



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRIA
Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA
FAMILIAR SISTEMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
GABRIELA EMMA GARCIA SOTO

DIRECTORA DEL REPORTE
PRESIDENTA MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE EXAMEN:
TITULAR: MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
TITULAR: MTRA. MARIA ELENA RIVERA EREDIA
TITULAR: MTRA. LAURA ELENA ARAGON BORJA
TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
SUPLENTE: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
SUPLENTE; DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO



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.

AGRADECIMIENTOS

Haría falta un libro entero para poder agradecer a todas aquellas personas que han pasado por mi vida y que de una manera u otra han influido en la conclusión de éste trabajo, a mis abuelos, a mis tíos, a cada uno de mis primos, a cada uno de los maestros que desde jardín de niños me guiaron, en especial al Dr. Sergio López Ramos y la Mtra. Carmen Susana González Montoya, quienes han sido fuentes de inspiración y ejemplo a seguir en mi carrera; a cada uno de los amigos que han sido mis compañeros en diferentes momentos, pero en particular a José Luís Nájera: ¡muchas gracias por todo!

Quiero hacer un agradecimiento especial a las personas que le han dado un significado a mi vida, a mi esfuerzo y a mis logros: a mi madre con su amor, dedicación y apoyo, a mi padre siempre apoyándome y confiando en mis decisiones; a mi hermana siempre cerca de mi explosiva y amorosa; a mi hermano... "Pepe, me gustan tus sábanas".

Con cariñosa admiración, agradezco a cada una de las supervisoras y profesoras de la Residencia en Terapia Familiar. En especial agradezco a mi querida Maestra Rosario Espinosa Salcido, pero sobretodo a ti Ofe Desatnik por todo el tiempo invertido en mi trabajo y mi formación: "la voz de ustedes siempre va conmigo".

A ti chaparrito, por todo tu apoyo incondicional, por creer en mi, por acompañarme física y emocionalmente, por tu admiración y amor, por los desvelos conjuntos, por tu impulso, por las largas horas de plática en las que me ayudas a aclarar y darle forma a mis ideas, por ser el amor de mi vida.

INDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1	ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR	2
1.1.1	CARACTERISTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	
1.1.2	PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS	
1.1.3	LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA	6
1.2	CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO	10
1.2.1	DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS	
1.2.2	ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS (PERSONAL, REDES ROLES, ORGANIGRAMA, SECTORES IMPLICADOS, FUENTES DE REFERENCIA, CONTEXTO)	
1.2.3	EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS DE TRABAJO CLÍNICO.	
1.2.4	SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS	13

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1	ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	17
2.1.1	ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO	
2.1.2	ANÁLISIS DE LOS PRICIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA: MODELOS ESTRUCTURAL, ESTRATÉGICO, DE TERAPIAS BREVES, ORIENTADO A SOLUCIONES, DE MILÁN Y MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO	24

CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1	HABILIDADES CLÍNICO TERAPÉUTICAS	44
3.1.1	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON FAMILIAS	
3.1.2	ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CLÍNICO CON FAMILIAS	45
3.1.3	DESARROLLO DEL TEMA PARA SER PRESENTADO EN EL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: DEPRESIÓN	69
3.1.4	EL EQUIPO DE SUPERVISIÓN EN LA FORMACION DE TERAPEUTAS FAMILIARES DE LA MAESTRIA EN PSICOLOGÍA	87
3.2	HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	91
3.2.1	REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA	

3.3	HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA	93
3.3.1	PRODUCTOS TECNOLÓGICOS	
3.3.2	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	95
3.3.3	REPORTE DE LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO EN FOROS ACADÉMICOS	100
3.4	DISCUSIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERJAN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	101

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1	RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.	106
4.2	INCIDENCIAS EN EL CAMPO PSICOSOCIAL	108
4.3	ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL	112
4.4	IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO	116

V. BIBLIOGRAFIA		119
------------------------	--	-----

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

1.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

1.1.2 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

Nuestro país actualmente enfrenta una serie de transiciones políticas e ideológicas que corresponden a las condiciones que se están dando en diferentes partes del mundo. Nos encontramos sumidos en profundas crisis, que se han visto agudizadas por el constante jaloneo de poder que se vive en un intento de seguir con la aún incipiente democracia que se trata de fortalecer. Los cambios esperados, sin embargo, no se han visto reflejados en los entornos más inmediatos de los individuos; más aun, nos enfrentamos a profundos problemas de pobreza, salud y educación, lo que se ve reflejado en la salud emocional de las personas y en las relaciones familiares, que se tornan aun más tensas. Es por ello, que la labor de la Psicología y sus propuestas de intervención, se hace cada vez más necesaria.

La creciente pobreza coloca a un gran número de mexicanos en condiciones desventajosas ya sea por su inaccesibilidad a servicios de salud, por la falta de vivienda, de servicios adecuados, las condiciones insalubres y la mala alimentación, que hacen que la calidad de vida se vea cada vez más disminuida.

Existen varios programas gubernamentales que pretenden atacar la pobreza, la desnutrición y la posibilidad de que los servicios de salud sean más accesibles; sin embargo, la capacidad de éstos se ve superada en mucho por la cantidad de mexicanos que requieren apoyo.

Las consecuencias de estas carencias son igualmente graves, así hablamos de problemas de salud tales como desnutrición, cáncer, adicciones, diabetes, VIH/SIDA y problemas neuronales, entre otros. Así también, consideramos como consecuencias de estas desventajas, problemas sociales tales como analfabetismo, reprobación y deserción escolar, salida del hogar de niños que después viven en situación de calle, desintegración familiar, discriminación laboral, delincuencia, suicidio, violencia a la mujer e intrafamiliar.

El manejo teórico y clínico de este tipo de situaciones ha sido importante desde la Psicología, sin embargo, la accesibilidad se ve disminuida ya sea porque el número de profesionistas especializados en relación al número de familias que necesitan atención es desproporcional, o bien, por el hecho de que pedir ayuda de orden psicológico no es una posibilidad contemplada por un gran número de familias, lo que hace que las personas que reciben ayuda sea mucho menor que el número de las que lo necesitan.

Al analizar la problemática actual en la sociedad mexicana, es importante destacar la labor que la familia juega como su célula principal. Es la familia la encargada de reproducir e inculcar las normas y comportamientos sociales aceptables y aceptados, pero sobretodo, de proporcionar un sentido de

pertenencia, comprensión y solidaridad a cada uno de sus miembros. Podemos por ello considerar que la intervención terapéutica en familias en la sociedad mexicana es de primordial importancia.

Debido a las altas tasas de desempleo, las familias han tenido que adoptar diferentes estrategias para poder reducir el impacto de los bajos salarios; el grupo familiar se ha reorganizado de manera tal que observamos a muchas familias de más de dos generaciones que permanecen en la misma vivienda y todos los miembros, desde los padres hasta los menores, forman parte de actividades para la obtención de ingresos. Pero estas mismas situaciones ponen en mayor riesgo de desintegración a las familias, pues las necesidades que forzan a toda la familia a salir a buscar sustento han hecho que los ajustes tan radicales rompan un tanto con los vínculos dados por los roles aprendidos de generaciones anteriores y en consecuencia, niños y jóvenes dejan de asistir a la escuela, se exponen a las drogas, a la explotación laboral, a la temprana experimentación de la sexualidad con sus consecuencias desfavorables cuando no se tienen los cuidados necesarios o con el riesgo de situación de calle.

De la misma manera, las mujeres y niños actualmente se encuentran expuestos a la violencia física y/o sexual, dentro del espacio que debería ser el más salvo y afectivo. Sin embargo, este tipo de agresiones, no son exclusivas de la pobreza, ni de la falta de estudios. Hablando de la violencia ejercida contra la mujer, podemos notar que en su mayor parte, se ejerce dentro del seno familiar y aun más, proviene de su pareja conyugal, de quien recibe golpes, amenazas, agresiones verbales, privaciones, prohibiciones, violación, de manera tan grave, que sus consecuencias son de gran impacto e incluso incapacitantes.

Según estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad se indica que, en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva (Heise, 1994, citado en www.posgradopsico.unam.mx).

Los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la familia realizada por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC) en 1995, muestra que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir con mayor frecuencia maltrato físico o mental, seguido por las madres (20.9%) y las demás mujeres de la familia (9.7%), entre las que se encuentran las hijas, cuñadas, primas, entre otras.

Esta encuesta reveló que el 21% de los informantes dijo conocer a alguien maltratado en su familia y que el 35% reconoce haber vivido un problema de violencia intrafamiliar en los últimos seis meses (citado en www.posgradopsico.unam.mx).

Otra fuente que puede darnos una idea sobre este problema son las estadísticas de matrimonios y divorcios en 1997 que publica el INEGI (2000, citado en www.posgradopsico.unam.mx). En éstas, pese a que hay un registro importante de casos pues en ese año todavía la violencia intrafamiliar no era

causal de divorcio, se registraron 1,741 divorcios relacionados con situaciones de maltrato y de éstos el 77.3% fueron solicitados por mujeres.

Respecto a la violencia infantil, de acuerdo a los datos del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), entre 1996 y 1997 se reportaron 28,498 niños maltratados en diferentes grados de severidad. La violencia intrafamiliar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido. Lo anterior constituye un obstáculo para el desarrollo de un país ya que impide el disfrute pleno de los derechos humanos (citado en www.posgradopsico.unam.mx).

Otra de las consecuencias de las situaciones que vive la familia mexicana, son los desórdenes mentales, tales como la depresión y su consecuencia más grave, el suicidio. Los intentos de suicidio son llamadas de atención que deben ser atendidas oportunamente. El suicidio es una decisión individual para terminar con la vida. Ambas conductas hacen referencia a un problema de salud mental que afecta directamente a la familia por la combinación de variables psicosociales. Además, se trata de un comportamiento en contra de las creencias y las normas que puede ser asociado a aspectos socioeconómicos.

En los últimos años ha habido un incremento en el número de suicidios de adolescentes, lo que ha llamado la atención de autoridades educativas, de salud y policiales. La ideación suicida y los intentos suicidas son comunes entre las personas que padecen depresión; uno de cada ocho intentos suicidas es fatal y alrededor del 3% de las personas que han intentado suicidarse, eventualmente lo logran (Renan, 2003).

En México se ha encontrado que el grupo de jóvenes entre 15 y 19 años es el que presenta una tasa mayor de suicidios, siendo para los hombres la tasa de suicidio consumado mayor que la de intento de suicidio: 2.71 vs 0.10. En las mujeres también se observa el mismo fenómeno, aun que en menor grado que los varones (Caraveo, García, y Guzman, 1999).

