereses académicos, si es que hay otro procedimiento que además de dominarse ofrezca mayores esperanzas de dar resultado. En este sentido, es importante hacer notar la enorme pericia de todos los supervisores que consiguieron mostrarnos el funcionamiento de los distintos modelos aunque la práctica clínica no lo permitiera directamente.

SOBRE LOS CLIENTES

Haciendo una agrupación muy rápida y burda, se puede señalar que la gran mayoría de los casos que atendí, caen en tres categorías, éstas son:

- Los problemas de pareja, que incluyen quejas tan amplias como la falta de comunicación y problemáticas tan frecuentes como la violencia en la pareja y la infidelidad.
- Los problemas relacionados con los hijos, que incluyen las dificultades escolares, las dificultades en el manejo y educación; y en el caso particular de Casa Alianza, la reintegración del niño en situación de calle.
- Los problemas relacionales.

La ventaja de clasificarlos de esta forma, radica en que marcan a su vez tres modalidades distintas de trabajo, que respectivamente son:

- Trabajo con parejas.

- Trabajo con el grupo familiar.
- Trabajo individual.

Con relación a la duración y estado de los procesos terapéuticos, hay que señalar algunos factores que influyen notablemente en los mismos. Por principio de cuentas, la dificultad para ajustar horarios, restringe la posibilidad de adecuarse a la situación cambiante del cliente, por ejemplo, un compañero no pudo continuar un proceso terapéutico, que entre sus objetivos tenía apoyar a una persona para encontrar trabajo, porque al cumplir esta meta, el cliente no podía faltar para acudir a su horario de consulta, quedando los otros objetivos terapéuticos suspendidos. Otro de los factores a considerar, es la demora que existía entre la solicitud y la primera cita. Muchos clientes habían perdido la motivación inicial y no llevaban su proceso más allá de unas cuantas sesiones. Los espacios terapéuticos disponibles también representaban una restricción importante, y no sólo con relación a las cámaras con equipo de videograbación disponible, sino que también había pocos los espacios de supervisión. Cada modelo supervisado contaba con tres horas semanales, lo que se traducía, en el mejor de los casos, en seis clientes atendidos con una periodicidad quincenal que a veces no era la más adecuada. De esta forma, sólo se podía atender a lo sumo ocho sesiones por semestre por cliente, por lo que necesariamente los procesos tienen que ser breves, acotados y con objetivos claros, y en este sentido, es importante destacar que cualquier cambio, por pequeño que sea, representará un éxito terapéutico si consigue modificar para bien las condiciones del cliente, permitiéndole así amar y trabajar.

En mi caso, debido a la asignación de espacios terapéuticos y supervisores directos, los modelos en los que principalmente supervisé son los relacionados con la Escuela de Palo Alto; así que para equilibrar, mi co-terapeuta en Casa Alianza y yo decidimos trabajar principalmente con enfoque narrativo.

En el siguiente cuadro, presento una relación de los casos que atendí durante el periodo que cubre este reporte dentro de las actividades del Programa de Residencia.

Posteriormente, se procederá el análisis profundo de 4 ellos (marcados con ✓ en el cuadro), que se escogieron de entre todos ya que su análisis resulta particularmente ilustrativo del proceso de desarrollo de las competencias profesionales del autor y de la atención terapéutica brindada por él en distintos escenarios.

**RELACIÓN DE CASOS ATENDIDOS
PERIODO 2002-1 / 2003-2
ALFREDO FERRAT MEDINA¹**

Caso	MÓDELO TERAP.	INTER	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADO	S#	SUPERVISOR	LUGAR	SEDE
Kh ✓	Estratégico y breve	-Terapeuta -equipo -directa	Problemas relacionales	Alta mejoría	14	M.B. Moctezuma	Cámara/ cubículo	Serv. psicol.
A.A	Soluciones	-Co-terapia -equipo -narrada	Problemas de comunicación	Alta mejoría	8	P. Moreno/ M.B. Moctezuma	Cámara	Serv. psicol.
G.L	Integración	-Co-terapia -equipo -narrada	Violencia intrafamiliar	Baja disolución de pareja	8	P. Moreno/ M.B. Moctezuma	Cámara	Serv. psicol.
LyM ✓	Estratégico y Breve	-Terapeuta -equipo -directa	Problemas de pareja y crisis matrimonial	Deserción implicación personal	5	M.B. Moctezuma	Cámara cubículo	Serv. psicol.
Em ✓	Breve	-Terapeuta -equipo -narrada	Conflicto de pareja	Alta mejoría	6	M.B. Moctezuma	Cámara cubículo	Serv. psicol.
F. H ✓	Breve y estratégica	-Terapeuta -equipo -narrada	Problemas escolares y de conducta	Baja No compromiso	7	M.B. Moctezuma	Cámara Cubículo	Serv. psicol.
E y L	Integración de modelos	-Co-terapia -equipo -directa	Problemas conyugales	Baja quebrar acuerdos	8	R. Macías	Cámara	Serv. Psicol.
E	Breve	-Terapeuta - narrada	Derivado del proceso de pareja	Alta mejoría	20	R. Macías	cubículo	Serv. Psicol.
C	narrativa/ posmoderno	-Terapia coordinada	Derivado del proceso del tutor	Vinculado a proceso del tutor	5	N. Rentería	Jardín	Serv. Psicol.
R	Breve	-Co-terapia	Reintegración familiar	Alta por mejoría	6	Sin supervisión	cubículo	Alianza
P	Narrativa	-Co-terapia	Abuso sexual	baja	4	Sin supervisión	cubículo	Alianza
V	Narrativa	-Co-terapia	Reintegración	alta	4	Sin supervisión	cubículo	Alianza

¹ Generalmente se usan las iniciales y los seudónimos para preservar la confidencialidad de los clientes en los reportes de caso. En lo personal, no me siento a gusto leyendo un historial con iniciales, por lo que me decanté a favor de los seudónimos, Si en esta ocasión escogí nombres árabes es porque son lo suficientemente poco familiares para cumplir bien su función de ocultamiento.

KHADIJA

14 SESIONES
 MODELO: BREVE Y ESTRATÉGICO

PRESENTACIÓN DEL CASO

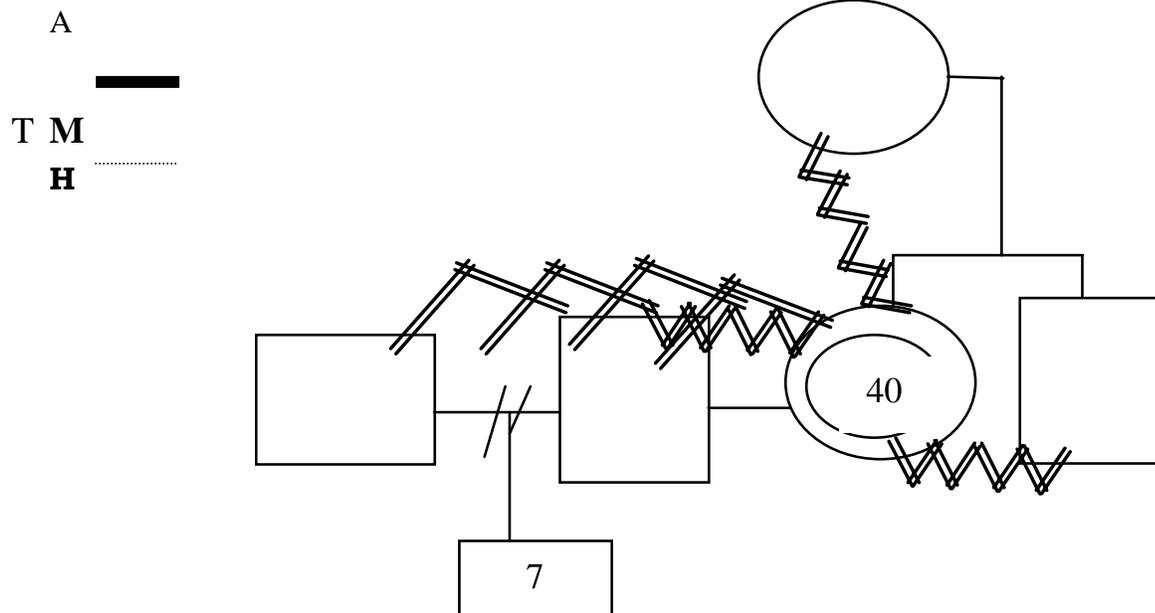
DESCRIPCIÓN

En el momento en que inició su proceso terapéutico, Khadija era una señora madura de aproximadamente cuarenta años, pero, su arreglo personal aunque adecuado, la hacía parecer de mayor edad. Khadija es profesionista, con estudios de posgrado y profesora de su especialidad. Se presentó a solicitar consulta sumamente nerviosa y demandante, durante la primera sesión, se mostró agitada y enojada. Presentaba varios tics nerviosos y cierto movimiento estereotipado al hablar. Se acordó con ella su asistencia semanal.

MOTIVO DE CONSULTA

En su ficha de ingreso, se podía leer el siguiente motivo de consulta: "recibir atención psicológica personalizada para resolver los problemas con mi pareja". Ya en sesión, agregó que también quería recibir tratamiento terapéutico para complementar el tratamiento médico de la "epilepsia subclínica" que padece.

MAPA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA



HISTORIA DEL PROBLEMA

La violencia siempre fue una constante en el entorno familiar de origen de Khadija. Cuando ella era pequeña, su padre, un reputado científico e investigador, se comportaba agresivamente, golpeaba a todo el mundo y era presa de estallidos de mal humor sin motivo aparente. Khadija, ante esta situación, se enojaba mucho con su madre por permitirle a su padre el ser tan violento y jamás oponerse a él. Khadija intuyó que padecía epilepsia por primera cuando empezó a salir con muchachos, ya que después de una cita o dos no volvían a buscarla, por lo que comenzó a sospechar que algo andaba

mal con ella. Sólo fue hasta varios años después cuando un análisis neurológico le reveló su condición.

Khadija mencionó que la epilepsia que padece, tiene carácter subclínico y aunque no presenta convulsiones, se manifiesta con ataques de irritabilidad incontrolable. La gente, al tratar con ella, la rechaza lo que le produce tristeza, pero lo que le duele más es el rechazo de su propia familia, en especial, el de su madre y el de su hermano mayor. La madre, una señora de más 80 años, dedica su tiempo y su dinero para viajar al extranjero, ya que su situación económica es muy buena. Cada vez que Khadija intenta acercarse a su madre, ella la rechaza. Muy enojada aseguraba que no estaba dispuesta a soportarlo más.

Khadija decía encontrarse en una situación insoportable, debido a que tenía que depender económicamente de su madre ya que se encontraba enfrascada en un juicio con su ex esposo, mismo que consumía todos sus recursos. Ella promovió el juicio, que era por corrupción de menores, puesto que, aseguró, su ex esposo llevaba a su hijo de cuatro años a centros nocturnos de apuestas, donde el niño quedaba al cuidado de prostitutas.

PROBLEMÁTICA JERARQUIZADA

Como resultado del trabajo con Khadija, se definieron las siguientes problemáticas a tratar: Problemas relacionales con su madre, con su pareja y con su hijo.

Los datos clínicos referentes al trastorno epiléptico fueron considerados en la evaluación, pero no constituyeron una meta terapéutica, el esfuerzo se centró en ayudarlo a enfrentar sus dificultades relacionales, en las cuales, el trastorno epiléptico cumple un papel importante.

INTENTOS DE SOLUCIÓN

Khadija buscó atención médica en instituciones especializadas sin seguir un tratamiento en forma. También ha intentado diversas modalidades de terapia psicológica tanto para ella como para su hijo, mismas que abandona cuando ya no se siente a gusto. En cuanto a la relación con su madre, sus intentos de solución consisten en comunicarse con ella para llegar a un acuerdo y después cumplirlo. Esto no ha funcionado porque la madre no respeta los acuerdos y ella al terminar enfureciéndose tampoco los respeta. Estos intentos de solución pueden agruparse dentro de la modalidad de “más de lo mismo” y por lo tanto implican que se le ayude a Khadija a suspender sus intentos de solución y tratar algo diferente.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Más allá de la epilepsia, la paciente sufría de una limitación muy importante en su capacidad para relacionarse con los demás, la cual determinaba en gran medida que la relación con su madre fuese tan sobrecargada. La madre de Khadija, al sentirse abrumada por las demandas de su hija, termina rechazando todos sus acercamientos, y, al hacer esto, desconfirma la capacidad de su hija para establecer vínculos con otras personas. Esto lleva a Khadija a demandarle aún más a su madre, perpetuándose de esta manera el ciclo sintomático.

Uno de los primeros objetivos terapéuticos, consistió en investigar y delimitar el contexto de la problemática a tratar con Khadija. Para este fin, se realizaron algunas intervenciones pequeñas que permitieran clarificar mejor el motivo de consulta. Otra

decisión que se tomo, fue delimitar el campo de aplicación de la terapia, únicamente al conflicto relacional, pero tomando en cuenta, como se ve afectado por la epilepsia.

Khadija, en la situación terapéutica, se dispersaba mucho por lo que fue necesario implementar estrategias que permitieran que se formulara y clarificara un solo problema. Mismo que fuese susceptible de trabajarse a fondo. Se hizo hincapié en aquellos aspectos de la situación que son susceptibles de manejarse y de ser cambiados y se trató de desviar la atención de aquellos aspectos cuyo cambio no esta en las manos de ella. Por ejemplo, se le pidió a la paciente que, con relación a su madre, reflexionara qué situaciones específicas resultaban conflictivas y que las describiera, de manera conductual, en la próxima sesión.

Para la segunda sesión, Khadija tuvo problemas para definir sus problemáticas, pero relató algunos conflicto en los que se ha enganchado sin saber muy bien como.