Lo anterior ha obligado a realizar investigaciones para determinar las variables causales relevantes y a proponer estrategias terapéuticas preventivas. Al revisar la literatura sobre el suicidio en la adolescencia se observa la participación de variables psicológicas, familiares, demográficas y religiosas (Renan, 2003). Dentro de las variables psicológicas se tienen: depresión, autoestima, procesos cognoscitivos (evaluación), desesperanza, formas de enfrentarse a problemas y distorsiones en la perspectiva del tiempo. (Lennings, 1994, Harris y Lennings, 1993, de Wilde y Cols, 1993, Denoff, 1987; Morano, Cisler y Lemerond, 1993, Puskar, Hoover y Miewald, 1992, Puskar, Hoover y Miewald, 1992, citados en Renan, 2003)

Si tomamos en cuenta las consecuencias de las diferentes situaciones desventajosas que está viviendo la familia y de las consecuencias de la violencia en las mujeres y niños, podemos considerar que todos estos constituyen un

problema grave en la sociedad mexicana por lo que se han tomado medidas gubernamentales dedicadas a su atención.

Tal es el caso de las agencias especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales de violación y atentados al pudor, establecidas en 1989. Estas agencias existen en 13 estados de la República y en dos se cuenta con mesas especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal: el Centro de Terapia y Apoyo y el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar. Asimismo, se conforma la Unidad Especializada de Atención y Orientación Legal a las Víctimas del Delito y sus Familiares, dependiente de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Desde 1990, con la reforma del Código Penal en materia de delitos sexuales, se consideró de suma importancia incluir en las leyes el establecimiento de normas que prevengan y protejan a las víctimas de la violencia familiar, promoviendo la participación de representantes de nuestro país en eventos en los que se ha abordado este tema, como la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, la Convención de Belem do Pará, la Convención de los Derechos de los niños en 1992 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de Beijing en 1995 (Gobierno del D. F., Secretaría de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, 1997, citado en www.posgradopsico.unam.mx).

Es en 1996 cuando se presenta por primera vez una propuesta de modificaciones legales en materia penal, civil y de procedimiento sobre el tema a los legisladores, la cual fue aprobada el 13 de diciembre de 1997; a partir de este momento se crea la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, que impulsó el establecimiento de un Consejo, dos Unidades de Atención y un Albergue para atender a las víctimas. Esta ley fue reformada en junio de 1998, donde cambió su nombre para establecerse como Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, ampliando así su marco de atención ya que se trata de una ley de carácter administrativo que tiene por objetivo la asistencia y la prevención del problema.

En esta última reforma, la ley facultó, entre otros puntos, a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal para diseñar el programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, operar y coordinar las Unidades de atención a la violencia familiar (que actualmente son 10 distribuidas en igual número de delegaciones) y fortalecer la prevención de la violencia familiar y seleccionar y capacitar al personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia de la ley. (fuente, www.posgradopsico.unam.mx)

1.1.3 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA

La Psicología es una ciencia muy joven, que se ocupa del comportamiento humano y que se encuentra en constante desarrollo y evolución; dentro de esta, existen corrientes de pensamiento, que proponen diversas estrategias de intervención. Podemos encontrar diferentes aproximaciones teóricas que han pretendido dar una explicación al comportamiento del ser humano y a la formación de problemas psicológicos y que han desarrollado diferentes aproximaciones metodológicas para intervenir en aquellos casos en que las relaciones han derivado en la formación de problemas.

Una de las aproximaciones teórico-metodológicas para el estudio de los procesos humanos, es el enfoque **sistémico**, cuyo importante giro epistemológico tiene su antecedente más importante en el año de 1942, cuando en Nueva York, Frank Freemont Smith, director de la fundación Joshia Macy, patrocinó una serie de conferencias que promovía nuevas formas de explicación en el campo de la ingeniería, la biología y el área social. En éstas, se manifestó el interés de los expertos de diversas disciplinas, por la estructura; entre ellos se destacaban los matemáticos Norbert Wiener y Walter Pitts, el fisiólogo mexicano Arturo Rosenblueth, el ingeniero químico John von Neuman, el neurofisiólogo Warren McCulloch, el psiquiatra Milton Erickson y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson entre otros científicos que compartían una perspectiva desde la que era importante intentar comunicarse más allá de las fronteras que separan a las diferentes ciencias de las que eran representantes. De estas conferencias y de los trabajos independientes que en los siguientes años desarrollaron los participantes de éstas, surgieron innovaciones que abrían camino a la cibernética, como un nuevo marco de referencia, en donde el foco de estudio estaba puesto en los procesos de retroalimentación y control, cuyo lenguaje resultaba interdisciplinario y permitía construir sistemas artificiales y entender de la misma manera, sistemas naturales. Con base en conceptos tales como circularidad, información, retroalimentación, regulación y organización, la Cibernética se convirtió en una línea de que junto con la Teoría General de Sistemas son la base de un campo de pensamiento en Psicología, que originó a la Terapia Familiar. (Fuente www.posgradopsico.unam.mx)

Es precisamente el paradigma de la Teoría General de Sistemas, creada por Ludwing von Bertalanffy y consolidada al término de la Segunda Guerra Mundial, en donde el estudio de los todos y las totalidades comienza a tener importancia. El concepto de sistema, se refiere a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de sus partes, dando lugar a una entidad distinta (Bertalanffy, 1993). Así, todos los fenómenos pueden ser estudiados como sistema, si se toman en cuenta todos los aspectos que los conforman y las interacciones generadas entre ellos.

Una de las diferencias básicas de este campo de conocimiento, es el cambio epistemológico por el que se abandona la visión mecanicista-causal de los fenómenos, que había dominado las ciencias, en el que el objeto de estudio era lo intrapsíquico individual, en cambio se toma en cuenta el campo relacional en el que el individuo está inserto. Desde esta epistemología, se investiga al síntoma por su

significado en el marco del sistema relacional (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1988).

Con sus estudios sobre esquizofrenia, Haley en 1956 afirmaba que ésta podía ser considerada como un fenómeno centrado en el ámbito de la comunicación interpersonal y contextual, producto de las relaciones familiares. Esto lo sintetiza en su teoría del doble vínculo, que formaría parte de l proyecto denominado terapia familiar de la esquizofrenia. Esta teoría incluía la idea de describir la comunicación en términos de niveles con la posibilidad de que estos niveles entraran en conflicto y dieran lugar a una paradoja, o atadura, en donde ninguna respuesta aceptable fuera posible dejando a la persona "atrapada" (Haley, 1993).

Estas fueron algunas de las diferencias que establecieron dentro de la terapia familiar, la distinción entre dos clases de epistemología, la lineal progresiva y la recurrente, que pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales; es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto y pone de manifiesto el entendimiento de que el terapeuta establece una relación con sus clientes, como un proceso de cambio, aprendizaje y evolución, no de curación. Ésta postura incluye las relaciones de los humanos con su entorno desde un punto de vista recursivo. Implica que, los humanos, como seres vivos, estamos en una continua interacción con el entorno de forma tal que ambas partes (seres vivos y circunstancias) funcionan y cambian juntos. Esta postura ha sido denominada por Keeney (1994), como visión sistémica del mundo.

A este respecto, Ochoa de Alda (1995) nos dice, que cualquiera que sea el problema que presente una persona, debe ser entendido en el contexto, relacionado con otros sistemas más amplios. Hay que tener en cuenta, que el primer sistema amplio que rodea al individuo, es la familia, el él, encontramos posibilidades de cambio. En cambio, si solo conceptualizamos un problema como interno de un individuo, se generan historias que reifican la realidad y convierten al individuo en víctima de sí mismo y sus circunstancias.

Bateson (1976), identifica dos enemigos de la visión sistémica, la causalidad y el dualismo. La primera, es una forma lineal de pensamiento, que parece asignar una causa y que nos lleva a buscar y encontrar "culpables" de lo que sucede (causa-efecto); mientras que el pensamiento dualista, rompe la armonía de la totalidad, para encontrar opuestos, impidiendo encontrar el patrón recursivo.

La Terapia Familiar Sistémica ofrece a las familias, una visión en la que se alejan desde el inicio, de las definiciones patológicas y de la culpabilización hacia cualquiera de sus integrantes, la redefinición del síntoma por sí misma, da la posibilidad de observar al problema como solucionable, simplemente por el hecho de no tener un nombre que resulte aterrador (Watzlawick, Weakland y Fish, 1999)

Durante la década de los años noventa, el Constructivismo Social ha sido parte importante de la práctica sistémica, caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación y la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad. Se enfatiza la forma en que los seres humanos

construyen su experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran y tomándolas como productoras de discursos. Dentro de éste contexto, la práctica clínica es un proceso orientado a la construcción de historias y significados alternativos a la situaciones difíciles de resolver de que las personas presentan (Shotter, 1996). Las situaciones existen fuera del lenguaje, sin embargo, debemos considerar que las formulaciones hechas en el lenguaje, están incorporadas a nuestras pautas de acción, lo que es fundamental para la construcción de nuestra "realidad" (White, 1994).

En el enfoque sistémico, se considera como una imposibilidad tratar de resolver una conducta aislada, es decir, no vinculada simultáneamente con el comportamiento de los demás individuos con los que el sujeto está relacionado en un contexto dado. De hecho, niega cualquier validez a cualquier intento de explicación de un fenómeno aislado y cosificado. Ante esta concepción, el concepto de "normalidad" pierde también su referencia objetiva. (Selvini, 1986)

Finalmente es necesario considerar que ya no es posible creer sólo creer que el terapeuta "causa un efecto" sobre el consultante o la familia por medio de su personalidad, su habilidad o su técnica. El consultante no es un agente y no es un sujeto, ambos forman parte de un campo más extenso en que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan unos sobre otros de maneras impredecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del cambio en el que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico. Una "epistemología circular" forma parte de este campo más extenso (Hoffman, 1987).

En el enfoque sistémico, se considera como una imposibilidad tratar de resolver una conducta aislada, es decir, no vinculada simultáneamente con el comportamiento de los demás individuos con los que el sujeto está relacionado en un contexto dado. De hecho, niega cualquier validez a cualquier intento de explicación de un fenómeno aislado y cosificado. Ante esta concepción, el concepto de "normalidad" pierde también su referencia objetiva (Selvini, 1986)

1.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.

- 1.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS
- 1.2.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS (PERSONAL, REDES ROLES, ORGANIGRAMA, SECTORES IMPLICADOS, FUENTES DE REFERENCIA, CONTEXTO)
- 1.2.3 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS DE TRABAJO CLÍNICO.

El programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, está inmerso en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, que se imparte en la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, las cuales participan como entidades académicas. En la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, que es la entidad académica en la que cursé mi formación, las actividades clínicas se realizan en tres escenarios clínicos, la clínica dentro de las instalaciones de la misma y dos en sedes externas: en el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco y en la Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE.

La clínica de Terapia Familiar en la FES-Iztacala, se encuentra ubicada en el edificio de Endoperiodontología y pertenece a la División de Investigación y Posgrado. Las supervisoras titulares de esta sede, eran la Dra. Ofelia Desatnik Miechimski, la Dra. María Suárez, la Dra. Luz de Lourdes Eguluz Romo y la Dra. Xochitl Galicia Moedano. Esta unidad fue creada expresamente para las actividades clínicas y la formación de terapeutas de la Residencia en Terapia Familiar y tiene como uno de sus principales objetivos, dar atención a la comunidad, a través del trabajo terapéutico con familias, parejas o pacientes individuales, desde una visión sistémica y posmoderna. Las fuentes de referencia son la clínica de Salud Integral de Iztacala, que refiere consultantes en su mayoría de clase media-baja, cuya problemática está relacionada al contexto familiar; la Unidad de Evaluación Psicológica, personal, alumnos y académicos de la escuela, así como personas referidas por instituciones de la comunidad tales como escuelas y el Tecnológico de Tlalnepantla entre otras.

El espacio que en la FES-Iztacala, es de aproximadamente 4 x 4 metros y está distribuido en dos cámaras divididas por un espejo bidireccional: en la primera se encuentra una cámara de video que puede desplazarse de acuerdo a la posición de la familia y que está conectada a una video VHS y una televisión, para poder realizar la grabación de las sesiones y su proyección. La segunda cámara, de menores dimensiones, es la que ocupa el equipo para la observación de sesiones y cuenta con un sistema de audio que permite escuchar con claridad. Ambos extremos se encuentran intercomunicados por medio de teléfonos.

En cuanto a las dos sedes externas en las que se realizó la formación como terapeutas, una de ellas es la Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, es una clínica de referencia, que cuenta con médicos familiares, ginecólogos, odontólogos y una psicóloga que atiende principalmente los casos que son referidos por los médicos familiares. En esta sede, el área de Terapia Familiar forma parte del área de Psicología y ocupa el espacio físico de ésta durante un día a la semana.

Los pacientes son canalizados tanto por el médico familiar, como por el mismo departamento de Psicología y, como en la clínica de Iztacala, los casos que son canalizados al servicio son aquellos que tienen que ver con problemáticas familiares. Este espacio había sido sede por varios años de los equipos de formación en Terapia Familiar y de pareja de los diplomados de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, bajo la supervisión de la Mtra. Susana González Montoya y la Mtra. Rosario Espinosa Salcido, por lo que el trabajo era ya reconocido y los pacientes se encontraban incluso ya en espera de ser atendidos.

En esta clínica, el espacio físico para los terapeutas familiares consiste en un cubículo destinado al área de Psicología, que mide aproximadamente 8 metros de largo, por 3 de ancho, con dos puertas de acceso en cada extremo, una para pacientes y otra para el personal. En este cubículo el equipo se acomoda de frente a la familia que se coloca sentada de espaldas al equipo terapéutico; detrás de éste se encuentra un pizarrón blanco, en el que las supervisoras escriben preguntas e intervenciones sugeridas a los terapeutas. Las familias salen casi a la mitad de la sesión para que el equipo construya los mensajes y las tareas. Como en todos los escenarios clínicos, las sesiones son filmadas, en este caso, la cámara era móvil y era propiedad del equipo, por lo que cada día de trabajo se llevaba y se recogía.

Una de las actividades que como miembros del equipo de salud tenemos en esta sede, es el de la prevención, para lo cual las autoridades nos solicitaron charlas en la sala de espera, talleres de intervención con alguna población localizada, o incluso formación en cualquier área de la Psicología para el personal de salud. Se realizó un taller de atención a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, dirigido por dos de nuestros compañeros y llevado a cabo con los pacientes de la unidad, así como un taller de prevención de abuso sexual dirigido a niños de jardín de niños y sus padres.

Por otro lado, en el Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM en Azcapotzalco, el área de Terapia Familiar, que está inserta en el área de psicopedagogía, constituye un espacio único de atención psicológica, dirigida tanto a alumnos como a trabajadores y docentes de dicha institución. En el colegio, el área de Psicología depende directamente del departamento de psicopedagogía y para la primera generación, éste era principalmente el medio por el cual fueron referidas familias, aunque pronto comenzamos a recibir a personas directamente en el área en la que estaba ubicado el equipo, para solicitar cita. En esta sede, la necesidad de abrir un espacio para la atención psicológica de familias, fue impulsada por la Mtra. Carolina Rodríguez, quien pertenece a la Dirección Estudiantil del colegio y es supervisora de la Residencia en Terapia Familiar de Iztacala. Durante su trabajo en el CCH, observó la necesidad que había de tener un espacio de atención psicológica que permitiera a los alumnos mejorar su aprovechamiento académico, disminuir la deserción escolar y atender problemas emocionales diversos que presentan los alumnos, por medio de la atención de su entorno inmediato, que es la familia.

Las autoridades del plantel han aceptado de manera muy positiva el trabajo del programa de Terapia Familiar, posiblemente por la alta demanda tiene, el gran

número de familias atendidas y la entrega de resultados a las autoridades, que incluyeron las evaluaciones de los pacientes a los terapeutas. Esto favoreció la creación de un espacio nuevo para ubicar el programa de la Residencia en terapia Familiar dentro del plantel, que fue entregado en diciembre de 2003 para el trabajo.

Para el comienzo de nuestro trabajo fuimos ubicados en el área de recursos audiovisuales, en un aula de proyección y clases, que no era utilizada y que únicamente tenía acceso por la parte interna del departamento. El aula mide aproximadamente 5 m. de largo, por 8 de ancho y tienen un templete para el profesor y un pizarrón, en este caso blanco; al fondo del aula se encuentra un espacio en el que trabajaba el personal de audiovisual, que en ocasiones tenía que salir o entrar, incluso durante una sesión terapéutica. En este espacio, nos acomodábamos en semicírculo, detrás de la familia y de frente al terapeuta, dándole la espalda al pizarrón que la supervisora utilizaba para escribir preguntas e intervenciones sugeridas. Cuando era pertinente preparar un mensaje o dejar alguna tarea a la familia o bien para planear el cierre de la sesión, el equipo salía del aula a un espacio que estaba inmediatamente afuera de ésta.

La labor del equipo de la primera generación de la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, sólo contemplaba el trabajo terapéutico y a manera de actividades complementarias, se realizó durante el cuarto semestre un programa de intervención en red, de cinco sesiones, que contemplaba la atención conjunta de cinco familias, con problemática similar.

1.2.4 SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS CLÍNICOS

Es importante mencionar lo fundamental de la supervisión en la formación como terapeutas familiares (super-visión), que se constituye como un proceso que es requisito indispensable este fin y que ha sido desarrollado a la par de los avances clínicos, teóricos y epistemológicos de la Terapia Familiar.

En México, en diversas universidades e institutos en los que se forman terapeutas familiares, el uso del equipo terapéutico es muy relevante, al igual que en la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM; tal es el caso de la Universidad del MAYAB, el Instituto de la Familia, el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, entre otras.

En la Residencia de Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM, el equipo de supervisión tiene como su base, a una o dos supervisoras, que son reconocidas terapeutas que han formado parte de la Terapia Familiar durante mucho tiempo, que han realizado investigación y han sido docentes.

La aceptación que las familias y los consultantes individuales mostraron respecto al equipo de supervisión y al trabajo con el mismo, fue muy alta ya sea que estuviera ubicado detrás del espejo o en el mismo espacio físico donde estaban el terapeuta y la familia, posiblemente, debido a la presentación que se hacía del mismo ya que al comienzo del proceso se hacía hincapié en el profesionalismo de cada uno de los terapeutas que lo conformaban y el de las supervisoras, mencionando que eran al menos 7 terapeutas con experiencia y expertos en sus respectivas áreas, y que estarían participando en el proceso. Fue una práctica común que los consultantes se dirigieran a los equipos para saludarles al comienzo de la sesión y para despedirse al final.

En los tres escenarios clínicos en las que se realizó el trabajo terapéutico, en la primera sesión, se enfatizaba en la presentación de la modalidad de trabajo, la presencia del equipo, la filmación y la confidencialidad. Las condiciones de trabajo eran requisito para éste, por lo que se acordó que de no aceptar alguna familia cualquiera de éstas, no podría darse la terapia y sería canalizada. Ninguna familia se negó a ser filmada, salvo en un caso, en el que finalmente fue aceptado; nadie se opuso a la presencia del equipo, al contrario, fue bien aceptado en todos los casos; ninguna familia tuvo alguna duda sobre la confidencialidad del equipo o los terapeutas.

Para la elaboración de los expedientes, se utilizaron los siguientes formatos que debían ser los mismos para todas las clínicas y para todos los consultantes:

- ENTREVISTA TELEFÓNICA
 - Motivo de consulta
 - Antecedentes familiares
 - Familiograma y mapas familiares
 - Miembros de la familia que asistirán a sesión

- CARTA DE CONSENTIMIENTO
- PRIMERA SESIÓN
 - Motivo de consulta
 - Antecedentes familiares
 - Familiograma y mapas familiares
 - Qué han hecho anteriormente para enfrentar el problema
 - Miembros de la familia que asisten a sesión
 - Hipótesis
 - Objetivo terapéutico
 - Estrategias de intervención
 - Tareas y/o mensaje final (cuando es pertinente)
 - Evaluación y observaciones generales de la sesión
- HOJA DE SEGUIMIENTO
 - Breve resumen de la sesión anterior
 - Miembros de la familia que asistieron a sesión
 - Hipótesis
 - Objetivos de la sesión
 - Estrategias de intervención
 - Redes, recursos y/o limitaciones
 - Tareas y/o mensaje final y/o cierre de la sesión
 - Evaluación y observaciones generales de la sesión

De acuerdo al plan de estudios de la Residencia en Terapia Familiar impartido en la FES Iztacala, el trabajo como terapeuta con familias abarcó tres de los cuatro semestres que la conforman. Durante el segundo semestre, la sede clínica en la que estuve participando como terapeuta titular fue la clínica Tlalnepantla del ISSSTE, donde el enfoque principal de trabajo fue el modelo de Terapia Breve.