A) El santo de Khadija cae el mismo día que el de su madre, así que su tía, hermana de su mamá, las invitó a comer a un restaurante para celebrar. Su tía y su mamá acordaron con ella que debería ser muy puntual para la cita. Cuando llegó el día señalado, su mamá traía consigo al hijo de Khadija que en ese entonces tenía siete años de edad y se lo tenía que entregar temprano para que hiciera la tarea. La celebración tenía muy emocionada a Khadija porque al estar pasando por graves apuros económicos, no tenía dinero para costearse una comida así. Khadija llegó al restaurante acordado, y pidió una taza de café para esperar mismo que alargó, ya que no tenía dinero para pedir otro. Esperó alrededor de cuatro horas y por fin llegó su hermano acompañado de su cuñada con quien ella no se lleva bien por lo que empezó a sentirse incómoda. Por fin, decidió ir al restaurante de enfrente, para ver si no se había equivocado, pero como no vio nada, esperó un rato más y se fue. Cuando Khadija iba saliendo se encontró a su mamá y a su tía quienes le preguntaron entre risas que “por qué no llegó”, y luego le explicaron que estaban en el otro restaurante. Ante esto, Khadija estalló, y se enojó, pero su tía la descalificó y le dijo que no estaba bien que se comportara así. Lo que se puede observar, es que Khadija deja la responsabilidad de su conducta en los otros, y no decide realizar alguna acción que termine con la situación problemática (irse del restaurante, hablar por teléfono, buscar en el otro restaurante) y al final, después de estar conteniéndose mucho, estalla sin arreglar nada y es descalificada.

b) Su hijo se enfermó en la escuela del estómago, así que le llamaron para que fuera por él. Lo que la metió en problemas porque no puede cuidar al niño en su trabajo. Por lo que le dijeron en la escuela, consideró que su hijo no tenía una enfermedad grave, sino sólo un pequeño malestar que le impedía trabajar. Khadija no le hizo mucho caso, lo dejó descansar mientras ella trabajaba, y le pidió a una amiga, que no puede tener hijos, que se lo estuviera checando. Pasados unos minutos, su amiga le reclamó que no cuidaba al niño y comenzó a regañarla. Al final, Khadija explotó y le dijo a su amiga que “ella no sabe lo que pasa porque no tiene hijos y nunca los tendrá”. Su amiga se ofendió y aunque Khadija estaba apenada con ella, considera que la culpa es de la amiga porque “la forzó a decirle eso para que la dejara en paz ya que una enferma como ella no se puede controlar”. Como resultado del incidente, se distanció de su amiga. Aquí se puede observar que Khadija no encuentra los medios para detener las situaciones que le molestan, por lo que deja que crezcan, llegado su enojo a un grado máximo y termina por estallar, pero escudándose en su epilepsia, para no afrontar las consecuencias de sus arrebatos.

Es claro que Khadija utiliza su epilepsia para justificar sus muestras de agresión. Deja la responsabilidad en las manos de otros y después se enoja porque esos otros no se aguantaron y no cumplieron con sus expectativas. En este punto, el objetivo terapéutico seguía consistiendo en lograr que Khadija centrara su atención en un único problema para trabajar específicamente sobre él. Por lo tanto, se le volvió a pedir a la paciente que reflexionara sobre qué cosas de su vida quería cambiar y que describiera dichos cambios de forma conductual. También se le pidió que pensara que aspecto de los que le gustaría tratar en terapia tiene mayor prioridad, para enfocarse en él. Así, de su primera demanda, "atención psicológica personalizada", se pasó a formular su problemática como "deseo de mejorar sus relaciones sociales" y por fin, al final de esta sesión, Khadija mencionó que tal vez el aspecto que más le interesaba tratar era "su relación sentimental con su pareja, un hombre que es casado".

Khadija llegó temprano a su tercera sesión, se le explicó que de ese momento se contaría con interfon y el equipo terapéutico intervendría más. A ella le pareció buena idea y desconectó su teléfono celular, para poder prestarle mayor atención a la sesión. Khadija deseaba estar siempre un paso delante del terapeuta, decía saber lo que se le iba a pedir. Precisamente, esta manera de relacionarse con los otros, anticipándose a sus acciones, podría ser la fuente de muchas de sus problemáticas, ya que no le importa solucionar las cosas sino que sea ella, quien tiene la razón.

Se le preguntó si, como había mencionado su prioridad terapéutica sería su relación sentimental y ella contestó que sí, a continuación explicó la historia de su problemática. Cuando Khadija conoció a su pareja, ella era estudiante y él, era su maestro. En ese momento hubo atracción entre ellos, pero las cosas no llegaron a mayores. Tiempo después, volvió a encontrarse con él, En ese entonces ella ya era profesora y acababa de separarse de su esposo. Comenzaron a salir para que el asesorara su tesis de grado y terminaron haciéndose amantes. Esta situación, a ella le molesta mucho, Ha tenido problemas con él porque le pide que se oculte ante su esposa, pero ella dice que "no está echa para vivir en las sombras". En una semana cultural que hubo en el trabajo de ambos, él le pidió que no asistiera para que no se encontrara con su esposa, pero Khadija no sólo asistió, sino que buscó un encuentro con ella a propósito.

Él le ha prometido que se va a divorciar pero Khadija ha visto le "da largas" y no lo hace. Cada vez que lo necesita a su lado, él no está disponible o se hace el desentendido. Por ejemplo, ella tuvo que ir al hospital de urgencia y aunque él se enteró, no acudió a su lado. Usó una metáfora para explicar su situación: "Estoy como la ardilla de la película *La era del hielo* (Blue Sky, 2001), que nunca puede disfrutar su nuez, siempre hay algo que se lo impide. Pasaran miles de años y seguiría congelada, hasta que su pareja quiera darle el lugar que ella se merece". Aunque Khadija ha evaluado su situación y sabe que no hay esperanzas de obtener lo que ella desea, no desea enfrentar su realidad. Busca la opinión de otros que le confirman el desolador panorama y termina por volver a ignorar todo y quedarse paralizada.

Se ayudó a Khadija para que tomara una decisión con relación a su pareja. Se le dijo que, por una parte, el tener una relación como la suya, puede tener muchas desventajas, mismas que ella ya sabía y nos había comunicado, pero que también, una situación como la suya tiene ventajas, por lo que, antes de tomar una decisión era necesario sopesar todas las posibilidades. Se le explicó que, en su caso en particular, la relación sólo tiene dos posibles desenlaces. Por una parte, puede seguir como está, ya que,

aunque es desagradable en algunos aspectos, es agradable en otros; por otra parte, existe la separación, ya que desgraciadamente, las relaciones extramaritales por lo común no llegan a más. Ante esto Khadija dijo estar decidida a ponerle un “hasta aquí” a su amante.

En su cuarta sesión, a Khadija se le señaló que el equipo, al reflexionar sobre su situación, había encontrado más ventajas y desventajas, mismas que debería considerar. Con relación a su situación, el equipo sólo veía tres alternativas posibles:

- Primera. Considerando las terribles desventajas que significa tener una relación extramarital y en vista de que a ella “no le gusta vivir en las sombras” debería terminar con ella.
- Segunda. Considerando el equilibrio entre ventajas y desventajas y el que la situación no es particularmente estresante, tal vez sería bueno dejar las cosas como están.
- Tercera. La situación podría seguir siendo la misma, pero se podría conocer a fondo y así poder sacarle el mayor provecho, evitando al mismo tiempo las quejas y el sufrimiento que la trajeron a terapia.

Khadija dijo que había una cuarta solución, pero no supo explicarla, así que consideró la primera y la tercera opción que se le ofreció. Relató acontecimientos que le han molestado profundamente, como el que él le haya jurado de rodillas que la amaba y a los pocos días estaba celebrando veinticinco años de casado. Se le pidió que reflexionara sobre la decisión que habría de tomar en relación al futuro. Aunque tomó una decisión, dio la impresión de que no la reflexionó, sino que escogió la que está más acorde con sus deseos y más alejada de la realidad. Se ve que no sopesó los pros y los contras. Se analizó la posición de su pareja concluyendo que no es que no pueda sino es que no quiere separarse de su esposa y que, con respecto a esto, ella nada puede hacer. Khadija señaló que la manera en que ella podría dejarlo, consistiría en aumentar su círculo de amistades. Se le señaló que el tener amistades es algo bueno y que tener una pareja no es un impedimento para hacerlo.

Khadija sabe que su relación no tiene futuro, pero se niega a abandonarla. Para evitar el desenlace, se autoimpone, tareas imposibles de cumplir, o bien desea separarse súbitamente, a sabiendas que no podrá lograrlo. De esta forma se perpetúa el ciclo sintomático y ella puede quedar en la posición de víctima y los demás de victimarios justificando sus arrebatos.

En ese punto, el plan de trabajo consistió en apoyarla para que tome una decisión y se mantenga firme en ella; por otra parte, se le ayudó a ampliar su círculo de amistades y de intereses para que así pudiera ver, desde otro punto de vista, la relación con su amante. Por último, se le pidió que definiera qué rumbo le gustaría que tuviera su vida, para así poder trabajar sobre ella. También se le explicó que a partir de ese momento, y por cuestiones de espacio, se le iba a atender cada 15 días. A la semana siguiente, Khadija se presentó en la clínica para "consulta" y aunque se le recordó que su cita era para la siguiente semana, ella pretextó una confusión de nuestra parte y se molestó mucho.

En la quinta sesión se sugirió que fijara una fecha para que su pareja decidiera el futuro de su relación. Khadija se mostró ambivalente, por una parte, estaba dispuesta a dejarlo todo; por la otra, consideraba que era una decisión muy drástica, porque ella encuentra muchas cosas agradables en su pareja. Se le recordó que el separarse era sólo

una opción, misma que ella había escogido, pero que, permanecer con su pareja era otra. En ambos casos, lo verdaderamente importante es asumir y aceptar la situación en la que se encuentra. Se le señaló que las decisiones no se deben de tomar de forma irreflexiva, pero que hay que ser firmes cuando ya se tomaron. La perspectiva de perder a su pareja, la angustió mucho.

En ese momento de la terapia, Khadija comenzó a reconocer cuáles son las consecuencias de sus acciones y decisiones y empezó a desculpabilizar a los demás por las cosas dice y hace. Reflexionó que, cuando hay cambios en la vida, éstos pueden ser para bien. Se le pidió que imaginara cómo sería la vida cotidiana con su pareja. Le costó trabajo hacerlo. El objetivo terapéutico consistió en ayudar a Khadija a percibir la vida con matices y a sacar provecho de las situaciones en la que se encuentra en lugar de desear algo que no puede alcanzar.

En su sexta sesión, comentó las dificultades que tenía con su hijo, quien se comportaba agresivamente en la escuela. Decidió llevarlo con un psiquiatra que le diagnosticó epilepsia. Al explorar todo esto, Khadija recordó que su ex esposo lo llevaba a bares donde entro en contacto con la droga y la prostitución. A si mismo, comentó que el señor es una persona sucia y desagradable y se quejó de que el niño haya aprendido el mal comportamiento de él. Sin embargo, para Khadija, era necesario dejarle al niño, ya que no tiene tiempo para atenderlo. Menciono que probablemente su ex-esposo abusó del niño, porque presentó un sangrado profuso del ano cuando defecaba. El niño comenzó a hacer descripciones sexuales explícitas y cuando lo estaba bañando, le pidió que “le besara el pene”. El equipo le hizo notar lo importante de no exponer al niño a situaciones de peligro y Khadija argumento que quiso impedir que su ex esposo viera al niño, pero que él interpuso una demanda. Se le pidió que buscara formas para obtener más respeto, tanto para ella como para su hijo. Al final de la sesión, comento que se estaba llevado mejor con su pareja.

Khadija no pudo asistir a la séptima sesión porque llevó a su hijo a consulta. En la octava sesión, comentó que al niño también se le diagnosticó déficit de atención con hiperactividad. Se exploró cómo se dio la educación del niño. Comentó los problemas que ha tenido en su trabajo por llevar al niño.

Relató que tuvo problemas con una secretaria que se enojó por que el niño le perdió una pluma. Se le comentó que tiene que controlar a su hijo sin involucrar a terceras personas, porque cuando es así, se crean conflictos que luego no puede manejar. Se le recordó lo difícil que ha de ser para él, controlarse en su trabajo que es un ambiente lleno de estímulos atractivos. Ella contestó, que a pesar de todo, el niño lo consigue. Comentó que en otra ocasión el niño no se pudo controlar y defecó en sus pantalones, así que esta misma secretaria la presionó para que lo llevara al doctor. Khadija se sintió atacada y descalificó a la secretaria tocando un punto sensible para ella. Se le señaló que su respuesta fue imprudente y ofensiva. Khadija no se sintió responsable porque se disculpa con la epilepsia. Esto permitió señalar como contiene sus enojos hasta que llega a un punto en el que estalla, trayendo como consecuencia que lastime a los otros y empobrezca así su red social. Se le planteo como objetivo terapéutico, el aprender a manejar su condición neurológica, para que así, su trato social mejore. Como mensaje final se le señaló que en algunas situaciones sí logra planear y anticipar, pero que en otras se desorganiza, principalmente cuando se encuentra bajo presión. Se le pidió que reflexione sobre maneras más asertivas de solucionar sus conflictos.

En la novena sesión habló de las dificultades que ha tenido con sus amigas. Al respecto se le señaló que deja crecer las cosas hasta el punto en el cual ya no son manejables, y que, por no poder poner límites a tiempo, termina actuando de forma grosera. Revisando este tipo de intercambios, cuenta que todos en su familia de origen, han sido discutidores. Se le mencionó que sus familiares le ponen “trampas” para que se enganche en discusiones gratuitas, y se le mostraron distintas maneras en que puede evitar caer en ellas. Se reflexionó sobre la importancia del respeto mutuo en las relaciones y de cómo la pérdida de ese respeto nos lleva a perder amigos. Recordó sus logros, por ejemplo, el que haya conseguido dejar de fumar sin ayuda. El analizar con cuidado sus situaciones problemáticas, poco a poco la ha llevado a responsabilizarse de lo que le pasa sin culpar a los demás.

Se le señaló que los incidentes desagradables ocurren cuando ella está bajo una presión emocional muy fuerte y por lo tanto, tiene que aprender a manejarlas, de la misma manera en el que el diabético aprende a controlarse su alimentación. La responsabilidad es de ella y no de los otros, puesto que no saben nada de su condición neurológica y no tienen porque saberla. El plan terapéutico que se trazo consistió en seguir ampliando excepciones y manteniendo aquellas conductas que en su trato con los demás, han tenido éxito. A la décima sesión, llegó con una hora de retraso, debido a que tuvo dificultades con un taxista. No se le atendió pero pudo resolver de forma asertiva el incidente.