Durante el tercer semestre, trabajé en la FES- Iztacala, en dos diferentes equipos de supervisión; en uno de ellos, el modelo de trabajo fue elegido de acuerdo a las necesidades de los consultantes, por lo que podíamos elegir entre trabajar con un modelo en particular o trabajar integrando todas las estrategias aprendidas desde el primer semestre, siempre y cuando hubiera una congruencia entre ellas, de acuerdo a las bases epistemológicas que subyacen las intervenciones en la Residencia. En el otro equipo de supervisión, el modelo de trabajo fue el estratégico.

El trabajo con cualquier estrategia, fue particularmente difícil ya que fue necesario revisar más detalladamente las diferentes posibilidades de intervención que se tenían para cada caso y discutir las posteriormente con las supervisoras y el equipo. Aunque más difícil, tal vez esta experiencia fue una de las que más marcaron el trabajo de cada uno de los miembros de mi equipo ya que pudimos elegir estrategias que nos hacían sentir cómodos en nuestro papel de terapeutas y nos llevaron a decidir en ese momento, el enfoque más pertinente tomando en cuenta la problemática familiar.

Durante el cuarto semestre las sedes que me correspondieron fueron el CCH Azcapotzalco y la Clínica Familiar de Tlalnepantla del ISSSTE. En el CCH pusimos en práctica el enfoque de la escuela de Milán e intentamos hacer una

aproximación a las terapias de orden posmoderno. En tanto que en el ISSSTE, el enfoque de trabajo se acercó a aproximaciones en las que se hacía un uso integral de las estrategias aprendidas durante los cuatro semestres. En ambas sedes los pacientes reportaban resultados significativos.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

2.1.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEORICO EPISTEMOLOGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

La Terapia Familiar es uno de los campos de la investigación y la práctica del comportamiento que han sido influidos por un cambio epistemológico que toca a todas las ciencias y desafía muchos conceptos tradicionales, tales como la causalidad lineal o las teorías de motivación individual. Este campo es por ello un área de conocimiento que se basa en nuevas suposiciones acerca del comportamiento humano. El cambio a estas ideas está unido muy de cerca a avances de campos como la Física, la Biología y las Matemáticas, a las ciencias cognoscitivas y a las que han derivado de la tecnología de las computadoras.

Las figuras que parecen haber ejercido mayor influencia sobre el campo del estudio de la familia fueron científicos tales como el teórico de la información Claude Shannon, el cibernético Norber Wiener y el teórico de sistemas Ludwig von Bertalanffy; podemos considerar como uno de las principales, a Gregory Bateson quien mostró cómo para el estudio de la comunicación pueden ser útiles ideas de fuentes muy diversas, incluso aquéllas asociados con la psicopatología. Bateson fue uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético (Hoffman, 1987).

El antropólogo Gregory Bateson propuso los primeros puntos respecto de la visión circular, basándose en las investigaciones que hizo a través de la cámara de espejo unidireccional, para la observación de familias con miembros que padecían esquizofrenia, en donde concluía que acaso el padecimiento de la esquizofrenia no fuese siquiera un desorden, sino manifestaciones ordenadas que tenían sentido en las familias o en otros marcos sociales donde surgían.

Al hacer este trabajo detrás del espejo, se permitió también la división de la práctica terapéutica en dos espacios, lo que permitió abandonar el concepto del terapeuta como agente libre que actuaba sobre un sujeto libre: el consultante o la familia. Fueron estos primeros trabajos detrás del espejo lo que permitió concebir que, si alguien veía a una persona con una aflicción psiquiátrica en una clínica, se podía suponer que padecía un problema intrapsíquico surgido de su pasado, pero si se veía a la misma persona con su familia, el marco de las relaciones diarias, arrojaba información muy diferente. Empezaron a verse las comunicaciones y comportamientos de todos los presentes, formando muchos rizos circulares que avanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona con el problema es tan solo una parte de la danza recurrente. Por lo anterior, Bateson concluyó que en el caso de los sistemas vivos no es posible asignar a una parte una influencia causal respecto de otra, o establecer marcadores lineales.

Las implicaciones de esta nueva epistemología, marcan un decidido cambio de conceptualización sobre la forma tradicional de pensar acerca del mundo, que

como se ha dicho, pone el acento en la interacción, tomando en cuenta el contexto en el que ésta ocurre, tratándolo como una totalidad; esto quiere decir que ocurre tanto con la persona que presenta el problema, como con las otras personas que interactúan con él en un momento y lugar precisos.

En el enfoque sistémico, se considera como una imposibilidad tratar de resolver una conducta aislada, es decir, no vinculada recíprocamente con el comportamiento de los demás individuos con los que el sujeto está relacionado en un contexto dado. De igual forma, los conceptos clave del pensamiento de sistemas están relacionados con la integridad, la organización y la regulación. Los hechos y las personas se estudian dentro del contexto en el que están ocurriendo y se presta fundamental atención a las conexiones y relaciones más que a las características individuales. Es importante mencionar las palabras de Peggy Papp, quien dice que es más fácil definir estos conceptos teóricamente que aplicarlos en la clínica (Papp, 1994).

Hall y Fagen dicen que (citados en Papp, 1994), un sistema es un conjunto de objetos y de relaciones entre ellos y sus atributos. Los objetos son componentes o partes del sistema; los atributos son las prioridades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema.

Se pueden considerar como sistemas, aquellos grupos con historia que después de haber evolucionado y de haber compartido ciertas metas durante un lapso prolongado, se constituyeron como unidades funcionales regidas por normas propias e irrepetibles. Este tipo de grupo natural llamada sistema, es un organismo con características propias, no reducibles a las de los miembros aisladamente; tiene reglas especiales, válidas sólo en su seno, vive de las interacciones entre sus miembros (relaciones) consideradas como circulares. Los grupos que se identifican con los "grupos con historia", son definibles como "sistemas abiertos" en relación continua con otros sistemas mediante un intercambio constante de información y de realimentación dentro del medio humano más vasto. Este es uno de los aspectos de la co-evolución. Con respecto a los sistemas vivientes en general y a las familias en particular, significa que no es posible hacer predicciones deterministas sobre su proceso de desarrollo (Simon, Sterlin y Wynne, 1984).

Las propiedades de un sistema abierto son (Selvini, 1986):

- ❖ La totalidad: el sistema trasciende con amplitud las características individuales de los miembros que lo integran; no es una sumatoria de componentes, sino que posee una complejidad y una originalidad propias; todo cambio de una de las partes afecta a todas las demás, influye sobre ella y hace que todo el sistema pase a ser diferente de lo que era antes.
- ❖ La autorregulación (homeostasis y transformación): de la prerrogativa que gozan los conceptos, de información y comunicación, deriva la importancia del feedback (realimentación), o sea, la información de retorno donde, al comunicar al emisor del mensaje las modificaciones producidas en el receptor, lo insta a comunicaciones ulteriores, teóricamente sin fin. Las

realimentaciones pueden ser negativas o positivas; las primeras atenúan, alivian o anulan el impulso del cambio, favoreciendo así la homeostasis; las segundas amplían y refuerzan los estímulos para el cambio, favoreciendo la transformación.

- ❖ La equifinalidad: las modificaciones que se producen dentro de un sistema, al sucederse en el tiempo, son totalmente independientes de las condiciones iniciales. Derivan más bien de los procesos internos del sistema y de las pautas estipuladas. Por eso, de condiciones iniciales iguales, pueden surgir resultados diferentes y viceversa. Lo decisivo no son las condiciones iniciales sino los parámetros organizativos del sistema en el momento preciso.

En el pensamiento sistémico, no hay términos absolutos ni certidumbres, la verdad que resulta más útil es la que conecta a ciertos hechos y conductas de manera que sea posible que la familia efectúe cambios constructivos (Papp, 1994).

Todo sistema se caracteriza por la presencia simultánea de dos tendencias que son igualmente necesarias, la tendencia al estado estacionario y la tendencia a la transformación. El equilibrio entre estas dos tendencias define a cualquier sistema viviente. Se puede llegar a la ruptura si no se llega al equilibrio funcional entre estas dos tendencias, a menos que se recurra a una intervención externa con el propósito de mantener su continuidad. Se produce la disolución del sistema cuando predomina en forma absoluta la tendencia a la transformación, lo cual determina que la definición de la relación cambie de continuo. Mientras que la tendencia a la homeostasis necesita de la intervención de una fuerza, cuando se ve amenazada por una perspectiva de cambio.

Los sistemas vivientes reciben estímulos tanto del interior como del exterior en su condición de sistemas abiertos interactuantes, para su transformación. Algunos sistemas logran equilibrar ambas tendencias; aquéllos con estructuras más rígidas y reglas menos flexibles acentúan la homeostasis contra la transformación.

Hacerse de los lentes que permitan mirar sistémicamente al mundo de las relaciones y de la psicoterapia, es una labor ardua y tardada, con una serie de implicaciones que no sólo estarán afectando la manera de recortar a lo externo, también afectarán la manera de vivirlas. Poseer estos lentes, implicará un cambio en la epistemología de quien pretenda usarlos.

Es necesario entonces hacer una revisión de lo que implica la epistemología. Por definición, la epistemología (del griego *episteme*, conocimiento, teoría del conocimiento) designa una rama de la Filosofía que investiga los fundamentos, los límites, los métodos y la validez del conocimiento. Como ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que los organismos piensan y llegan a decisiones que determinan su conducta. (Bateson, 1976). También se emplea este término para referirse a la estructura del conocimiento o al conocimiento de la estructura; por lo tanto, la epistemología suele utilizarse como un vocablo superordenado que comprende los términos paradigma-modelo-mapa.

El análisis de la epistemología dentro de la terapia familiar estableció una distinción entre dos clases de pensamiento, una lineal progresiva y otra recurrente (llamada también sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética). Como ejemplo de la epistemología lineal progresiva tenemos a la nosología psiquiátrica y el modelo clásico de psicopatología: es atomista, reduccionista y anticontextual y se atiene a una lógica analítica que se preocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Una epistemología recurrente pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Pone de manifiesto que la relación del terapeuta con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución. Sin embargo el tratar con familias, utilizar "paradojas terapéuticas", trabajar en "equipo sistémico", pensar en términos de "metáforas ecológicas", o aplicar una "concepción interaccional", como acciones aisladas, no está forzosamente conectado a una epistemología no lineal progresiva.

La epistemología es algo mucho más fundamental que las acciones e ideas por sí mismas. Pero, es prácticamente imposible describir con claridad una epistemología alternativa en los términos convencionales. Lo fundamental es descubrir que todos los individuos tenemos en común una operación epistemológica fundamental: la de establecer distinciones, en donde la herramienta básica para establecerlas, es el lenguaje (Simon, Stierlin, Wynne, 1997).

La explicitación de estas diferencias está en función de órdenes y niveles. Los especialistas en lógica habían advertido que se produce una paradoja cuando se confunde un encuadre o marco de referencia con los rubros que lo componen. Por ello, la teoría de los "tipos lógicos" de Russell, se convirtió en una regla de la lógica, según la cual para evitar las paradojas había que indicar siempre la tipificación lógica de los enunciados, de esa manera no se confundían niveles lógicos distintos. Por ejemplo, la distinción entre un libro y sus páginas, nos está indicando dos niveles lógicos, análogos a los de una clase y sus miembros respectivamente. El descuido de la tipificación lógica da origen a la paradoja (Simon, Stierlin, Wynne, 1997).

El uso de la tipificación lógica nos sugiere que a veces nuestro mundo de experiencia está estructurado en forma jerárquica. Por ejemplo, una enciclopedia en varios volúmenes puede distinguirse de un libro y un libro de una página. Estas distinciones análogas a la tipificación lógica de "metaencuadre", "encuadre" y "miembro", no implica que los rubros se excluyan mutuamente, después de todo, la página forma parte del libro y el libro puede formar parte de una enciclopedia. No debemos olvidar que esta jerarquía está estructurada de manera recursiva y por tanto, nuestras distinciones de los volúmenes y páginas de la enciclopedia son siempre distinciones trazadas sobre otras distinciones. Con esta idea de la recursión, la tarea básica del epistemólogo consiste en enmarcar los órdenes de recursión que se invocan en cualquier descripción/explicación. La oscilación entre verdad y falsedad procede que recorremos este circuito recursivo. Bajo esta lógica, podemos decir que cualquier confrontación de opiniones lleva a una autocorroboração mutua, sea cual fuere la índole de ésta, siempre originará una ulterior corroboração de una visión particular (Keeney, 1994).

La teoría de la Cibernética es para la Terapia Familiar, tanto como para múltiples áreas de la ciencia, de una influencia básica. La Cibernética, es según su creador Norbert Wiener (1948) la teoría de la comunicación y el control en las máquinas y organismos, que se ocupa de la forma y los patrones de organización, (Bateson, 1976). La Cibernética se ocupa de los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales (Sluzki, 1983) y tiene como idea central la retroalimentación, que es el método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado; cuando estos resultados son utilizados como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de las técnicas de control; sin embargo, si esta información es aplicada nuevamente sobre el desempeño anterior del sistema, puede modificar su método general y su pauta de actual, teniendo así un proceso de "aprendizaje" (Ceberio, 1998)

Dentro de la Terapia Familiar Sistémica, la influencia inicial de la Cibernética se refiere a la Cibernética de primer orden, en donde el énfasis está puesto en el concepto de retroalimentación negativa y en sus procesos de reducción de la desviación, así como de la estabilidad que compensaba la desviación con mecanismos tales como retroalimentación, homeostasis o morfostasis. El supuesto que incorporaron las primeras terapias sistémicas estaba basado en la idea de que era posible separar el sistema observado del sistema observante (Boscolo y Bertrando, 2000). La incorporación de ambos sistemas representa un salto hacia la llamada Cibernética de segundo orden, Heinz Von Foerster, (1985) nos dice que la diferencia entre la Cibernética de primer orden y la de segundo orden, es que la de primer orden es la de los sistemas observados o Cibernética simple, mientras que la de segundo es la de los sistemas observantes o Cibernética de la Cibernética, que en 1968 es llamada Cibernética de segundo orden.

POSMODERNIDAD

Podemos observar la influencia en los últimos años en el campo de la terapia familiar, al igual que muchos otros campos, de un movimiento filosófico llamado Posmodernismo, que sostiene, entre otras cosas, que los objetos "no están en el mundo" sino más bien que éstos son producto de las perspectivas particulares de cada uno (Gergen y Kaye, 1992). El posmodernismo cuestiona la "objetividad" de las ciencias sociales, White propone que todo conocimiento requiere un acto de interpretación (White y Epston, 1993), es decir, la "realidad" se construye de manera social y mediada por el lenguaje, por lo que la realidad objetiva no puede ser conocida.

La característica principal de las terapias posmodernas es la de relativizar y cuestionar las verdades establecidas, sosteniendo que no existe una verdad "única", sino múltiples versiones de la misma, por lo que lo ideal es la "polifonía", que pueda enriquecer, no limitar. En vez de tomar las distintas posturas como "esto o esto", hay que concebirlas como "esto y esto", de una concepción de "uno u otro" a "ambos" (Hoffman, 1995).

Podemos encontrar las bases de las terapias de orden posmoderno en la Cibernética de segundo orden; como bases también se encuentran los postulados del Constructivismo, que cuestiona al mundo cartesiano y rechaza la tradición según la cual el conocimiento refleja al mundo real y que afirma por su parte que es imposible conocer una realidad externa objetiva (Anderson, 1995). Paul Dell y Harold Goolishian cuestionan la idea tradicional de la Terapia Familiar en la que la familia se asemeja a una máquina que se autorregula. Postulan que hablar de un síntoma que provee de la homeostasis que conserva el equilibrio familiar, es incorrecto, pues no puede hablarse de una parte gobernadora del sistema, pues todos los elementos interactúan como parte de un proceso mutuamente recursivo (Hoffman, 1987).

Los postulados básicos del Constructivismo son dos y nos dicen que:

1. El conocimiento no se recibe pasivamente ni por medio de los sentidos ni por medio de la comunicación, sino que es construido por el sujeto cognoscente.
2. La función de la función es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto, no para descubrir una realidad ontológica objetiva (Glasserfeld, 1988).

El modelo constructivista de Glasserfeld, pone su énfasis en las premisas colectivas que subyacen a las conductas; afirma que no descubrimos al mundo, sino que lo inventamos, por lo que el conocimiento reflejará el acoplamiento entre organismo y ambiente que asegure su viabilidad. Esto no quiere decir que la realidad no exista, sino que nuestra manera de conocerla es a través de mediadores, de lentes, conocemos la realidad por nuestra particular manera de conocer (Maldonado, 1992)

A este respecto, Keeney, (1994) nos dice que el acto de observar es circular y recurrente y da cuenta de nuestro modo de conocer. La forma en la que se organiza el modelo sobre el mundo y lo que acontece depende de la comunicación del individuo con su ambiente. Por ello, el concepto de la "observación objetiva" que la ciencia valora tanto se mitifica, pues el conocer es un acto autorreferencial, lo que se mira es importante solo para el que observa.

El pensamiento posmoderno también tiene base en el Construccionalismo Social cuestiona los principios de racionalidad y objetividad, a la vez que plantea que la acción humana es producto de sus relaciones sociales, no de la forma en que mira al mundo. El yo y las emociones son conceptualizados por cada uno de acuerdo al propio contexto relacional, siendo el principal vínculo formativo el lenguaje, pues es por medio de narraciones que las personas se representan mutuamente al mundo y dan significado a sus actos. Cada acto humano surge en un contexto social que le da significado, sin el cual resulta incomprendible, al igual que lo que se siente, se piensa o se dice, del mismo modo, cada uno de estos actos humanos, es modificable por las pautas de relación (Gergen, 1991).

A este respecto Shotter (1996) nos dice que las palabras sólo tienen significado dentro de un género discursivo, dentro de una forma de hablar que se asocia a una forma de vida social, con una "historia. Ciertas palabras producen

una resignificación o reinterpretación del pasado, de su uso autorizado, de manera que nuestras formas oficiales de ser, nuestros sí mismos, son producidos en nuestras formas oficiales de relación con los otros.

La Terapia Familiar ha sido influida de manera fundamental por el Construccinismo Social, su influencia se puede notar en un cambio epistemológico radical en el que tanto la conceptualización de la misma, de los otros de sí mismo como terapeuta y la manera de hacer terapia, han cambiado. Gergen, (2002) nos dice que el salto de la terapia, consiste en no enfocarse en los estados mentales del individuo, sino en la construcción social de lo que a "cada uno le pasa", que es más bien lo que "ocurre entre personas"; el hacer terapia consiste en transformar el discurso. Continúa diciéndonos Gergen, que dentro de la transición construccionista, es fundamental darle un lugar central a la relación, el significado no está dentro de la mente del individuo, sino que surge constantemente del proceso relacional y por lo tanto dentro de la relación cliente-terapeuta es donde se co-construyen los significados.

Desde el Construccinismo Social, no es importante buscar "la verdad" pues existen diferentes concepciones de la misma, cada una válida en su contexto, que la hace vigente, puesto que las personas se encuentran inmersas en diferentes relaciones, donde construye significados, lo importante será entonces buscar alternativas en lugar de "verdades" o causas. El "problema", dentro de esta concepción, es un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación, puesto que los "problemas del mundo" no determinan nuestra forma de hablar, lo hacen las convenciones lingüísticas. La terapia deberá dirigirse a usar el lenguaje para generar nuevos significados, no solo en la relación terapéutica, sino abriendo los canales que ayuden a la persona a co-crear realidades, los problemas son solo construcciones sociales (Gergen, 2002).

Anderson (1999), nos dice que es en el proceso de la conversación, la interacción discursiva terapeuta-paciente y en el contexto que constituyen, donde las palabras adquieren su significado. La conversación es un proceso de generación de sentido, que posibilita la reificación o transformación del mismo, más particularmente hablando, dentro de la conversación terapéutica, se posibilita el desarrollo de significados que son únicos y apropiados para la situación y para las personas que participan en ella.