En la onceava sesión comentó dos dificultades. Primero, habló de su hermana, quien por casarse con un hombre de nivel académico y social inferior, tuvo que irse a vivir a un “pueblucho donde sólo consiguió trabajo de maestra de primaria”. La hermana ha tenido tales estallidos de violencia con sus alumnos, que inclusive, han suscitado escándalos televisados. Khadija se preguntaba cómo podía ayudar a su hermana, se le señaló que la mejor manera de ayudarla, consistiría en que primero solucionara su problemática, ya que sólo así podría brindarle, en un segundo tiempo, apoyo a los demás. Todo esto, siempre y cuando su hermana se lo pida ya que no hay que entrometerse en los asuntos ajenos.

Después habló de las dificultades que tiene para que su hijo obedezca y se porte bien en la escuela. El niño, a veces, no quiere despertarse a tiempo y llega tarde. Se le señaló que lo mejor que puede hacer es enseñarle a ser responsable, para que más adelante el niño pueda enfrentar la vida él solo.

Se trató también la historia de suicidios e intentos de suicidio en su familia y cómo teme por la vida de su madre y la de su hermana, se le recordó que hay muchas cosas que están fuera del alcance de uno, por ejemplo, las decisiones de los otros. Khadija consideró que sería una buena idea el unirse a un grupo de auto ayuda donde pudiera apoyar a otros que sí quisieran ser ayudados. Poco después, se unió a un grupo de apoyo a ex fumadores.

La paciente no asistió a la doceava sesión porque fue a un festival de su hijo y se acordó telefónicamente una próxima sesión. Posteriormente, Khadija se comunicó por teléfono para agradecer la atención recibida e informar que ya no podrá seguir asistiendo en ese horario, debido a que tuvo un ajuste de clases en su escuela. Al considerar los avances logrados y la ausencia de otros espacios terapéuticos disponibles, se decidió dar por concluido el proceso quedando pendiente una sesión de evaluación y cierre.

SESIÓN DE EVALUACIÓN Y CIERRE

Khadija acudió puntual a la sesión de evaluación y cierre. Lucía mucho más delgada y juvenil que al inicio del proceso. Ahora, tolera mejor las interrupciones, es más reflexiva y menos demandante. Puede escuchar mejor. Ha tenido éxitos personales y académicos desde la última vez que se le vio. Se le agradeció que haya asistido a esta sesión de evaluación y se le comentó que las puertas del centro están abiertas para ella y para su hijo.

Junto con Khadija se evaluaron los resultados de su proceso terapéutico, mismos que comprendieron tres áreas del conflicto:

- Relación de pareja. Decidió permanecer con su amante y ha descubierto las ventajas que tiene una relación como la suya. Aparte de que no se complica la vida con deseos inalcanzables, tiene más satisfacciones cotidianas.
- Relaciones interpersonales. Aprendió nuevos estilos de interrelacionarse, ya no se confronta con la gente por “tonterías” y limita sus relaciones personales con “gente sin importancia” al mero trato social.
- Relación con su hijo. Ha logrado colocarse en una posición diferente, sin embargo, siguen existiendo problemas con el niño, quien ya es tratado en otro espacio terapéutico.

Los cambios obtenidos durante la terapia le han permitido a Khadija, en la medida de lo posible, enfrentar su situación. Los objetivos de la terapia fueron alcanzados y ella puede solucionar mejor sus problemas. Cuando se le interrogó sobre los aspectos que favorecieron o dificultaron su proceso terapéutico, señaló que aquello que facilitó fue que le hiciésemos ver la realidad y lo que lo dificultó es que a veces sentía que el equipo terapéutico no la escuchaba y la interrumpía continuamente.

RELACIÓN DE ESTE CASO CON MI DESARROLLO PROFESIONAL

Para mí, este proceso fue muy significativo, ya que fue el primero que atendí bajo un enfoque estrictamente sistémico y Me permitió comprender a profundidad las implicaciones epistémicas que dicho enfoque tiene en la clínica. Por sus características particulares el proceso de Khadija fue particularmente idóneo para que yo pudiera comprender y dominar nociones fundamentales de la terapia breve, tales como la capacidad de maniobra del terapeuta. Así mismo, me ayudó a desarrollar las habilidades relacionadas con la definición del problema, el establecimiento de metas terapéuticas alcanzables y el uso de los recursos del paciente.

Cuando traté de definir la problemática, tuve poco éxito, ya que topaba con su descalificación sutil. Para lograr mi objetivo, traté de definir la problemática a partir del análisis de las secuencias que comunicaba tan enredadamente, tratando de buscar qué similitudes y diferencias guardaban estas secuencias entre sí, es decir, ya que no podía llegar a acuerdos con ella, mi estrategia consistió en tratar de ver la secuencia problemática en vivo. Esta fue una oportunidad importante para que pudiese identificar la diferencia fundamental entre proceso y contenido, comprendiendo así el valor que tiene dicha distinción para la práctica terapéutica. Creo que una forma adecuada de acotar consiste en interesarse realmente por el relato y sólo interrumpir para hacer precisiones que poco a poco se irán ampliando para dar lugar a intervenciones mayores y más precisas.

Con relación a la capacidad de maniobra, siempre traté de ser respetuoso, lo cual encontré útil, para mostrarme firme, asertivo y preciso en mis intervenciones, a la vez de mantener siempre el encuadre. Otra de las características de la paciente, el ser evasiva, representó un gran reto, sobre todo, en lo referente a las tareas e intervenciones. Encontré que resulta terapéuticamente más efectivo buscar siempre la máxima sencillez y claridad al impartirlas. Una capacidad que tiene que desarrollar cualquier terapeuta sin importar su enfoque, la de poder comunicarse en términos sencillos y precisos sin sacrificar la complejidad de la intervención. En este sentido, considero que el uso de las directivas paradójicas, es algo sumamente delicado, puesto que crea un amplio margen de confusión y su empleo es peligroso en personas como Khadija que cuando no comprenden bien lo que se les explica, se comportan de forma agresiva y desorganizada.

FAMILIA HADAD

6 SESIONES

MODELO: TERAPIA BREVE

PRESENTACIÓN DEL CASO

DESCRIPCIÓN

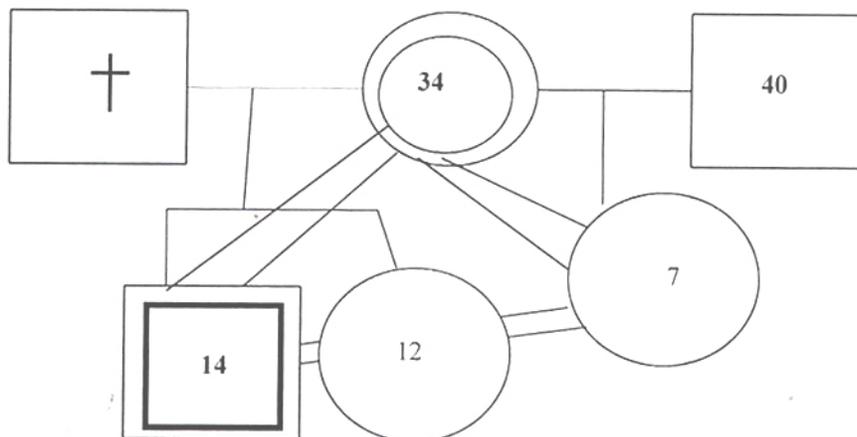
A la sesión inicial acudió una madre y su hijo adolescente, Hakim era un muchacho de 14 años, de estatura baja y complexión delgada cuyos rasgos todavía infantiles, y su actitud seria y formal resultan contrastantes con el motivo de consulta. Hakim, al inicio del tratamiento, cursaba el primer año de secundaria debido a su mala conducta y bajo aprovechamiento, pero, con relación al proceso terapéutico, parecía mostrar una buena disposición y actitud cooperativa. Karime, la madre de Hakim, tenía 34 años, pero daba la impresión de tener más edad. Se mostraba preocupada por la problemática en la que se encontraba, y al igual que su hijo, se pudo observar en ella una buena disposición hacia el tratamiento. Karime y Hakim llegaron con anticipación y se les notaba muy tensos. Mientras esperaban la hora acordada, hicieron muchas preguntas al personal sobre el funcionamiento del Centro. Además, Karime reconvenía todo el tiempo a Hakim para que cooperara y dijera la verdad al “doctor”.

Después de explicarles el funcionamiento de la clínica y del programa de atención a familias, se acordó con ellos una periodicidad terapéutica quincenal. Así mismo, la cuota se estableció en 100 pesos, puesto que Abdúl, el esposo de la señora, había decidido no apoyar económicamente al chico hasta que “reflexionara y enmendara su conducta”.

MOTIVO DE CONSULTA

En el formato de solicitud de tratamiento, se podía leer la siguiente formulación de su dificultad: “Problemas de conducta y bajo aprovechamiento escolar”. Posteriormente Karime explicaría que ella tenía muchos problemas por la conducta de su hijo, para después corregirse diciendo que: “no, más bien es él el de los problemas”. Más adelante añadiría que Hakim: “es muy distraído y los maestros ya no lo aguantan, tiene muchos problemas y aunque siempre estoy ahí, en la escuela, resolviéndole todo, no entiende”. Hakim, por su parte, comentaba resignado y poco convencido que era así, que “su mamá tiene razón”.

FAMILIOGRAMA



HISTORIA DEL PROBLEMA

Durante el primer contacto telefónico, Karime describió a grandes rasgos la problemática de Hakim, quien “sin tener realmente problemas con las materias, tiene muchas dificultades en la escuela debido a su comportamiento”. Karime quería decir con “no tener problemas” que a su hijo no se le dificulta aprender, sin embargo, sus calificaciones eran bajas.

Hakim reprobó el primer año de secundaria, debido a que tenía muchos reportes por mala conducta. Sus calificaciones, eran aprobatorias, pero sólo por muy pequeño margen. La dirección de su escuela le negó el pase al siguiente año escolar, arguyendo que sería mejor para el chico volver a presentar el examen de admisión para que entrara “sin problemas y sin manchas en su expediente” en el turno vespertino de la misma escuela. El plan de la escuela no salió como se había planeado, y es que, gracias a los buenos resultados que Hakim obtuvo en el examen, se volvió a quedar en la mañana y en el grupo “A” donde la señora sostenía que “están los mejores promedios”. En el siguiente ciclo escolar, Hakim iba a ser compañero de salón de Fátima, la hermana que le sigue en edad. Cuando Karime fue a apuntarlos, se dio cuenta de que Hakim había desaparecido de las listas. Al averiguar por qué, le dijeron que “definitivamente ya no lo querían en ese turno, que era mucho problema y ya que por ley no lo podían dejar sin estudios, le ofrecieron un lugar en el turno vespertino”, pero la señora “enojada ante esta injusticia”, movió “cielo, mar y tierra para que lo apuntaran en donde él realmente se lo había ganado” y lo consiguió.

Karime reportaba que la escuela “ya está cansada” del comportamiento disruptivo de Hakim, quien retaba a los maestros porque no se atrevían a contestarle. Su última falta, antes de acudir a terapia, se debió a que en “bolita” le gritó a un maestro que “era bien puto”. Con sus compañeros las cosas eran similares, a los varones “les caía gordo”, porque decían que “se cree el muy muy”; y a las chicas las acosaba sexualmente, aprovechando cualquier oportunidad para “toquetearlas” e insultarlas soezmente. En cuanto al aspecto académico, Hakim, además de no hacer la tarea, le mentía a su mamá diciendo que no tenía tarea, o que le dejaban menos.

Karime decía que aunque su hijo “no es una perita en dulce”, ya le molestaba que todos lo tuvieran etiquetado y que pasará mucho tiempo en la oficina de orientación escolar. Ella suponía que la dirección “ya traía algo contra ella” ya que le pedían que fuera frecuentemente a la escuela “casi por cualquier cosa”. Karime sentía que los

maestros abusaban de ella, porque sabían que “podía ir en cualquier momento ya que la escuela le queda a cinco minutos de su trabajo”. Esta situación incluso ya le estaba afectando en lo laboral. Su jefe ya no le daba permisos para salir y si iba a la escuela le descuenta el día, y lo que es peor, ya no le creían cuando necesitaba salir para “ver cosas urgentes de su hija Aicha, de 4 años, quien en verdad si lo necesita”

Karime recuerda como era su hijo de pequeño, dice que Hakim era un niño muy listo ya que podía detectar por pequeños indicios cuando su padre se acercaba a la casa. El papá de Hakim falleció cuando el tenía tres años. Karime le enseñó a leer y a escribir a su hijo, pero cuando Hakim entro a preescolar, le toco una maestra “muy regañona” que no le reconocía sus logros y desde entonces, poco a poco, empezaron a surgir los problemas de su hijo. Karime estuvo sola varios años hasta hace unos pocos años cuando conoció a Abdul y se caso con él, posteriormente, y de esta unión, nacería la pequeña Aicha. Hakim siente un gran cariño por su mamá y por su hermana menor, con Fatima había ciertas fricciones sin importancia, pero con Abdul, a quien el chico llama papá, la relación es problemática. Abdul se quejaba de que Karime tenía la culpa de lo que Hakim hace, ya que siempre lo solapaba y “siempre le saca las castañas del fuego”. El chico reconocía lo anterior y apunta que aunque Abdul es mas firme con él, también le parece que no lo quiere tanto como a sus hermanas puesto que no se preocupa de que coma o no.

PROBLEMÁTICA JERARQUIZADA

Como resultado del trabajo con la familia, se definieron las siguientes problemáticas a tratar.

- Falta de límites en la escuela.
- Problemas en el desempeño escolar.
- Falta de responsabilidad con relación a las obligaciones académicas.

INTENTOS DE SOLUCIÓN

Los intentos de solución principalmente habían sido de dos tipos:

- Los de Karime, que consistían en pretender enfrentar ella las consecuencias de los actos de su hijo y,
- Los que había emprendido la escuela, tales como la exclusión de Hakim de las actividades académicas, lo que desembocó en pérdidas de clases y atraso general.