2.1.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA: MODELOS ESTRUCTURAL, ESTRATÉGICO, DE TERAPIAS BREVES, ORIENTADO A SOLUCIONES, DE MILÁN Y MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO

En este apartado se revisarán los modelos de intervención abordados de manera teórica para su aplicación posterior en la intervención con familias, de acuerdo al orden que marca el programa de la Residencia en Terapia Familiar, del Programa de Maestría en Psicología y que corresponden a la evolución de la Terapia Familiar. El orden de los modelos es el siguiente:

- Estructural
- Estratégico
- Terapia Breve centrada en problemas
- Terapia Breve centrada en soluciones
- Milán
- Derivados del posmodernismo
 - Narrativo
 - Colaborativo
 - Equipo reflexivo

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

La Terapia Familiar Estructural, es una de las propuestas iniciales derivadas de la visión circular. Umbarger (1999), nos dice respecto a los orígenes de este modelo, que es Salvador Minuchin quien lo desarrolla, con la colaboración de sus colegas de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, tales como Jay Haley, Braulio Montalvo y Harry Aponte, quienes retoman los conceptos de la primera Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana, para explicar la manera en la que se relacionan los miembros de una familia y desarrolla las intervenciones aplicadas en terapia.

Salvador Minuchin en sus planteamientos iniciales del modelo estructural, se pregunta para entender la relación familiar y decidir un tratamiento, ¿por qué es necesario un síntoma? ¿a quién es útil? Es en estos orígenes cuando encontramos claramente la idea de la influencia familiar en el comportamiento individual, pues este autor reconocía al plantear este modelo, que la conducta de cada uno de los miembros de la familia se influye y es influida por el resto (Minuchin, 1984).

La estructura es la unidad tomada como base de este modelo. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. El término estructura denota pautas de interacción relativamente duraderas que ordenan u organizan subunidades componentes de una familia. Estas pautas entre miembros de una familia, son las que regulan el cotidiano flujo de interacción y de energía. En este sentido, una estructura es una metáfora de intercambios de conducta que ocurren con regularidad (Minuchin, 1991); en ella, hay un acento en un atributo dinámico: la organización activa de la conducta en rutinas predecibles (Umbarger, 1999). La organización de una familia contiene varios aspectos que deben ser tomados en cuenta para el abordaje estructural de la Terapia Familiar (Minuchin, 2001):

- Límites, que son las reglas que definen quiénes participan y la manera en que deben hacerlo; se clasifican en claros, difusos y rígidos.
- Jerarquía, se refiere a la distribución del poder dentro de la familia y esta clasificada en funcional y disfuncional.
- Alianzas, son las uniones de dos o más personas con fines comunes y en busca de un beneficio.

- Coaliciones, es la unión de dos o más con una meta común pero en contra de un tercero.
- Geografía, indica el espacio físico que ocupan los miembros de la familia.
- Territorio es el espacio emocional que cada uno de los miembros de una familia ocupa. Se denomina centralidad a las ligas emocionales centradas en un miembro de la familia y periférico al miembro de la familia menos vinculado emocionalmente con el resto de los miembros.

Debemos también tomar en cuenta la organización de una familia en partes que la conforman; dichas partes tienen participación activa dentro de la misma y son llamadas holones y se refieren a entidades que son en sí mismas un todo y parte supraordinada. La interacción constante dentro de diferentes holones en tiempos distintos requiere de diferentes actitudes determinadas por el momento y jerarquía que desempeña, los diferentes holones que conforman una familia son:

- El holón individual.
- El holón conyugal.
- El holón parental.
- El holón de los hermanos.

Estos elementos se toman en cuenta para la realización de un diagnóstico estructural, mediante la utilización de mapas, que son medios de representación de la estructura y su configuración, e incluyen los familiogramas (Minuchin y Fishman, 1994).

Minuchin (1991), considera que los miembros de la familia poseen pautas transaccionales que son mantenidas por sistemas de coacción: el primero, genérico, implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; el segundo idiosincrático, implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Estas pautas permanecen en relación mutua y con una eficacia funcional.

El abordaje estructural considera a la familia como un organismo: un sistema complejo que puede funcionar mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. Desde la terapia estructural, el terapeuta realinea las organizaciones significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo, cuestiona la realidad que la familia acepta y lo hace con una orientación hacia el crecimiento.

El esquema conceptual de una familia presenta diferentes facetas: primero, se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando; sin embargo, una familia que ha funcionado eficazmente, puede responder al estrés del desarrollo, apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales. Cuando una familia manifiesta problemas, deberán entenderse como dificultades en la interacción de los miembros, nunca como controlados unilateralmente.

La Terapia Familiar Estructural, tiene tres premisas básicas (Minuchin, 1991):

1. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste, por medio de secuencias repetidas de interacción; por lo tanto, la vida psíquica del individuo no es sólo un proceso interno.
2. Las modificaciones en la estructura producen cambios en la conducta y procesos psíquicos de los miembros del sistema.
3. La conducta del terapeuta está incluida en el contexto familiar cuando trabaja con ésta.

Para modificar la estructura familiar que no funciona eficazmente, la Terapia Familiar Estructural propone tres estrategias principales, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar (Minuchin y Fishman, 1994).

- Cuestionamiento del síntoma. El terapeuta ingresa en la situación terapéutica tomando en cuenta que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Si observa el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno del síntoma y de su portador, el terapeuta puede obtener una «biopsia de interacción» para las respuestas preferenciales del organismo familiar, a saber, las respuestas que la familia sigue utilizando de manera inadecuada para enfrentar la situación actual. Las técnicas que se usan para cuestionar el síntoma son la escenificación, la focalización y la intensidad.
- Cuestionamiento de la estructura familiar. La concepción del mundo de los miembros de la familia depende de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar. Por medio del cuestionamiento de las reglas que limitan la experiencia de las personas, el terapeuta actualiza aspectos soterrados de su repertorio. Las técnicas para cuestionar la estructura familiar son el establecimiento de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.
- Cuestionamiento de la realidad familiar. Los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos. Las premisas que subyacen las construcciones de la realidad, dan sentido a pautas de interacción y a la estructura, por lo que para que éstos cambien, debe haber una modificación de las construcciones de su realidad. Para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

MODELO DE TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICO

En palabras de Cloé Madanes (1993), la terapia familiar estratégica se desarrolló a partir de la terapia de Milton Erickson, e incluye diversos enfoques que poseen ciertos denominadores comunes, como el hecho de que el terapeuta asume la responsabilidad de crear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente. En este enfoque, el terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado; no aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema. Como la terapia se centra en el contexto social, de los dilemas humanos, la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en que se halla el cliente.

Haley, (1999a) quien es el principal representante de este modelo, nos dice que una terapia es estratégica, si el clínico inicia lo que ocurre en ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Nos dice que cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta, quien debe identificar los problemas resolubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Según palabras de Haley (1999a) dice que la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Este autor considera que Erickson es el maestro del enfoque estratégico en terapia, pudiendo considerar que ésta es una extensión lógica de la técnica hipnótica.

Para Madanes (1993), entre la serie de objetivos que se propone alcanzar la Terapia Familiar Estratégica, se encuentra el de ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la etapa siguiente. Esta autora señala que un caso particular que ejemplifica este modelo, es el de las familias en donde los jóvenes abandonan su hogar.

En el enfoque estratégico, un problema es definido como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas (Madhanes, 1993). Síntomas como las depresiones o las fobias, son entendidos como contratos entre seres humanos y, por consiguiente, como adaptados a las relaciones que ellos mantienen. El terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto que él es quién define al problema: rotular a alguien, es participar en la creación del problema que la terapia debe resolver; a veces el rótulo mismo origina el problema, tornando más difícil la solución: eliminar una "depresión" es más difícil que eliminar un problema de "pereza". Así pues, este enfoque destaca la diferencia entre: 1) identificar un problema en la terapia y 2) crear un problema mediante la aplicación de un diagnóstico o una determinada caracterización de un individuo o familia. La primera misión del terapeuta es

definir de tal modo el problema presentado, para que sea posible solucionarlo. Esto, tomando en cuenta a la red social más amplia que la familia.

Haley (1999b), define al problema como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia entonces, se centra en esa secuencia reiterada de comportamientos. Para este autor, un síntoma es la cristalización de una secuencia, que tiene lugar dentro de una organización social, una etiqueta que se le "adosa". Nos comenta que si se conciben síntomas tales como una fobia o la depresión, como un contrato celebrado entre individuos, adaptado a las relaciones, se tendrá acceso a un modo particular de pensar en la terapia.

El terapeuta en este enfoque, debe tomar en cuenta que él ha de considerarse a sí mismo un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema; él mismo es una parte del dilema social del cliente y el modo en el que él clasifica a un dilema humano, puede cristalizarlo y volverlo crónico (Haley, 1999b).

Por su manera de conceptuar un problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico. Se presume que el problema de un niño o el síntoma de un adulto, son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás. Se da por sentado que analógica o metafóricamente, un síntoma es expresión de un problema y también de una solución, aunque a menudo insatisfactoria, para todos los que tienen que ver con él. El foco de la terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas.

Los objetivos de la terapia son ante todo, para este enfoque, impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Para esto se programan varias etapas en la terapia. Se define a cada problema abarcando a no menos de dos personas. Lo primero que debe discernir el terapeuta es quiénes están involucrados en el problema presentado y de qué manera. Luego resolverá cómo ha de intervenir para modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario. El cambio se plantea en etapas; de esta manera el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones, provocará otro cambio en otra relación, hasta que la situación cambie. Las intervenciones realizadas desde este enfoque, estarán programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí.

En este modelo se hace énfasis en la jerarquía familiar. De los padres se espera que se hagan cargo de sus hijos, a la par que se bloquean las coaliciones intergeneracionales. Se pone especial cuidado al lugar en el que se sitúa el terapeuta en la jerarquía, para que no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores, en contra de los que ocupan los superiores.

Las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en la que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. También se usan las directivas para reunir información, observando cómo responde cada uno a las instrucciones.

Este enfoque parte de la idea de que toda terapia es directiva y que le es imposible al terapeuta evitarlo ya que hasta en las cuestiones que elige comentar y en su tono de voz hay directividad. Pero aquí las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica.

Según Haley (1999b), los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente. Este autor subraya que una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia, por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía funcional. Al focalizarse en la solución del problema presentado, en este enfoque la terapia no está orientada hacia el crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado, el acento está puesto en la solución en el presente.

Las directivas impartidas bajo este enfoque, pueden ser directas o paradójicas; sencillas, involucrando sólo a una o dos personas, o complejas, englobando a toda la familia. Las directivas "directas" se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Las intervenciones del terapeuta tienen como propósito involucrar a integrantes de la familia que permanecían desligados, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentar los intercambios positivos, suministrar información a la familia y ayudarla a organizarse de modos más funcionales mediante la fijación de reglas, la definición de las fronteras generacionales y el establecimiento de objetivos individuales y de planes destinados a alcanzar dichos objetivos. Cuanto más claramente conceptualizados estén el problema y el objetivo de la terapia, más sencillo será plantear las directivas (Madanes, 1993).

MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN EL PROBLEMA

Las ideas de comunicación derivadas principalmente de Gregory Bateson, son parte del sustento teórico del enfoque de terapia breve centrado en problemas, modelo desarrollado en el Mental Research Institute, de Palo Alto, California, después de la muerte de Don Jackson. Este modelo se caracteriza por intervenir en aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Las sesiones contempladas para esta terapia de tipo breve, no sobrepasan 10, con una diferencia de una semana entre ellas, cuya finalidad es evitar que sigan vigentes los factores que mantienen el problema que motiva la consulta (Fish, Weakland y Segal, 1998).

Este modelo encuentra también sustento teórico en la Teoría de los Grupos y la Teoría de los Tipos Lógicos; con base en éstas, el grupo del MRI plantea la idea de que para que la comunicación en una familia sea efectiva, debe pasar de un nivel inmediato de un miembro o clase, al superior; esto supone una variación, un salto, que involucra discontinuidad, es decir, un cambio que se conduce fuera de un sistema (Watzlawick, Weakland y Fish, 1999).

Desde esta perspectiva, las causas históricas de los problemas, no son tomadas en cuenta, no interesa el pasado, pues aunque de hecho ocurrió, no podemos cambiarlo, el interés principal de este modelo, es modificar el presente del "cliente" o "paciente". No se trata de una terapia de crecimiento personal,

pues no pretende que el paciente se conozca, más bien el objetivo de la terapia breve centrada en el problema, es redefinir su realidad para que ésta no tenga sufrimiento. Bajo este enfoque se trabaja un solo problema en cada contrato.

Según nos dicen Fish, Weakland y Segal (1998), en el modelo de terapia breve, se piensa que los problemas consisten en una conducta presente indeseada, se le atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. Se le concede importancia, en cambio, a una clara identificación de la conducta problemática: qué es, en qué aspecto es considerada como problema y por quién. También se le concede importancia al funcionamiento y no a la persistencia de la conducta problemática. La conducta no existe independientemente ni por su cuenta; está constituida por actos que lleva a cabo una persona.

Toda conducta ya sea normal o problemática y sean cual fueren sus relaciones con el pasado con los factores de la personalidad individual, resulta configurada y conservada de manera continuada, primordialmente mediante reiterados esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta esta conducta. Dicho sistema de interacción incluye a la familia en especial, además de otros sistemas. En otros términos, de acuerdo a este enfoque, la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona y viceversa. Si ambas se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción. Por tal motivo se concede gran importancia al contexto formado por otras conductas, dentro del cual acontece la conducta que se ha considerado como constituyente del problema. Se le otorga muy escasa importancia a las hipotéticas carencias orgánicas, a menos que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicadas. Aun en ese caso, se le concede mucha importancia a la forma en que se hace frente a dichas carencias desde el punto de vista de la conducta (Fish, Weakland y Segal, 1998).

En este enfoque, para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad, 2) que cuando no se solucione la dificultad, se aplique una dosis mayor de más de la misma solución.

En el enfoque de terapia breve, se considera que las personas persisten por inadvertencia en actividades que mantienen vivo el problema y a menudo lo hacen con buenas intenciones. Las personas pueden verse aprisionadas en esta conducta repetitiva incluso cuando son conscientes de que lo que están haciendo no sirve para nada. Tal consistencia es con frecuencia un error lógico al seguir lógicamente sendas que proceden de premisas incorrectas o inaplicables. La alteración de dichas conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema, es decir, la desaparición de la conducta problemática que ha dejado de estar provocada por otras conductas pertenecientes al problema de interacción. Con base en esta concepción de los problemas y su solución, el terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio. No sólo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla; debe considerar también en qué podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones y dar pasos que estimulen

dichos cambios haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos (Fish, Weakland y Segal, 1998).

De acuerdo a estos autores, podemos identificar cinco tipos de intentos de solución que perpetúan los problemas, que deben tenerse en cuenta para lograr intervenciones exitosas:

1. Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
4. Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
5. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Para poder proponer intervenciones que lleven al cambio, estos autores plantean estrategias a las que llaman generales y que son útiles para preparar una intervención principal; estas son:

- a) No apresurarse: el terapeuta debe pedir explícitamente que no se apresure la familia en la solución del problema.
- b) Los peligros de una mejoría: el terapeuta anima a la familia a enumerar una serie de posibles riesgos de un cambio cuando ésta se muestra "resistente".
- c) El cambio de dirección: cuando se manifiesta resistencia y un número de intervenciones no ha funcionado, debe darse un giro de 180°.
- d) Cómo empeorar el problema: cuando la familia se ha resistido a las diferentes sugerencias del terapeuta, éste sugiere la manera en que deben actuar para empeorar el problema.

Las técnicas de intervención utilizadas por el MRI son: 1) Las redefiniciones, que son técnicas cognitivas que evitan las etiquetas que los pacientes han utilizado y que dificultan el cambio; 2) tareas directas y paradójicas; éstas últimas son intervenciones paradójicas en las que se prescribe la conducta sintomática en tiempo y lugar predeterminados, siempre acompañadas de una justificación de la misma; los autores proponen que al evocar el problema, podrán someterlo a un control voluntario; 3) técnicas de persuasión para que el cliente "compre la tarea" 4) intervenciones metafóricas; 4) ordalías y 5) técnicas derivadas de la hipnoterapia de Milton Ericson (Watzlawick, Weakland y Fish, 1999).

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

El enfoque centrado en soluciones ofrece una forma de plantearse y enfocar la terapia, centrándose en los recursos y las fortalezas de las personas. El terapeuta que trabaja bajo esta orientación, se concentrará no en explorar los problemas que trae el paciente al consultorio, sino en la manera en la que anteriormente ha salido de ellos o en los momentos en los que no los presenta.

La propuesta de la terapia breve centrada en soluciones emerge de algo que John Naisbitt (1974) describió como una "megatendencia" de nuestra sociedad y que se extendía hasta la psicoterapia, que se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología y se dirige a las soluciones, competencias y capacidades. Es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones por grandes o lejanas que parezcan y pensando luego cómo llegar a ellas. Al igual que Milton Erickson, desde el punto de vista del enfoque de soluciones, los pacientes poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible. Propone que sus pacientes exploren otras formas de organizar su experiencia, sin explorar la etiología ni la dinámica de la disfunción.

Muchos fueron los terapeutas y las corrientes de pensamiento que han dado origen a este modelo; podrían contarse como algunos de ellos, Jay Haley, Thomas Szasz, Richard Rabkin, Bandler y Grinder, Milton Erickson, el Mental Research Institute y el Centro de Terapia Familiar Breve.

Entre las aproximaciones teóricas que sustentan al enfoque centrada en las soluciones, se encuentran algunos supuestos básicos que podría considerarse que ayudan a los terapeutas a crear profecías autocumplidoras (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990):

1. Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
2. El cambio es constante.
3. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
4. Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
5. No es necesario saber la causa o la función de una queja para resolverla.
6. Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
7. Los clientes definen los objetivos.
8. El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
9. No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
10. Hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

Poder co-crear realidades con el paciente es fundamental, pues hay mucha influencia sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación; todo ayuda a configurar el retrato de la situación del cliente. El proceso de evaluación estará influido por las asunciones y las metáforas del terapeuta respecto a las personas y a la naturaleza de los problemas y por la teoría de solución que tenga, tal vez, considerando que la forma en que se observa, altera los datos que se observan. Esta orientación considera que los problemas son "negociables"; se debe buscar entonces que el problema que presente la persona, sea fácil de resolver, pues los pacientes llegan ya con una definición de éste, que ha promovido que durante largo tiempo se mantenga, así que hay que plantear la queja con una definición "nueva" que ponga en manos del terapeuta y del paciente

resolverlas. Esto se basa en la idea de que la "realidad" no es algo dado, fijo o estático, sino que está dada por la influencia de nuestra cultura, por nuestras interacciones, el lenguaje que hablamos, las palabras que usamos, las visiones del mundo que compartimos, etc. La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. Los tiempos verbales que empleamos reflejan la opinión de que el "problema" podría desaparecer en cualquier momento o que incluso podía no existir (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990).

El trabajo de esta orientación centrada en soluciones, se caracteriza por la frecuente utilización de la palabra todavía. El enfoque de terapia breve centrada en soluciones tiene como una de sus intervenciones más importantes, las preguntas presuposicionales, que son preguntas encaminadas a influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose a las soluciones; éstas encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen. Al contestar a estas preguntas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. A veces las preguntas son tan poderosas en sí mismas, que no se exige una respuesta para que sean efectivas. Las preguntas presuposicionales deben mantenerse abiertas, pues proporcionan respuestas más útiles y completas. Una regla fundamental en este enfoque para definir objetivos, es empezar por cosas pequeñas. Por lo que preguntar: "¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por el buen camino?" es adecuado. Si se han señalado varias excepciones durante la sesión, una pregunta presuposicional más adecuada sería: "¿Que indicará que las cosas siguen en la dirección adecuada?" Esto ayudará también a reforzar la idea de que el cambio ya se ha producido (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990).

Si se evitan las hipótesis causales, funcionales u otras hipótesis explicativas, no tiene por qué haber conflicto. Se considera irrelevante cómo y por qué se constituyeron los patrones, qué significado o función tienen y demás especulaciones de este tipo, que nos apartan de la tarea principal: la de descubrir las pautas de acción e interacción que rodean la queja y modificarlas. Esto incluye aspectos tales como quién está presente cuando se da la queja y lo que otros dicen o hacen al respecto, con la persona o personas directamente incluidas (O'Hanlon, 2001; O'Hanlon, Weiner Davis, 1990).

En resumen, en la terapia breve orientada hacia las soluciones son tres las cosas que se intentan hacer:

1. Cambiar la "forma de actuar" en la situación percibida como problemática. Se pretende cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando a los clientes libertad para usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidad de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia. Además, los cambios en la "forma de actuar" en la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.

2. Cambiar "la forma de ver" la situación percibida como problemática. Cambiar los marcos de referencia de los clientes, tanto en la sesión como fuera

de la sala de terapia, puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.