Ambos intentos de soluciones pueden ser considerados bajo la modalidad “más de lo mismo” por lo que para resolver el problema era necesario romper este patrón de repetición.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Los primeros datos recopilados permitieron formular la siguiente hipótesis: A raíz del fallecimiento del papá de Hakim, se dio un sobreinvolucramiento afectivo entre él y Karime, mismo que llevó a la madre a que sobreevaluara las capacidades de su hijo. Al entrar Hakim un medio escolarizado, se hizo evidente que había cosas que le faltaban aprender y dominar, pero la madre ciega al respecto, interpretó la conducta de los otros como agresión hacia ella, creándose así un patrón de relación de escalada simétrica entre ella y la escuela del tipo “a ver quien tiene la razón” y por otra parte, también se creó una relación complementaria entre Karime y su hijo ya que entre más les señalaban las deficiencias del menor, ella más lo protegía, y él, al sentirse respaldado por su madre se atrevió a retar a los maestros. Al mismo tiempo, la constante descalificación que Karime

hace de la escuela, hace que el chico le ponga menos interés a esta y a las tareas escolares. Al señalarle esta situación a la madre, ella descalifica aún más a la escuela y respalda más a Hakim, perpetuándose así, el ciclo de interacción. Este patrón comenzó a volverse aún más problemático con el cambio de Hakim a la secundaria, ya que en este medio, donde se requiere una mayor autoregulación del alumno, Hakim, quien depende de su madre para casi todo, no pudo enfrentarlo. Una de las dificultades de este caso radicaba en que, cada vez estaba más cerca la evaluación final y como no había tiempo que perder, el patrón complementario se reforzaba aún más por la ansiedad de la madre, quien, a su vez, se involucraba aún más, empeorando el problema.

Entre los primeros objetivos terapéuticos que se plantearon, uno de ellos consistió en dotar a Hakim con capacidades autorregulativas para que pudiera enfrentar con éxito la secundaria. Otro objetivo consistía en modificar la pauta de interacción entre Hakim y su madre, para evitar así que el conflicto entre ellos se perpetuará. Para tal fin, Primeramente se connotó positivamente la conducta de Hakim quien fue descrito como un chico inteligente que se ha visto impelido a portarse mal, como una estrategia para no perder de nuevo el amor de un ser querido. Se reencuadró la situación regresándole el control a la madre mediante la siguiente tarea:

Se le dijo a Karime que era importante para el diagnóstico de la terapia, que hasta la próxima sesión dejara que Hakim enfrentara los problemas solo y que ella solamente observara lo que pasaba para luego informarnos. Se esperaba que la imposibilidad para llevar a cabo esta tarea, sirviera para que el síntoma se repartiera y la familia alcanzara una comprensión interaccional de la problemática presentada. Esta tarea, como se esperaba, no se pudo llevar a cabo ya que Karime reportó que no puede “hacerse de la vista gorda” si ve que las cosas están mal. Y mencionó, a manera de ejemplo, que fueron a que Hakim se cortara el cabello y que ella le dejó escoger el corte, pero cuando vio el resultado, para evitar problemas en la secundaria, pidió que se lo volvieran a cortar según el criterio de ella. Esta situación enojó mucho a Hakim. También mencionó, que aunque ella le compró unos pantalones de “cholo”, posteriormente ella misma le cortó lo que le sobraba ya que es muy difícil lavarlos porque acumulan mucha mugre en la “campana”.

A Karime le preocupaba que Hakim le haga quedar mal, que por él la señalen. Sostenía que “desde siempre Hakim no ha sabido hacer nada”. Relató que al morir su esposo, aunque nunca había trabajado, tuvo que hacerlo, y por eso llevaba los niños con sus abuelos. Fátima, desde chiquita, se ha valido por sí misma; en cambio Hakim, desde pequeño, siempre fue descuidado, inclusive llegaba a “ponerse los calzones chuecos”, lastimándose con el elástico. Ella sólo notaba esto hasta en la noche, cuando llegaba de trabajar. Se observó que lo que ella quería era que el muchacho fuera totalmente independiente y no le diera molestias. Karime comentó que sólo es firme cuando la vida de su hijo está en peligro. Abdúl, se mostraba resentido con Hakim por toda la atención que este recibía.

A partir de estos nuevos datos se concluyó que aquello que Hakim consigue con su conducta, es que su madre, generalmente lejana, interactúe con él. Sin embargo, esto se daba de una forma que a ninguno de los dos agradaba. Ante los conflictos interrelacionales, los intentos de solución de Karime, eran del tipo “más de lo mismo”; es decir, regañarlo y regañarlo hasta que obedezca creando una situación muy desagradable

para Hakim, cuyo intento de solución, era del tipo “acusado que refuerza las acusaciones del acusador al tratar de defenderse”.

La siguiente intervención que se diseñó consistió en bloquear los intentos de solución de Karime, para que así, Hakim, de forma natural, haga lo que tiene que hacer. En esa ocasión el mensaje final consistió en connotar positivamente la actitud de ella para con su hijo y señalar que aunque no es su intención, esta actitud es lo que está afectando al muchacho, porque es algo que ya no se debería de dar en la relación con un joven. La tarea consistió en deslindar las responsabilidades de Karime y Hakim y en pensar los peligros de la mejoría. Cuando se dio el mensaje final, el chico reflexionó que la mejor forma en que su mamá lo deje de molestar como él desea, es hacer rápido lo que le dice para que él pueda dedicarse a las cosas que realmente le interesan. En este punto, una de las principales dificultades para la terapia, consistía en entender y superar la angustia que estaba detrás de la actitud de Karime para con su hijo lo que llevó a la conclusión de que parecía ser que el problema no era que Hakim obedeciera, sino que Karime pudiera tener confianza en él, Para eso, un recurso muy importante con el que se contaba era la capacidad de Hakim para razonar las consecuencias de sus actos, aunque se encontrará coartada por la madre. La limitación más importante que se observaba era que no había otras personas que pudieran servir como freno social para la escalada complementaria que se daba entre madre e hijo.

En la tercera sesión se revisó la tarea propuesta y se averiguó que de los quince días entre sesión y sesión, Hakim sólo cumplió con todas sus obligaciones sin que nadie se las tuviera que recordar en dos ocasiones, estos días fueron: el día siguiente a la última sesión y un día antes de esta sesión. Al explorar con más profundidad, se observó que los otros días, aunque hubo necesidad de recordarle algunas cosas, Hakim hizo muchas cosas por él mismo, sin embargo, cada que el muchacho las comentaba, la madre procedía a descalificarlas y a restarles importancia. Por ejemplo, Karime relató que su hijo, por primera vez en mucho tiempo, recogió su cuarto, pero luego señala que “fue sólo por encimita”. Tuvieron una discusión porque ella quería que él tirara algunos objetos que Karime consideraba basura, pero él no quería hacerlo porque son objetos que le regaló su papá cuando era pequeño.

Otro incidente tuvo que ver con unos rollos de papel de baño, la casa se inundó porque Abdúl no cerró un grifo y se mojaron estos rollos. Para que se secaran, se pusieron en el patio. Hakim tenía por obligación lavar dicho patio y cambió los rollos de lugar, pero aún así se salpicaron ligeramente y Abdúl riñó al muchacho por su descuido. Hakim se enojó mucho y se encerró en su cuarto sin comer. En este punto Abdúl no notaba ningún cambio, y sugería que Karime y Hakim abandonen la terapia, y que ya no gastaran el dinero “en tonterías”. Karime sí notaba cambios porque empezaba a entender a su hijo mejor, pero aún consideraba que quién tenía que cambiar era él y no ella. Le preocupa qué iba a pasar con su hijo en el futuro, cuando ella ya no esté ahí “para estarlo arriando”.

La madre relató una serie de conflictos, en los cuales Abdúl se enfrentaba con Hakim, por ejemplo, su esposo se molestaba de que Hakim y Fátima se acabaran la mayonesa, aunque los chicos realmente no la consumían, le molestaba que vieran la tele mientras comen, y que por culpa de ellos se hubiera descompuesto una tele, así como que ambos molestaran a Aicha no dejándole ver la tele de la sala, aunque hubieran sido ellos quienes la hubieran prendido primero. Hakim y Fátima compartían una habitación, la

otra era para la pareja y Aicha tenía un cuarto para ella sola, lo cual le molestaba a Fátima. Karime cayó en cuenta que si bien, Fátima no le daba problemas tan seguidos, cuando se los daba, se enfrentaba muy feo con ella, y la chica le reclamaba su abandono. Cuando esto pasaba, Karime golpeaba a Fátima. A Hakim también le pegó, recuerda que cuando tenía 8 años, le hizo enojar tanto que se ennegueció y se trabó, pegándole muy feo. Hakim no recordaba nada de esto. Por último, Karime recordó que vivió un periodo muy difícil en donde se la pasaba durmiendo para “alejarse y abandonarse de todo”, mismo que terminó cuando conoció a Abdúl. En este punto un elemento importante a considerar, era la triangulación de Abdúl en el problema madre-hijo ya que existía una coalición entre él y su hija, contra Hakim y Fátima y Karime quien funcionaba como freno social, sin importar hacia qué lado se inclinara salía perdiendo. La situación era inestable y se originaban conflictos a raíz de ella. Por lo tanto cada vez se volvía más apremiante despatologizar a Hakim y repartir el síntoma en toda la familia a la vez que se connotaba positivamente la conducta de Abdúl para evitar que intentara frenar el proceso terapéutico. Por último, había que bloquear todos los intentos de Karime para descalificar a Hakim y seguir ampliando las excepciones observadas. Durante esa quincena, se observó a Hakim más independiente y responsable, Karime estaba menos preocupada y persiguió menos al chico. Cada vez resultaba más clara la implicación que tenía Abdúl en el patrón de secuencias conductuales, por lo que resultaba más necesario incluirlo en el proceso terapéutico para así poder resolverlo la problemática familiar. Uno de los principales puntos que se tenía a favor, era el compromiso del chico hacia el tratamiento, ya que era un espacio en el cual se le brindaba atención sin descalificarlo, pero una limitación importante a tomar en cuenta consistía en que, Abdúl no sólo no estaba interesado en el proceso terapéutico, sino que además el avance del mismo era interpretado por él como una amenaza para su posición en la casa. El motivo de consulta parecía ir evolucionando favorablemente, pero cabía esperar que una vez resuelto, dejara de funcionar como freno social de una interacción más amplia, y que por lo tanto, resultara difícil renunciar a él. A Karime se le señaló que en la casa los regaños no eran claros, que los chicos no sabían si estos estaban originados en una preocupación sincera por parte de ellos o si sólo eran otra forma de desquite y se le pidió que acudiera toda la familia para la siguiente sesión. Directiva que se cumplió quince días después.

Para la siguiente sesión Karime había adelgazado y lucía más joven; por su parte, Abdúl quien se presentaba por primera vez lucía descuidado y su aliño no era muy bueno. Abdúl comenzó la sesión repitiendo de nuevo el motivo de consulta inicial, asegurando que no había observado ningún cambio, agregó que en cuestiones de educación, era necesario presionar a los varones más que a las mujeres, porque ellos, en el futuro tienen que hacerse cargo de una familia y en cambio, las mujeres van a tener quien las cuide. Como ejemplo de la conducta de Hakim, mencionó unas guías de estudio que tenía que realizar para poder presentar sus exámenes extraordinarios. A lo largo de la sesión todos los miembros de la familia se quejaban de Hakim y poco a poco éste se fue quedando callado. Fátima señaló que ella y su hermano le tenían miedo a Abdúl y por eso Hakim no había contestado la pregunta que este acababa de hacerle. Abdúl no veía causa para este temor, y se extendió por varios minutos sobre el trato cruel que recibió de niño, que aunque funcionó en su caso, no lo repetiría porque lo sufrió mucho. También comentó que Hakim lo retaba, pero que no le pega porque lo mandaría al hospital, así que, para evitarse problemas, prefería mejor ignorarlo y dejar que hiciera lo que quisiera. Recuerda que cuando acababa de conocer a Karime, él se “metía” más en la educación del chico, pero ella se enojaba y peleaban mucho, así que,

para evitarse problemas con ella, decidió no meterse más. Y se excusó diciendo que ya no puede hacerlo porque padece diabetes y “los corajes le hacen daño”.

La forma en que Abdúl enfrenta los problemas, es del tipo “posponer el evento temido”, así que éste crece hasta que ya no lo puede manejar. Ha dejado toda la responsabilidad de los chicos en Karime, pero cuando éstos no responden como a él le gustaría, se siente con derecho de reclamar y enojarse. En vista de lo anterior se tomó la decisión de involucrar más a Abdúl en el funcionamiento familiar para que afronte la responsabilidad de estar enfrente de una familia. Incluir a Abdúl fue un paso necesario, pero esto implicó volver a replantear todo el proceso terapéutico. Así que partiendo de una broma de las niñas, se nombró a Abdúl “rey de la casa” y como buen rey, es el único que iba a tomar las decisiones, pero al mismo tiempo iba a ser el único responsable en la casa. La tarea de los demás miembros consistía en tratar de obedecer a Abdúl y no cuestionar sus órdenes por justas o injustas, razonables o ilógicas que pudiesen ser, ya que de vez en cuando iba a pedir cosas absurdas o imposibles como en un juego. Con esta tarea, se esperaba conseguir varias cosas, primero, que Abdúl se enfrentara al evento temido; también se esperaba que se bloqueara la interacción entre Karime y Hakim.

Después de la pausa de vacaciones, únicamente fue Karime quien acudió a sesión, ya que Hakim se negó a asistir y por este motivo llegó retrasada. Señaló que si bien, Hakim había pasado dos de los 4 extraordinarios que tenía pendientes, y por eso mismo, no iba a repetir el año, por otra parte, las cosas en la casa estuvieron peor. La tarea no se pudo llevar a cabo ya que a los 2 días, Abdúl se desesperó y dijo que “no se iba a prestar para esos jueguitos”. También aconteció que Hakim jugando con Aicha la espantó muy feo, Abdúl se molestó y estuvo a punto de pegarle. Ella intervino y tuvieron un pleito muy fuerte. Abdúl dejó de hablarle por varios días y ella se sentía molesta con Hakim por meterla en dificultades. Cuando inscribieron de nuevo al chico en la secundaria, le pidieron que hablaran con el orientador y se comprometieron a que si Hakim volvía a dar problemas, lo iban a dar de baja. Se observó que al bloquearse la interacción entre Karime y Hakim, se dio paso a una interacción más amplia, en la cual el conflicto entre Karime y Abdúl se podía abordar observándose además que el autocuidado y la responsabilidad del muchacho aumentaron. Esta fue una sesión importante, porque hubo que rescatar la continuidad del proceso, y al llegar Karime retrasada fue poco lo que se pudo tratar. Esta sesión además le permitió a Karime observar otras puntuaciones en la secuencia de hechos, en especial, la de Hakim y a apreciar cómo a veces la conducta de su hijo no es inexplicable ni caprichosa, sino que es la reacción ante la conducta de Abdúl y de ella. Sin embargo se sobrestimó la capacidad de Abdúl para enfrentar los requerimientos del proceso terapéutico. Por último se le mencionó a Karime que era importante verla a ella y a Abdúl únicamente, y que por una semana se dejaría descansar a Hakim. Quince días después y luego de esperar un tiempo considerable ya que la pareja no llegó a sesión, al salir del Centro de Servicios Psicológicos la señora Karime estaba esperando afuera. Comentó que no quiso entrar a sesión para que no se la cobráramos ya que últimamente las cosas de dinero no andaban bien. La escuela de Hakim le pidió que lo metiera a regularización particular, por lo que el dinero de la consulta se iba a destinar a las clases extras. Se le comentó que de todos modos debía lo de la consulta y que ella tenía la responsabilidad de enseñarle a su hijo con el ejemplo. También se le señaló, con relación a la regularización, que no era lo uno o lo otro, sino ambas cosas, así que se le reiteró que cuando ella y Hakim lo necesitaran debían reanudar tratamiento.

LAYLA Y MAJNÚN

5 SESIONES

MODELO: ESTRUCTURAL Y ESTRATÉGICO

PRESENTACIÓN DEL CASO

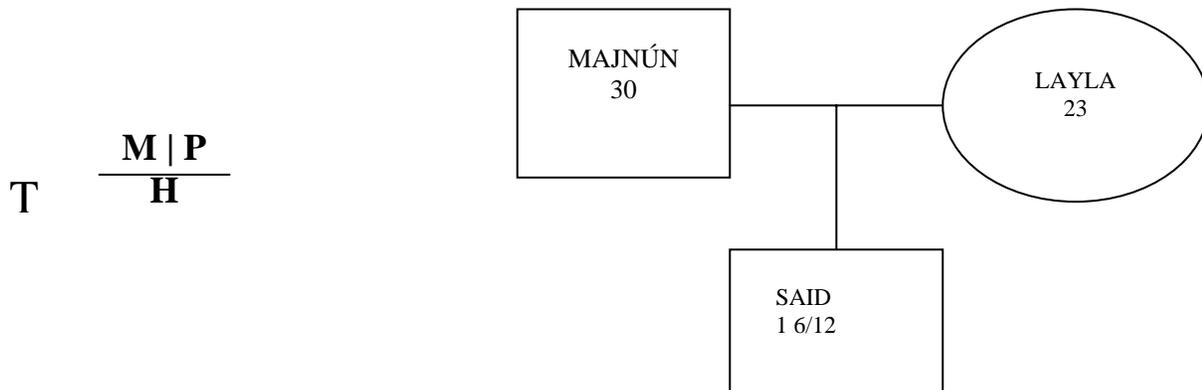
DESCRIPCIÓN

El matrimonio conformado por Layla de 23 años y Majnún de 30, solicitó tratamiento terapéutico para resolver sus problemas de pareja. Ambos presentaban una buena apariencia y arreglo físico. En la primera sesión, Majnún se mostró exaltado y ansioso, mientras que Layla daba la impresión de estar preocupada, intranquila y apenada. Ya que Layla llegó primero a la sesión, se le explicó el funcionamiento de la clínica y del programa de atención a familias. Cinco minutos después, cuando llegó Majnún, y al notarlo tan exaltado, primeramente se le tranquilizó un poco. El encuadre se estableció desde los primeros minutos de la sesión y se acordó con la pareja su asistencia semanal.

MOTIVO DE CONSULTA

Layla y Majnún en un primer momento, reportaron tener problemas conyugales relacionados con cierta dificultad para comunicarse entre ellos, pero al poco tiempo, comunicaron que el motivo de su asistencia estaba relacionado a la infidelidad de Layla, pero que el deseo de ir a terapia provenía de Majnún, porque deseaba comprender la situación para así, poder seguir adelante.

FAMILIOGRAMA Y MAPA FAMILIAR



HISTORIA DEL PROBLEMA

Majnún señaló que Layla proviene de una familia integrada, que el padre de ella es un hombre agradable de trato fácil, pero que la madre, es de carácter más difícil y explosivo. En cambio, continuó él, la suya es una familia donde la figura paterna está ausente. La pareja se conoció unos 7 años antes del episodio que los llevó a terapia. En ese entonces, Layla era novia de un amigo de Majnún y toda su palomilla asistía a un centro deportivo donde jugaban voleyball.

Majnún y Layla empezaron a coquetear en broma, y así fue como Majnún se enteró de que no le era indiferente a Layla. Volvieron a encontrarse tiempo después y empezaron a salir. Cuando el novio de Layla se enteró de que salía con su amigo, confrontó a Majnún, terminándose la amistad en ese momento. A raíz de esto, el ahora ex novio comenzó a beber.

La familia de Layla no aceptó a Majnún, ya que preferían al novio anterior, puesto que Majnún aún no ganaba dinero. Majnún no podía hacer “buenas migas” con su familia política porque no le gustaba tomar con los hermanos de Layla. Posteriormente se casaron y la familia de Majnún le aconsejó que no dejara trabajar a su esposa, “que no le permitiera tantas libertades, ya que podría engañarlo”.

Layla se embarazó, pero Majnún comenzó a sospechar que el bebé probablemente no era suyo ya que el tiempo de gestación no checaba muy bien con el inicio de su vida de pareja. Layla perdió al bebé y por un tiempo las sospechas de Majnún se acallaron.

Una semana antes de acudir a terapia, la infidelidad de Layla fue descubierta por su esposo. Ella trató de negarlo, contando medias verdades, que sólo le daban más indicios a Majnún para descubrir a su “rival”, a quien confrontó después de obtener la mayor cantidad de datos sobre él.

Layla mencionó que se sentía sola y que buscó el apoyo de un amigo del trabajo de la misma edad que ella. Este joven se convirtió en su confidente y tiempo después, sin proponérselo, en su amante. Majnún reconoció las cualidades humanas de su “rival” y habló con él de forma pacífica. En este momento, quiere replantear su situación.

PROBLEMÁTICA JERARQUIZADA

Durante el curso de la primera sesión, se consiguió definir los siguientes puntos como los principales problemas a tratar:

- Resolver la falta de confianza mutua.
- Comprender las necesidades físicas y emocionales de cada uno de los miembros de la pareja.
- Resolver algunos problemas derivados de la conducta de sus niños.

INTENTOS DE SOLUCIÓN

Los intentos de solución que se practicaron son los siguientes:

- Por parte de Majnún, el averiguar todo sobre la infidelidad para poder enfrentar mejor la situación, sin embargo, el saber sobre la infidelidad únicamente lo ha llevado a perder el control y sentirse peor. Los intentos de solución de él caen en el rubro de querer forzar un evento que sólo se puede dar espontáneamente, en este caso la aceptación de lo que sucedió.
- Por parte de Layla, ella ha intentado solucionar el problema, aceptando los malos tratos y las vejaciones a las que su marido la expone, con la esperanza de ser perdonada, pero lo único que consigue es que la actitud de su marido hacia ella se incremente. Los intentos de solución de ella son del tipo “acusado, que al defenderse confirma las sospechas del acusador.”

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La dificultad de este caso, radicaba en comprender la puntuación de la secuencia de hechos de Layla, misma que explicaría su infidelidad. Por lo tanto, era importante, escuchar su versión de la historia, así como las expectativas y deseos que ella tenía puestos, tanto en la relación de pareja, como en la persona de Majnún.

Sin embargo, y aunque la problemática de la pareja se originó con la participación de ambas partes, la situación terapéutica no era simétrica para ambos, la participación de Majnún en el problema es involuntaria y por lo tanto esperaba que se le escuche y que las simpatías caigan de su lado. Layla, al contribuir de forma voluntaria al problema

parece la mala y a la que hay que castigar. Las cosas quedaron planteadas de tal forma que Majnún ocupa el lugar de víctima y Layla la de victimaria. Esta situación justifica que Majnún le manifieste su rencor y a ella no le queda otra, sino actuar con tolerancia, dándose así dos escaladas cíclicas simétricas de desconfirmaciones, entre ambos, mismas que se mantienen mutuamente.

Se buscó entonces comprender que estaba detrás de la infidelidad de Layla y cuestionar la relación de pareja, para que a partir de estas reflexiones, se pudiera plantear el dilema del cambio, es decir, seguir juntos pero cambiando o no cambiar pero separarse, ya que es imposible el seguir juntos y no cambiar.

Para tal fin, se le pidió a cada uno de los miembros de la pareja que reflexionaran por separado sobre qué querían de su relación y qué podía hacer cada uno de ellos para ayudar a que su problema se solucione. Por su parte, el equipo terapéutico elogió el valor de la pareja para afrontar una situación tan complicada y les agradeció que confiaran en ellos para tratarla.

La pareja no asistió a la segunda sesión, posteriormente vía telefónica, sólo se pudo localizar a Layla y se le preguntó si querían seguir en tratamiento, dijo que por su parte sí, puesto que aún había muchas cosas que tratar, pero que no sabía cual era el parecer de Majnún. Comentó que se había separado de él porque tuvieron una riña muy fuerte y que a raíz de esto se encontraba viviendo con sus papás. Concertó cita para la próxima semana y se le recordó que también se esperaba a Majnún ya que el espacio terapéutico era de ambos, aunque no necesariamente se les atendería juntos.

Al parecer la pareja no asistió porque Majnún, quien era el interesado en venir a terapia, no encontró la confirmación de que el problema es causado por su esposa. Por otra parte Layla percibe el problema como ajeno a ella y que sólo le compete a su marido. Mediante la llamada telefónica se buscó involucrar también a Layla en la terapia, mencionándole que ésta es una situación de la que puede obtener provecho tanto para sí misma, como para su hijo y para su relación. Layla se sorprendió de la llamada y se sorprendió de que se le tomara en cuenta como afectada y no sólo como afectadora en relación con el problema. Tal parece ser, que el principal interés de Majnún no era tanto resolver el problema sino el descalificar a Layla como persona. Por lo tanto, en cuanto se dio cuenta que el fin de la terapia no es ese, su interés en continuar el proceso decrementó.

A la tercera sesión sólo asistió Layla, llegó al Centro de Servicios Psicológicos puntualmente. La sesión comenzó pidiéndole a Layla que relatara lo que había pasado en las dos semanas que no habían asistido. Ella comentó que había tenido muchos enfrentamientos con su esposo quien la insultaba y la maltrataba con cualquier pretexto.

Majnún le propuso a Layla que ya no siguieran atendándose en el Centro y que mejor vieran a un psicólogo amigo de él. Este amigo le prometió a Majnún que “se iban a enlodar pero que iban a sacar todo, tanto lo feo como lo oculto, y que al final iban a quedar como si nada”. Layla no quiso acudir con este psicólogo ya que consideraba que no está bien que Majnún sepa todo lo que pasó y además consideraba que no está bien que los trate un amigo de él. Se le dijo que aunque fuesen con otro terapeuta, este espacio terapéutico seguía abierto, aparte, se le comentó que si hay amistad previa, es difícil trabajar terapéuticamente porque no existe neutralidad por parte del terapeuta.

Conforme iba comentando sus problemas, Layla lloraba en forma queda y trataba de controlar sus lágrimas sin conseguirlo. Se le pidió que relatara desde su propio punto de vista el episodio de su aborto (que ella denomina como la pérdida del huevo). Ella enfatizó la lejanía en las relaciones de pareja. Él no se preocupó por ella ni por el producto durante el embarazo fallido, ya que la dejaba al cuidado de sus papás y la veía muy poco. La pérdida del producto aconteció después de un sangrado intenso, la llevaron al hospital y después de que el médico la examinó, la noticia no se le dio primero a ella, sino a su esposo. El aborto produjo una crisis de confianza en el matrimonio, ya que él la acusó de querer perder al bebe y le insinuó que eso era porque probablemente el bebé no era de él.

Se indagó si en la relación siempre había habido descuido y falta de interés de él hacia ella. Layla dice que no, que cuando eran novios, él le tenía muchas atenciones, pero que al casarse él se enfrasco más y más en la televisión y el deporte, y que poco a poco, fue creciendo en ella, la sensación de no ser escuchada, y que fue cuando, buscando afecto en un amigo, desembocó en que éste se volviera su amante. Los intercambios sexuales con su amante fueron pocos y en ese momento ya no estaba interesada en continuar con esa relación ya que ella quería estar con su esposo.

Layla se encontró entrampada en una situación que no previó, de la que no pudo escapar y de la que no se dio cuenta de sus implicaciones hasta que terminó por pasar. Desea recuperar la relación que llevaba con su esposo pero como no se arrepiente de lo que ha hecho, toma una posición inferior en relación con su esposo, confirmando las sospechas de éste, de que es únicamente ella quien tiene la culpa de que la pareja tenga problemas. Se buscó analizar el punto de vista de Layla en relación con el problema, pero a la vez se intentó conocer cuál es su posición con respecto a su relación para así poder decidir que acción ayudarle a tomar, la separación definitiva o la reestructuración de su matrimonio.

Se le señaló que el que haya habido infidelidad en el matrimonio es el resultado de las cosas que con anterioridad pasaron entre ellos. Que si bien ella tenía que asumir su responsabilidad, tampoco servía de mucho el estarse culpando sin hacer nada. Ella era responsable de ser infiel, pero el que las cosas fueran mal en la pareja era responsabilidad de ambos, por lo que ella no tiene porque cargar con toda la responsabilidad de resolver las cosas en la pareja, y que mucho menos ayuda, el tolerar que le falten al respeto.

Por último se le preguntó que había reflexionado en relación a que podía hacer a favor de su relación y ella dijo que se tendría que portar más comprensiva, se le hizo notar que precisamente comportarse de forma comprensiva es lo que estaba sosteniendo la problemática. Uno de los recursos con los que contaba Layla y que le resulta de gran ayuda, es el apoyo de sus padres. El equipo terapéutico le pidió que reflexionara en su deseo para la relación y como podría ajustar este deseo con la personalidad de su esposo que no puede ni debe cambiar.

Hacia la cuarta sesión ni Layla ni Majnún acudieron, vía telefónica se contactó con ella y explicó que su esposo ya no deseaba asistir al Centro porque estaba siendo observado y no quería que personas que él no conoce sepan su situación. Layla estaba interesada en continuar ya que siente que puede obtener provecho de la terapia y concertó una cita para la semana siguiente Pero antes de que terminara esta semana, se recibió la llamada de Majnún para agradecer la atención que se le brindó y para explicar que tal vez no fue

la mejor opción acudir al Centro, puesto que un amigo le consiguió que lo pusieran en el primer lugar de la lista de espera, ya que varios de sus conocidos están relacionados con la facultad. Siente que al ir al centro está enredando aún más la situación y que si quiere recuperar a su esposa, tiene que hacer bien las cosas. Por último, comenta que es su deseo atenderse con un terapeuta que no esté vinculado con el Centro.

RELACIÓN DE ESTE CASO CON MI DESARROLLO PROFESIONAL

Este caso es muy significativo para mí, tanto en el nivel formativo, como en el nivel académico y en ámbito personal, porque fue el primer caso de pareja que supervisé con enfoque estratégico, y para mí, implicó la puesta en práctica del cambio en mi forma de pensar que el desempeño como terapeuta sistémico me ha proporcionado. Aquí también el asunto de la capacidad de maniobra del terapeuta me parece central. Cuando se atienden parejas, las escaladas simétricas y complementarias son muy intensas, y me ha llevado muchos años de práctica el evitar en parte, verme arrastrado por estos intercambios. Visto en perspectiva, considero que enfrenté una situación difícil, sobre todo por tratarse de una crisis, consiguiendo ciertos beneficios para la pareja. El que la sesión haya empezado con Layla, quien no solicitó la terapia inicialmente, me parece una comunicación metafórica de Majnún, el solicitante. Esta comunicación tiene por contenido en explicitar que aunque él pidió la terapia, ésta no es para él, sino para su mujer, y todo esto me hace pensar en la importancia que tiene repartir el síntoma y despatologizar el paciente identificado de la forma más rápida, sutil y eficiente que se pueda, ya que si no se da este paso, es muy posible que la terapia fracase.

EMMA

6 SESIONES

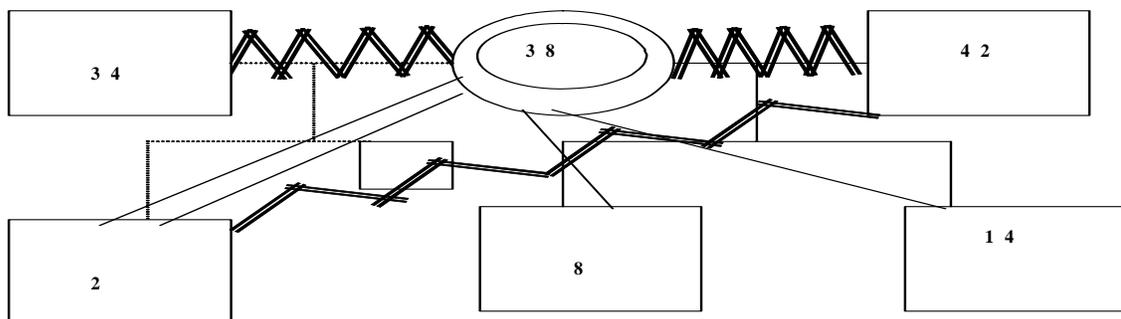
MODELO: TERAPIA BREVE

PRESENTACIÓN DEL CASO

DESCRIPCIÓN

Emma es una mujer madura de 38 años, que se dedica únicamente al hogar a pesar de tener estudios universitarios. Durante la primera sesión se mostró sumamente angustiada y rebasada por las circunstancias de su vida. Se encontraba indecisa sobre su futuro y sumamente ambivalente ante las personas cercanas a ella. Ella sostenía que “tiene buena capacidad para analizar las situaciones, más sin embargo, no tiene la determinación para llevar a cabo sus resoluciones”. Se acordó con ella su asistencia semanal.

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

En su solicitud expuso la siguiente queja: "Falta de comunicación y calidez en la relación de pareja, poco deseo sexual, sentimientos de culpa y relación con otra pareja". Durante la sesión, añadió que deseaba aceptar que la relación con su amante terminó para así poder seguir haciendo su vida.

HISTORIA DEL PROBLEMA

A la primera sesión asistió sólo ella, ya que aunque la problemática es de familia, ella es la única motivada para seguir el tratamiento. Por otra parte, necesita intimidad para poner en orden sus ideas antes de poder abrirlas ante su esposo. La presencia de los hijos, aunque pudiese ser útil, no se justifica, porque la problemática le atañe más a la madre. Cuando Emma solicitó terapia tenía 15 años con un arquitecto, profesionalista, que le proporcionó estabilidad económica, pero "sin grandes lujos" Emma se quejaba de la falta de ambición de su marido, quien después de años de trabajar en el mismo sitio, sólo gana 6 mil pesos al mes. Emma también se quejaba de que este hombre no le proporcionó afecto ni cercanía física. Poco a poco, el amor que sentía por él se fue disolviendo y se convirtió en algo semejante a la solidaridad de compañeros de años. Durante este lapso, tuvieron dos hijos, poco a poco su actividad sexual descendió a cero, siendo en ese momento casi inexistente. Ella se había resignado a esta situación, misma que consideraba normal. Por otra parte el vivir en casa de su suegra, quien la desprecia veladamente, convirtió su vida en una rutina. Hace unos cuantos años, y ya que los hijos estaban grandes, consiguió un trabajo en gobierno, ahí conoció a un compañero, quien, a diferencia de su esposo, la trataba con delicadeza y caballerosidad. Poco a poco, ella comenzó a interesarse en él, no obstante que él era más joven que ella. Andado el tiempo, tuvieron relaciones sexuales, a las que ella consintió no por deseo sexual, sino por necesidad de afecto.

A pesar de que sus encuentros fueron esporádicos, ella se embarazó. Apoyada por una amiga, y después por su esposo, tomó la decisión de abortar. El marido siempre supo tácitamente que el producto no era su hijo, lo cual era lógico por la ausencia de relaciones sexuales entre ellos. A raíz de esto, se separó de su amante, decepcionada de él por el poco apoyo que le brindó. Mohamed, su amante, vive con su madre anciana y enferma a quien prodiga sus cuidados, pero según Emma, es un hombre con miedo a la responsabilidad, taimado y engreído que hizo pública la relación con los compañeros de trabajo, lastimando aún más a Emma. Al terminar el trabajo en el gobierno Emma se separó de su amante durante un año, su marido se quejó de la distancia emocional que ponía entre ellos, ya que aunque él la busca sexualmente, ella no se sentía a gusto en su compañía. Al cabo de un año, volvió a encontrar a Mohamed, y nuevamente se vuelve a embarazar de él, pero como la relación no daba para más se separa definitivamente de él. Emma decidió tener al niño y también en esta ocasión su marido dudó de la paternidad del niño lo que dejaba entrever con alusiones directas diciendo, por ejemplo que este niño no se parecía a él.

PROBLEMÁTICA JERARQUIZADA

Como resultado del trabajo con Emma, se definieron las siguientes problemáticas a tratar: a) Problemas para decidir qué rumbo tomará su vida, permanecer en su matrimonio o terminarlo, es poco probable que pueda entablar una relación con su amante; b) Mejorar la comunicación con su esposo para que el conflicto encubierto pueda abrirse y por ende, solucionarse.

INTENTOS DE SOLUCIÓN

Se observan dos intentos de solución por parte de Emma, a saber: a) Tratar de posponer el conflicto y espera que así se resuelva, acrecentando así el problema y volviéndolo inmanejable; b) Espera que circunstancias externas resuelvan el problema (que Mohamed la busque, que su esposo tome la decisión de separarse) negando su responsabilidad sobre el mismo.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Emma, ante las dificultades de la vida, adoptó como estrategia de solución de problemas, la evitación del conflicto, estrategia que comparte con su esposo, por lo tanto, su problemática conjunta creció tanto que se salió de control. Antes que tratar de solucionar la problemática de forma conjunta con su pareja, ha intentado acciones unilaterales que sólo han agravado más el conflicto. Emma estaba atrapada entre dos situaciones que no se decidía afrontar, una era su mala relación de pareja con su esposo, y la falta de sentido que tiene continuar con una relación así; por otra parte, no había aceptado el rompimiento con su amante, y seguía esperando que esta relación le brindase satisfacciones. Bajo esta perspectiva resultaba probable que mantenga la relación con su esposo, hasta que Mohamed la busque, ya que tiene la fantasía de que esto pasará.

Entre los objetivos terapéuticos que se fijaron estaba el indagar sobre su historia de vida y los intentos de solución de la paciente para determinar así un objetivo realista de la terapia y definir cuáles serían las metas de ésta. Por otra parte, era necesario que definiera qué rumbo quiere darle a su vida y ayudarle así a que tuviera claridad al respecto. También era necesario dejar de involucrar a los hijos en la problemática de pareja, en especial al pequeño, así como que ayudarle a reconocer las circunstancias de su situación para que así, tomase decisiones basadas en la realidad y no en la fantasía; Por último se intentó mejorar sus patrones de comunicación. En la segunda sesión, se mostró más tranquila. Se pudo ahondar más en la historia del problema. Comentó sobre las dificultades que tuvo con su suegra a lo largo de los primeros años de su matrimonio y cómo se fue retrayendo. Habló de la particular predilección que sentía por el niño pequeño, ya que piensa que él no va a tener nadie que lo apoye. Habla de cómo las cosas han cambiado en relación con su marido, si al principio él no la buscaba, ahora es quien insiste mucho en estar con ella, constantemente le pregunta si lo quiere y ella, le contesta que sí, pero él siente, por la forma en que se lo dice, que no y se molesta con ella. Emma dijo que no podía tener cercanía con su esposo, por que añora a su amante, pero como sabe que él no la quiere, le da rabia esperar por él. Se enoja por querer que la quiera alguien quien obviamente no se interesa por ella ni por su hijo. Aunque la paciente se mostraba muy motivada, no contaba con una idea clara de lo que esperaba, por lo que el trabajo terapéutico no podía avanzar sobre terreno firme. Ante la petición de que definiera lo que espera de la terapia y como iba a lograrlo, Emma formuló metas abiertas, por ejemplo: ser más feliz, tener mejor comunicación, llevarse mejor con su esposo.

Durante la sesión, se intentó traducir a términos conductuales lo anterior, pero sin mucho éxito. El motivo de consulta se mostró en toda su complejidad y por lo tanto se pudo comprender a fondo. No cuenta con el apoyo de su esposo, sin embargo tiene varias buenas amigas que la orientan y su familia de origen se muestra preocupada por su estado. Entre las limitaciones que actuaban en su contra, estaban su dificultad para

expresar lo que quiere y su idealismo con respecto a las otras personas. Se le dijo que tanto el terapeuta como el equipo se encuentran preocupados por su problemática, pero que tienen mucha dificultad en saber qué es lo que ella busca y que cosas en específico le molestan, por lo cual a veces sienten que no saben cómo ayudarla, y que era muy probable que estuviéramos experimentando lo que experimentan la gente que está a su alrededor. Se le señaló que lo que ella interpreta como falta de interés, tal vez es una dificultad que tienen los demás para ayudarla en como ella quiere.

La paciente canceló la tercera sesión argumentando que su hijo más pequeño tenía fiebre y no tenía con quién dejarlo. Para la cuarta sesión se presentó con mucha anticipación al Centro, temiendo que hubiésemos olvidado la cita, habló con un miembro del equipo terapéutico y se le pidió que regresara a la hora indicada. Antes de entrar a sesión, se disculpó profusamente por sus inasistencias, pero se le tranquilizó al respecto. Al inicio de la sesión comentó una anécdota que le aconteció durante los días que no fue a terapia, el 10 de mayo, después de estar con su suegra, su esposo se quedó con su mamá y ella se retiró. Luego se encontró con aquella amiga que le apoyó durante el aborto y Emma le preguntó por Mohamed, ella le dio a entender que tenía una nueva pareja y le hablaron con el pretexto de felicitar a su mamá, pero no encontraron a Mohamed lo que enfureció a Emma. A la paciente le resultaba complicado expresar de forma clara y precisa qué es lo que esperaba, sin embargo, el reconocer esto, nos muestra parte de sus estilos de comunicación, y nos abre una nueva ruta de trabajo, la exploración de su forma de comunicación y cómo éstas colaboran para que el problema se acreciente.

Emma reflexionó sobre el mensaje que se le dio en la sesión pasada y observó que en efecto, hay muchas cosas que ella calla y que al callar las cosas no se solucionan. También observó que ella se comporta con su marido como Mohamed se comporta con ella, sin demostrar sentimiento y actuando de forma evasiva. Poco a poco, Emma comenzó a enfrentar su realidad, sin embargo, su actitud ambivalente y su forma de enfrentar sus problemas no variaba. El proceso terapéutico le resultaba muy difícil a Emma, puesto que tenía que renunciar a muchas cosas a las que estaba acostumbrada aunque sean cosas que no le funcionan. Emma expresó sus sentimientos ante su esposo, ante Mohamed y las respectivas madres de cada uno. Poco a poco se convenció de la importancia de afrontar los problemas en lugar de evadirlos. Se le mencionó que ella no es culpable de las situaciones por las que ha pasado la familia, pero que sí tiene una responsabilidad en ellas, la diferencia radica en que la culpa exige castigos, sentirse mal, lo cual no la lleva a ninguna parte y la responsabilidad implica conductas, toma de decisiones. Se le señaló que si asume su responsabilidad, es probable que salga adelante.

La quinta sesión se suspendió debido a que no estaba disponible el espacio terapéutico por lo que se acordó una nueva cita para la quincena siguiente. Posteriormente se comunicó por teléfono para solicitar un cambio de horario, mismo que al no poderse concretar, determinó que, por mutuo acuerdo, se finalizará el proceso terapéutico y aunque se le notificó que luego se le iba a contactar para la sesión de cierre, ya no fue posible localizarla.

CAPÍTULO 6

CONSIDERACIONES FINALES

“ES NATURAL QUE LOS POETAS MÍSTICOS Y LOS ERÓTICOS USEN UN LENGUAJE PARECIDO: NO HAY MUCHAS MANERAS DE DECIR LO INDECIBLE” OCTAVIO PAZ LA LLAMA DOBLE

I. A MODO DE CONCLUSIÓN: ÚLTIMAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

El objetivo del Programa de Maestría en Terapia Familiar consiste en formar a terapeutas familiares a través del desarrollo de ciertas competencias profesionales, las cuales son: *Habilidades teóricas conceptuales, habilidades clínicas, habilidades de investigación y enseñanza, habilidades hacia la prevención, y habilidades de ética y compromiso social.*

El presente reporte de experiencia profesional, al dar cuenta del proceso de formación como terapeuta familiar del autor dentro del programa de Maestría, ha tenido precisamente como objetivo, el ilustrar la forma en que dichas habilidades se desarrollaron. Las competencias profesionales de un terapeuta familiar no se enseñan ni se aprenden de una por una y forma aislada, por el contrario éstas se van desarrollando de forma conjunta e intrincada, de tal manera que si no se desarrolla una es imposible desarrollar las demás. Así, por ejemplo, una determinada habilidad conceptual puede facilitar el que se adquiera una habilidad clínica en particular lo cual, necesariamente implicará una nueva responsabilidad ética que a la larga redundará en una posible investigación. Debido a esto, al redactar el reporte me preocupé de no aislar artificialmente las habilidades y sólo me refería a ellas, cada vez que resultaba necesario. Así, aunque a lo largo de todo éste escrito se trató el tema del desarrollo de las habilidades profesionales. Lo que resta en este último apartado, es plasmar mis consideraciones finales al respecto.

HABILIDADES TEÓRICO-CONCEPTUALES

Uno de los principales retos, para todo aquel que se adentra por primera vez en el pensamiento sistémico, consiste en romper la atávica inercia de años y años de pensamiento lineal, en aras de poder desarrollar así las habilidades relacionadas con el pensamiento circular que su práctica requiere y que le permita apreciar las complejas relaciones de interacción que existe en el seno de cualquier sistema.

Esta nueva comprensión epistémica, la de la causación circular, no se puede adquirir de golpe, es necesario el irse empapando de ella, cambiando viejos hábitos, y por eso es imprescindible que en la formación se realice la revisión, tanto de los diferentes modelos terapéuticos que comprende la terapia familiar, como de los diversos principios epistémicos que están en su base. En este espíritu, el capítulo 3 de este reporte, se dedicó precisamente a revisar dichos modelos a la luz del encadenamiento lógico-epistémico y temporal que los une.

En el capítulo uno, también se reflejan habilidades teórico-conceptuales, estas relacionadas con la descripción y comprensión del campo de estudio y de aplicación, a

saber, sobre la familia, la familia en México, así como de las principales problemáticas que la aquejan.

HABILIDADES CLÍNICAS

Recordando lo escrito con anterioridad, es importante volver a señalar que la intervención clínica no consiste únicamente en la puesta en práctica irreflexiva y automática de un saber que por estar ya constituido tiene carácter finito y está ajeno a toda la revisión. Por el contrario, la puesta en práctica de las habilidades clínicas consiste en el desarrollo constante y creativo de un pensamiento riguroso y siempre nuevo que demuestra su eficacia en el grado en que puede reportar bienestar a las personas que demandan nuestra ayuda, De ahí que la formación como terapeuta familiar esté muy lejos de ser meramente técnica, sino que, exige siempre mantener un pensamiento de carácter crítico que este dispuesto y abierto al cambio. Estas quedaron plasmadas principalmente en el capítulo 5 y volver a ellas puede resultar redundante, sin embargo es necesario señalar de qué manera la intervención clínica se ve influida por la comprensión de la complejidad de los sistemas humanos.

HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

Regresemos a la siguiente afirmación: “El terapeuta familiar no es un mero técnico del cambio”. Lo anterior implica que también tiene una obligación para con la investigación y la enseñanza, al respecto se puede señalar de forma tajante que “el terapeuta familiar será investigador o no será nada”. En un primer nivel, el terapeuta familiar es un investigador porque necesita saber qué es lo que está pasando enfrente de él para poder así intervenir adecuadamente. La única forma que el terapeuta tiene para hacerse de dicho conocimiento, es a través de un proceso riguroso de investigación que debe de tener la característica primordial de ser científico. En un segundo nivel, la sistematización de su saber teórico, y la resolución de los obstáculos epistémicos y prácticos a los que se enfrenta, tarde que temprano lo llevarán a interrogarse y a conducir investigación de carácter formal, todo esto siempre y cuando esté verdaderamente comprometido con su praxis. El capítulo uno es un ejemplo de investigación documental sobre el campo de aplicación de la psicoterapia, el capítulo tres tiene carácter de investigación en cuanto persigue la respuesta a dos interrogantes fundamentales para todo terapeuta familiar, a saber: ¿Para qué sirven los modelos en psicoterapia? Y ¿cuál es la pauta que conecta los distintos desarrollos en el campo de la terapia familiar. El plato fuerte es el capítulo cuatro, que incluye la investigación propiamente dicha sobre los niños de la calle y por último si consideramos a las intervenciones terapéuticas como formas de investigación se podrán rastrear las habilidades relacionadas en el capítulo cinco.

Las habilidades relacionadas con la enseñanza pueden analizarse en tres rubros: Participación en foros académicos: elaboración de productos tecnológicos y las actividades de docencia, mismos que se consignaran mas detalladamente en los apartados correspondiente que se encuentran más adelante. Al respecto es importante señalar que cuando una persona se forma dentro de un campo científico y se adhiere a una praxis y a una tradición epistémica se vuelve soporte y garante de la transmisión de dicho saber para las futuras generaciones. Por otra parte es esencial que el saber científico se difunda entre las personas ajenas al campo como una forma de enriquecer la cultura general de nuestro país. El terapeuta que se sienta ajeno a la enseñanza estará olvidando que hasta cierto punto todo proceso terapéutico es un proceso de enseñanza y aprendizaje mutuo entre el terapeuta y el paciente. Siempre habrá algo nuevo que

enseñar, nunca sabremos demasiado como para no aprender. En cierta forma este reporte también constituye un medio de enseñanza y transmisión de conocimiento en tanto que consigna lo poco o mucho que el autor haya conseguido de comprensión de su propia disciplina.

HABILIDADES HACIA LA PREVENCIÓN

Existe una discusión sobre qué es lo que realmente logra que las personas cambien y prevengan situaciones que puedan dañar su integridad física y psicológica. Si bien la información resulta muy importante y ningún cambio significativo puede darse en la ignorancia, también es importante señalar que, como señala la teoría sistémica, a veces son necesarios cambios en un nivel superior para lograr cambios en el sistema que nos ocupa. Las habilidades sistémicas hacia la prevención comprenden, por lo tanto, la posibilidad de cambiar, no sólo las actitudes y conductas de las personas sino de cambiar también el medio o contexto en el cual dichas personas se desenvuelven y que son responsables de determinar dicha conducta. La participación en la sede Alterna “Fundación Casa Alianza” fue la actividad ideal para desarrollar las habilidades hacia la prevención tal y como se consigna en el capítulo dos de este reporte.

HABILIDADES DE ÉTICA Y COMPROMISO SOCIAL

Resulta, incluso extraño que se hable de ética y compromiso social en calidad de habilidades, ya que representan más bien una postura personal que se adopta ante los otros, esto es lo que implica la ética, mi responsabilidad ante los otros. Todo saber implica una forma de poder mismo que es de carácter irrecusable. Como terapeuta familiar, se posee un saber que da poder sobre las personas, en manos de uno queda utilizar este poder para afianzar nuestro narcisismo o para ayudar a los demás. La actitud verdaderamente ética hacia el cliente, puede describirse de forma satisfactoria como una actitud de interés sincero y de respeto ante su *pathos*, es decir, ante su vivir y enfrentar al mundo. Hay otra forma de responsabilidad que nos convoca y es la inversa de la anterior, no podemos no saber, la ignorancia libremente aceptada, aunque cómoda, representa una grave falta ética, no podemos empolvarnos y cerrarnos al cambio y a la discusión, ya que la única forma en que podremos seguir ayudando a los clientes a cambiar es estando dispuestos a cambiar nosotros primero.

II. PALABRA DE TERAPEUTA

Ahora cambio de la tercera a la primera persona, como cada vez que quiero dejar hablar de mí y comenzar a hablar desde mí mismo. Las palabras faltan y es que con su ausencia anuncian el final de este recorrido, y la muerte de una parte de mi vida que dará lugar a lo que seré a partir de ahora. No sé si conozco completamente a aquél que fui, sólo queda la obra para atestiguarlo, lo que es bien seguro es que el que seré habrá de medirse con esa esperanza y ese deseo que nunca se ha extinguido. Qué me mueve a curar, tal vez sólo el curarme a mí mismo a través del rodeo de los otros, tal vez sea una deuda que de tan vieja podrá estar olvidada, pero no por eso deja de cobrar sus réditos. Tal vez incluso sea una misión de la que no sé nada pero que aún así me ata y me obliga. Hacer terapia es algo que no me deja, que insiste al despertar, al leer y sobre todo, en momento como este cuando escribo. Qué si es algo que pesa, por supuesto que sí, pero contrariando a Kundera, el ser pesa y yo no sería sin la terapia, tal vez tú que me lees sabes de qué estoy hablando, pero tal vez usted que me lee no comparte esta experiencia, pero no por eso he de dejar de hablarla. Más allá de las habilidades y conocimientos que pude haber adquirido, el participar en el programa de Maestría me ha hecho otro. Se suele hablar de la persona del terapeuta y por supuesto también de la personalidad terapéutica, quisiera ir más allá, interrogar en mí la subjetividad del terapeuta. A lo largo de este reporte lo he intentado. Así, me encontrará más directamente en el prefacio, en las líneas del poscriptum del capítulo 2 y en breves chispazos a lo largo de todo el trabajo. El reporte es producto de mi trabajo y por lo tanto, llegará un momento en que sea ajeno a mí, yo tal vez correré la suerte de los factores intervinientes, lo importante es que juntos, hayamos podido “*pensar la terapia familiar sistémica*”. El trabajo está concluido, celebremos el acontecimiento.

Otoño 2006

ANEXOS

1. PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

Como parte del programa de Maestría en Psicología, el autor elaboró los siguientes productos tecnológicos:

- *Proyecto Taos de educación a distancia en línea.* La Dra. Mary Blanca Moctezuma convocó la participación de algunos residentes de Terapia Familiar para participar en dicho proyecto, el autor de estas líneas aceptó la convocatoria, por lo que se le asignó el tópico “responsabilidad relacional”. Se desarrolló la investigación bibliográfica con relación al tema lo cual llevó a la elaboración del siguiente material didáctico: Programa de estudio con objetivos generales y específicos, Bibliografía a consultar y recomendada, organizadores previos, texto introductorio y guía de estudio.
- *Etnografía.* Este es un folleto de divulgación científica sobre metodología cualitativa dirigido a estudiantes de licenciatura y posgrado que se derivó de un seminario impartido por la Dra. Carmen Merino. El texto consta de 12 páginas en las cuales se realiza una introducción al campo y los métodos de estudio utilizados por la investigación etnográfica.

2. ASISTENCIA A FOROS ACADÉMICOS VINCULADOS A LA MAESTRÍA

Se asistió a los siguientes foros académicos:

- Curso: “Familia, discapacidad y enfermedad crónica” Centro Nacional de Rehabilitación. Junio 2003
- Taller: “Metodología cualitativa I” Facultad de Psicología, UNAM. Octubre 2002
- Taller: “Metodología cualitativa II” Facultad de Psicología, UNAM. Febrero 2003
- Taller “Cultura Jurídica” Facultad de Psicología, UNAM y Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Enero 2005
- Curso: “Avances en terapia breve” Instituto Mexicano de Terapias Breves. Marzo 2005

3. PARTICIPACIONES EN FOROS ACADÉMICOS VINCULADOS A LA MAESTRÍA

Se participó en los siguientes foros académicos:

- **“Terapia familiar: Una Experiencia de Formación y servicio”** 14 de noviembre de 2003 en II encuentro: Aportaciones de la Facultad de Psicología en prioridades comunitarias. 10-14 de noviembre 2003. Facultad de Psicología UNAM.
- **“Transformando historias de dolor en historias de sanación”** 21 de noviembre de 2003, en Congreso internacional de Terapia breve, hipnosis ericksoniana, programación neurolingüística, terapia sistémica. 21-23 de Noviembre 2003. Centro de Terapia Familiar y de Pareja. CEFAP. Puebla, Pue.

4. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE DOCENCIA VINCULADAS A LA MAESTRÍA

- Profesor invitado en la materia “Epistemología de la terapia sistémica». Maestría en Psicología de la Salud, Residencia en Terapia Familiar. Julio 2002.
- Profesor invitado en la materia “Epistemología de la terapia sistémica”.Especialidad en Terapia Breve Sistémica. Instituto de Terapias Breves, S.C. Octubre 2003.
- Docente invitado al módulo “Entrevista y evaluación sistémica”.Especialidad en Terapia breve. Instituto Mexicano de Terapia Breve, S.C. 22 y 29 abril 2004.
- Docente adscrito del módulo “Bases teóricas de la Terapia breve”. Diplomado en Terapia breve Enfocada a problemas. Impartido en Escuela Nacional de Trabajo Social. Instituto Mexicano de Terapia Breve, S.C. 4 junio-12 julio 2004
- Auxiliar Docente en las materias “Psicodinámica de grupos I y II modalidad vivencial” Licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNAM. Semestres lectivos 2004-2; 2005-1; 2005-2; 2006-1 y 2006-2
- Docente adscrito del módulo “Epistemología de las terapias posmodernas”.Especialidad en Terapia breve. Instituto Mexicano de Terapia Breve, S.C. 7 marzo-18 abril 2005.
- Docente adscrito del módulo “Terapia Narrativa”.Especialidad en Terapia breve Instituto Mexicano de Terapia Breve, S.C. 25 abril -23 mayo 2005.
- Auxiliar Docente en la materia “Teorías de la personalidad II, modalidad vivencial” Licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNAM. Semestres lectivos 2006-1 y 2006-2
- Docente adscrito a los módulos “Comunicación humana I y II”.Especialidad en Terapia breve Instituto Mexicano de Terapia Breve, S.C. Noviembre 2005 - Febrero 2006.
- Docente adscrito del módulo “Terapia breve”.Especialidad en Terapia breve Instituto Mexicano de Terapia Breve, S.C. febrero - marzo 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuerne, J. (2000). "El proceso formativo en psicoterapia familiar" en "La terapia familiar en México, hoy". Editado por Guillén et al. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Andersen, T.(1994). "El equipo reflexivo". Gedisa. Barcelona
- Antaki, I. (1994) "El espíritu de Córdoba" Editorial planeta México
- Appignanesi, R. Y Garratt, C. (1997), "Posmodernismo para principiantes". Era naciente. Buenos Aires, Argentina.
- Aurón, F. (2000). "La sinfonía de la supervisión" en "La terapia familiar México, hoy". Editado por Guillén et al. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Ayerdi, F. comp. (1987). La Herencia de Foucault. México: UNAM, El caballito.
- Bateson, G. (1985) "Pasos hacia una ecología de la mente" Lohlé-Lumen. Buenos Aires Argentina.
- Bateson, G.(1979). "Espíritu y naturaleza". Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Bertrando, P y Toffanetti, D; (2005) "Historia de la Terapia Familiar" Paidós México
- Breulin, D. et al (1995). "Family therapy supervisión: toward and integrative perspective" En "integrating family therapy, handbook of family therapy and systems theory. Ed by Richard, H. Et al. American Psychological Association. Washington, D.C.
- Chagoy, L; Citron, K. (1994). "Family therapy supervision" en "Clinical perspectives on psychoterapy supervision". Ed. by Stanley, E. et al American Psychiatric Press. Washington, D.C.
- Denborough, D. (2001), "Family therapy. Exploring the field's past, present and possible futures". Dulwiche Center publications. Adelaide, South Australia.
- De las Casas. B (1996) "Brevisima relación de la destrucción de las indias". Planeta de agostini. España
- De Shazer, S. (1994). "En un principio las palabras eran magia". Gedisa. Barcelona
- De Shazer, S.(1989). "Pautas de terapia familiar breve".Paidós. Barcelona
- De Shazer, S.(1991). "Claves para la solución en terapia breve".Paidós. Barcelona.
- De Shazer, S.(1991). "Putting difference to work". Paidós. Norton & company. New York
- De Shazer, S.(1997). "Claves en psicoterapia breve". Gedisa. Barcelona
- Derrida, J. (1967) De la gramatología. México, Siglo XXI.
- Derrida, J. (2000) (Dar la) muerte. México, Paidós.
- Desatnik, O; Franklin, A; Rubli, D (1999) "Supervisión y entrenamiento en supervisión Psicología Iberoamericana" Vol 7. No 2 Junio 1999. México D.F.
- Domínguez, L (1999) "La supervisión: Un camino obligado en la formación del terapeuta Psicología Iberoamericana" Vol 7. No 2 Junio 1999. México D.F.
- Duras, M. (1985) "El amante" Tusquets editores. México
- Duras, M. (1991) "El amante de la china del norte" R.B.A. editores Barcelona
- Elliot, A. (1996). Sujetos a nuestro propio y múltiple ser. Buenos Aires, Amorrortu.
- Elliott, A. (1997). "Sujetos a nuestro propio y múltiple ser. Teoría social, psicoanálisis y posmodernidad". Amorrortu ed. Argentina.
- Engels, F.(1891). "El origen de la familia, la propiedad privada y el estado". Editorial Cibeles. Madrid, España.
- Espejel, E. (1999) "La formación del supervisor en terapia familiar" Psicología Iberoamericana Vol 7. No 2 Junio 1999. México D.F.
- Espejel, M. (2000). "La formación en terapia familiar de los entrenamientos en las maestrías". En la terapia familiar en México, hoy. Editado por Guillén et al. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Evan Imber-Black, J y Whiting, R. Comps (1991) Rituales terapéuticos y Ritos en la familia. Gedisa. España

- Ferrat, A. (2001). "Indagación psicoanalítica de la estructura del mito" Tesis, Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Foucault, M (1966) "El nacimiento de la clínica" Siglo XXI editores México.
- Foucault, M. (1961) "Historia de la locura en la época clásica" Fondo de cultura económica. México D.F.
- Foucault, M. (1966). "Las palabras y las cosas". Siglo XXI. México
- Foucault, M. (1976). "Vigilar y castigar". Siglo XXI. México
- Freud, S. (1900). "La interpretación de los sueños". Obras Completas Vol. IV y V. Amorrortu ed. Buenos Aires.
- Freud, S; (1922) "Dos artículos de encyclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido" Obras Completas Vol. XVIII. Amorrortu ed. Buenos Aires.
- García-Alvarez, V. (2003) "El juego infantil como medio de aprendizaje" Tesis, Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Gergen, K. (1994). "Realidades y relaciones". Paidos. México.
- Glick, T. (1991) "Cristianos y musulmanes en la España medieval" Alianza Editorial. Madrid, España.
- Goldenberg, I; Goldenberg, H. (1999) "Family therapy an overview" Brooks and Cole 5 editon. Washington. D.C.
- Goldman, H.(1984) "Psiquiatría general" Manual Moderno. México
- Gottlieb, M. (1995). "Ethical dilemmas in change format and live supervision" en "integrative family therapy, handbook of family therapy and systems theory". Ed by Richard, H. Et al. American Psychological Association, Washington, D.C.
- Haley, J. (1980). "Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson". Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Haley, J. (1988). "Terapia de Ordalías". Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Haley, J. (1990). "Terapia para resolver problemas". Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Hoffman, L; (1987) "Fundamentos de terapia familiar" Fondo de cultura económica, México.
- Hourani, A. (1991) "La historia de los árabes" Vergara. Barcelona España.
- INEGI (2000) "XII Censo general de población y vivienda. Tabuladores básicos" Aguascalientes, México.
- Johansen, O. (1994) Introducción a la Teoría General de sistemas. Limusa, México, D.F.
- Lacan. J. (1977). La familia". Editorial Homo Sapiens. Buenos aires, Argentina.
- Lamas, M. (1996). "La construcción cultural de la diferencia sexual". UNAM; PUEG; Miguel Angel Porrua. México, D.F.
- Lévi-Strauss, C. (1949). "Las estructuras elementales del parentesco". Paidos. México, D.F.
- Lévi-Strauss, C. (1962). "El pensamiento salvaje". Paidos. México
- Lévi-Strauss, C. (1970). "Tristes trópicos". Paidos. México
- Lévi-Strauss, C. (1983). "Mirando a lo lejos". EMECE. Buenos aires, Argentina.
- Lévi-Strauss, C. (1984). "Palabra dada" Espasa-Calpe. Madrid, España.
- Lévi-Strauss, C. (1988)"Introducción" en "historia de la familia" Burguiere, A y Duby, G. comp. Alianza. Madrid España.
- Lévi-Strauss, C. (1998). "Mirar, escuchar, leer". Siruela. Madrid, España.
- Liddle, H. Y Schwartz, R. (1983). "Live supervision/consultation: conceptual and pragmatic guidelines for family therapy trainers" Family process vol. 23 480-490.
- Liddle, H; Becker, D.; Diamond, G. (1997). "Family therapy supervision" En "Handbook of therapy supervision". Ed. Watkins, E. John Wiley and Son. Washington, D.C.
- Linares, J.L. (1996) Identidad y narrativa. Paidos, España
- Lipset, D. (1980) "Bateson: the legacy of a scientist" Bacon Press, Boston
- Lore, H. (1999) "El papel del supervisor en la formación de alumnos" Psicología Iberoamericana Vol 7. No 2 Junio 1999. México D.F.

-
- Luhmann; N. (1996) Introducción a la Teoría de Sistemas. Anthropos, México D.F.
 - Lyotard, J (1989). "La posmodernidad (explicada a los niños)". Gedisa, México.
 - Madaness, C. (1990). "Terapia familiar estratégica". Amorrortu editores, Buenos Aires.
 - Martín del Campo, M. (1999) "Amor y conquista" Planeta de agostini-Conaculta. España
 - Mc Goldrik, M.(1985) Los genogramas en la evaluación familiar. Gedisa México D.F
 - McDaniel, S. Et al. (1983). "Multiple theoretical approaches to supervision: choices in family therapy training" Family process vol. 22. 491-500.
 - McNamee, S. comp. (1992). La Terapia como Construcción Social. Barcelona: Paidós.
 - Miller, S; Duncan, B; Hubble, M. (1997) "Escape from Babel" Norton, New york.
 - Minuchin, S. (1977). "Familias y terapia familiar". Gedisa. España.
 - Minuchin, S. y Fishman, C. (1992). "técnicas de terapia familiar". Paidos. México
 - Moctezuma, M. (1998) "La familia en México: patrones dominantes" en Cuadernos de Terapia Familiar. II epoca. Año XII. Centro de diagnostico y terapia familiar. Madrid España
 - Molina, J. (1996) Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar sistémica. IMTB. México.
 - Molina, V. (1982) "El alcoholismo en México" Fundación de investigaciones sociales A.C. México D.F.
 - Montalvo, B. (1973). "Aspects of live supervision" Family process vol.12 343- 359.
 - Nichols, M. et al (1995). « Comparative analysis ». En "Family therapy, concepts and methods". Ed by Nichols, M. Et al. Allyn and Bacon. Washington, D.C.
 - Nichols, M. Y Schwartz, R. (1985). "Family therapy. Concepts and methods". 3rd. Edition. Allyn and Bacon. USA.
 - O'Hanlon, W. (1989). "Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson". Editorial Paidos, Argentina.
 - O'Hanlon, W. y Cade, B. (1995). "Guía breve de terapia breve". Paidos, México.
 - O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). "En busca de soluciones". Paidos. Mexico
 - Oldroyd, D. (1993) "El arco del conocimiento". RBA. Barcelona.
 - Papadopoulos, R. (2001). "Refugee families: issues of systemic supervision" Journal of family therapy. Vol. 23 405-422
 - Papp, P. (1988). "El proceso del cambio".Paidos. México
 - Paz, O. (1965) "El Laberinto de la soledad" Fondo de Cultura Económica. México
 - Pittman, F. (1994) "Mentiras privadas". Amorrortu ed. Buenos Aires, Argentina
 - Ritvo, E. y Glick, I. (2003) Terapia de pareja y familiar. Editorial Manual moderno. México D.F.
 - Rushdie, S. (1989). "Los versos satánicos". Plaza y Janes. México.
 - Sandoval, D. (1984) "El mexicano: Psicodinámica de sus relaciones familiares. Villicaña. México
 - Sefchovich, S. (1990) "Violencia y familia" en Psicoterapia y familia Vol. 3, No.2. México D.F.
 - Seligman, M. ; Klein, D. ; Miller, W. (1984). Depresión. Harold Leitenber (ed). Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. Traducción : Ma. Elena Ortiz S. Programa de Publicaciones de Material Didáctico, 1984. Facultad de Psicología, UNAM.
 - Selvini, M. comp (1990) "Crónica de una investigación". Paidos. España.
 - Selvini-Palazzoli, M. et. al. (1988) «Paradoja y contraparadoja». Paidos. España.
 - Simcón, R. (1988) "Diccionario de la lengua náhuatl o mexicana" Siglo XXI, México.
 - Sluzki, C. (1995) "Migración y las vicisitudes de la red social" en Psicoterapia y familia. Edición especial 5to congreso. México D.F.
 - Sprenkle, D; Bishoff, R. (1995). "Research in. family therapy: trend, issues and recommendations" en "family therapy, concepts and methods". Ed by Nichols, M. Et al. Allyn and Bacon. Washington, D.C.

- Steinglass, P. y col (1997) "La familia alcoholica" Gedisa, Barcelona, España.
- Sun Tzu (1999). "El arte de la guerra". Martínez Roca. México
- Tarragona, M. (1999) "La supervisión desde una postura posmoderna" Psicología Iberoamericana Vol 7. No 2 Junio 1999. México D.F.
- Torres, M. (2001) "La violencia en casa" Paidós. México D.F.
- UNAM. (2001) "Programa de residencia en terapia familiar sistémica". México.
- Vattimo, G. (1994). Entorno a la posmodernidad. Colombia, Anthropos.
- Watzlawick, P. (1994) "Es real la realidad". Editorial Herder. Barcelona
- Watzlawick, P. et. al. (1981) "La realidad inventada". Gedisa, Barcelona, España.
- Watzlawick, P. et. al. (1987) "Teoría de la comunicación humana". Herder. Barcelona
- Watzlawick, P., (1989) "Lenguaje del Cambio", Editorial Herder. Barcelona
- Watzlawick, P., Weaklan, J & Fisch, R. , (1974). "Cambio". Herder Barcelona.
- Webb, A. (1996) "Los doce hilos de oro". Ediciones B. Barcelona.
- White, M, Epston, D. (1993) Medios Narrativos para fines terapéuticos. Paidós, México
- White, M. (1989) "Guías para una terapia familiar sistémica". Gedisa, España
- White, M. (1990) "Reescribir la vida". Gedisa España
- White, M. Y Epston, D. (1993). "Medios narrativos para fines terapéuticos". Paidós, España.
- Wittezaele, J y García T. (1994). "La escuela de Palo Alto". Herder. Barcelona
- Fisch, R; Weakland, H y Segal, L. (1984) "La Tactica del cambio". Herder Barcelona