3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

MODELO DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA DE MILÁN

La Terapia Familiar Sistémica de Milán, surge en el marco de la terapia psicoanalítica, con un grupo de terapeutas que trataba de trabajar con niños gravemente perturbados, pero incluyendo a sus familias. Boscolo, Cecchin, Prata y Selvini se debatieron en el problema de aplicar conceptos psicoanalíticos a las familias, sin embargo al paso del tiempo, se encontraron con los informes de los trabajos de comunicación con familias, que tenían la influencia de Gregory Bateson. Su investigación trataba de demostrar la hipótesis basada en los modelos que ofrecen la cibernética y la pragmática de la comunicación humana, en donde se considera que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por las reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Otra de las hipótesis que el grupo trataba de demostrar es que las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como "patológicas" en uno o más de sus miembros, se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patología y tanto las conductas-comunicación, como las conductas-respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas y, por lo tanto, las relaciones patológicas. Una influencia definitiva en el grupo de Milán, fue haber encontrado en 1972 el trabajo de Gregory Bateson. También se considera fuerte influencia para este grupo el trabajo de Don Jackson sobre comunicación, de Paul Watzlawick, quien además era su consultor al fundar el centro, así como el trabajo conjunto de Watzlawick, Jackson y Beavin: *Pragmatics of human communication*, (1989).

Boscolo, Prata, Cecchin y Selvini (1998), consideraban que el enfoque psicodinámico era incorrecto porque se centraba en el individuo como "contenedor" de la patología y pasaba por alto los aportes del contexto vincular en el que se producían las conductas problema, cuyo principal contexto era la familia. Su tesis era que si se conseguían modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente. Formaron el Centro para el Estudio de la Familia en Milán. Al inicio de su trabajo, el equipo estaba de acuerdo en varias ideas, tales como la teoría de la patología que derivaba en gran parte del proyecto de Bateson centrado en el doble vínculo y en la cuestión central de describir el caso de las familias con un miembro esquizofrénico como una "epistemología equivocada".

El grupo de Milán tomó y amplió algunos de los modelos del Mental Research Institute, tal como el doble vínculo terapéutico, al cual llamó "contraparadoja" y se convirtió en su núcleo de terapia. Así, deberían connotar positivamente toda situación problema y se prevendría a la familia contra cualquier cambio prematuro. Las tareas estratégicas del MRI, tuvieron su contraparte en los rituales del grupo de Milán. El grupo además formalizó la práctica de observación de las sesiones desde el espejo binilateral (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Para finales de la década de los 70, las ideas de Boscolo y Cecchin, se estaban separando de las ideas estratégicas y su "interrogatorio circular" fue la principal influencia de este cambio. Esta idea surgió cuando los terapeutas en formación en el grupo de Milán, en vez de preguntar por las prescripciones paradójicas de los maestros, preferían informarse acerca de la conducta de éstos, preguntando el porqué de sus preguntas hacia la familia. El desplazamiento del centro de atención de la conducta familiar al terapeuta, dio como lugar una técnica específica de interrogatorio, que el grupo denominó "interrogatorio circular". Al publicar respecto a esta técnica, el grupo se mostraba avanzando a una cosmovisión más batesoniana y cercana a las posiciones renovadoras en materia de Física y Biología que atraían recientemente la atención de los terapeutas familiares. Entonces podríamos considerar una segunda fase del avance del modelo de terapia familiar sistémica del grupo de Milán, en la que su trabajo se vio notablemente transformado, su elaboración de hipótesis se tradujo en proceso de evaluación, interrogatorio circular en una técnica de entrevista y neutralidad en una postura terapéutica básica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El grupo de Milán creó con su interrogatorio circular, una técnica de entrevista destinada a buscar diferencias, en donde la circularidad se definió como la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de realimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculos y por lo tanto de diferencias y cambios (Selvinni, Palazzoli, Boscolo y Prata, 1980).

Si hablamos de la elaboración de hipótesis desde este enfoque, no se puede tomar como un intento de buscar la verdad como tal, sino que involucra el intento de un observador de construir junto con la familia una idea que infunda sentido al problema dentro de su contexto; puede considerarse "sistémica", es decir que explica todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí, de manera que conduzca a una nueva información que haga avanzar a la familia.

Boscolo y Cecchin incorporaron las ideas de Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela a sus trabajos clínicos que contribuyeron a la diferenciación entre el punto de vista sistémico y los modelos anteriores de la terapia familiar, por lo que Hoffman, (1986, citado en Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) considera que éste podría ser tomado como un abordaje sistémico de cibernética de segundo orden.

Al paso del tiempo y con la evolución del grupo de Milán, en lugar de poner paradójicamente a uno de los miembros al servicio de la familia, se consideró que sería más neutral poner todas las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor o mitos compartidos. La conveniencia que ellos juzgan en esta consideración es que no sólo no deja a nadie con un sentimiento de culpa, sino que dilucida correctamente el vínculo de nivel doble: el "problema" está en que esas personas necesitan tener "problemas". Comenzaron a modificar la connotación positiva, que sugería la idea negativa de que la familia "necesitaba" un síntoma o aún que ese "síntoma" era bueno, para convertirlo en algo más parecido a una "connotación lógica". No hay necesidad de decir que un problema es útil,

beneficioso o funcional; basta decir que estas personas se habituaron a él y que es difícil romper este tipo de hábitos (Bosocolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El grupo de Milán, se acercó a la impartición de rituales, en el intento de dramatizar la connotación positiva de un problema, por la función que ésta tiene dentro de la dinámica familiar. El incumplimiento de una directiva se consideraba como un nuevo testimonio del modo en el que funciona el sistema familiar y una prueba de lo lejos que estaban los terapeutas de comprenderlo. Sin embargo, la inclusión de la técnica del interrogatorio circular, cuestionaba la necesidad de impartir una prescripción o una connotación positiva al final de la entrevista. Por ello, el equipo de Milán consideró en dejar que el interrogatorio en sí constituyera la intervención misma, en lugar de explicar en un comentario final la lógica del problema (Bosocolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Después de varios años, se dio una división en el grupo, en la que quedaron Selvini y Pratta por un lado y Boscolo y Cecchin por otro. Selvini y Prata continuaron trabajando con la familia, de acuerdo a los postulados terapéuticos de sus principios básicos, mientras que Boscolo y Cecchin consideraron que era preciso tomar en cuenta las diferencias contextuales, para evitar que la solución terapéutica se convirtiera en el problema terapéutico. Los terapeutas deberían tomar en cuenta el efecto que podía producir su intervención en los clientes, en los otros sistemas significantes vinculados a éstos o a los terapeutas mismos. De esta manera, nació la idea de "sistema signifiante", que incluye todas las unidades que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales y que les permitía definir la índole del problema, con más exactitud que la noción de "sistema familiar". Esta misma inclusión y todas las complicaciones que resultaron de ella, fue un acercamiento a la conceptualización del problema en función de "sistemas observadores", más que de "observados". De la misma manera, la evolución conjunta de esto dos autores, los llevo a considerarse "consultores de sistemas" y no terapeutas familiares (Bosocolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Uno de los aportes del grupo encabezado por Boscolo y Cecchin, es el concepto de "sistema estructural autodeterminante" que hace referencia al cambio terapéutico de la familia por medio del, lenguaje o de su narrativa como medio para crear una nueva realidad, en lugar de hacer un cambio de su estructura (Hoffman, 1987).

Cecchin (1989), reconsideró la idea de neutralidad al plantear que el observador-terapeuta, usa sus respuestas para entrar en un sistema, teniendo una responsabilidad compartida del mismo; considera que la neutralidad como tal, es un estado de "curiosidad", en donde se consideren los puntos de vista alternativos y en el que el terapeuta se acerque a tratar de entender las diversas descripciones en términos del ajuste que tengan dentro del patrón.

De la misma manera, este autor, plantea el concepto de "hipotetización", que nos dice, está conectada con la curiosidad y nos impulsa a buscar descripciones y explicaciones diferentes. La curiosidad es una postura, mientras que la hipotetización nos ayuda a mantenerla. Cecchin, nos dice que una manera de generar hipótesis útiles es el uso de la metáfora del relato de las historias de

las familias, si nos sentimos incapaces de generar hipótesis es porque aceptamos el relato de la familia y hemos perdido nuestro sentido de curiosidad.

La circularidad, nos dice Cecchin (1989), se alimenta de la curiosidad, se emplea en el desarrollo de las hipótesis y en el sostenimiento de la neutralidad. Hablar del interrogatorio circular ofrece la posibilidad de socavar el sistema de creencias familiares, usando un lenguaje de relación y no el verbo ser. Si las preguntas circulares no nos ayudan a formular hipótesis, podríamos estar en el ámbito de la técnica y podríamos haber perdido la curiosidad.

MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO

TERAPIA NARRATIVA

Podemos ubicar la Terapia Narrativa como derivada del Construccionalismo Social, según el cual, la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás que representan la visión que tenemos del mundo y nuestras relaciones. Michael White es uno de los autores más importantes dentro de la narrativa y sostiene que la "naturaleza humana" y el "sí mismo" son construcciones sociales; señala que cuando las personas se liberan del problema, no se liberan para ser quien son en realidad, sino se liberan de la realidad. Para entender las bases filosóficas que sustentan a la terapia narrativa, revisemos los estudios de Michael Foucault (1980 citado en White, 1994), quién estudió la manera en la que los sistemas de conocimiento pueden ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en sujetos deshumanizados mediante clasificaciones científicas. Veamos también la teoría general de la cognición propuesta por el neurofisiólogo chileno Humberto Maturana (1997); en ella, ofrece una explicación de cómo surge la mente a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje. La mente no está en el cerebro, sino que surge de una interacción lingüística que se establece entre los actores humanos.

White (1994) nos dice que la pregunta occidental "¿quiénes somos en realidad?", no tiene sentido, puesto que los seres humanos no poseen una esencia interna universal o una naturaleza independiente de las circunstancias culturales, en cambio, para este autor, la pregunta debería ser ¿cómo moldean nuestro pensamiento y nuestra vida las prácticas y los saberes culturales? Es decir es la idea de que tenemos una naturaleza esencial que reprimimos, y a) que oculta nuestra verdadera naturaleza; b) que inhibe nuestro desarrollo y actualización; c) esta inhibición de crecimiento genera enfermedad y lleva a la frustración de nuestras necesidades y deseos más auténticos. Esta visión reduce la posibilidad de explorar la manera en que las personas moldean sus vidas y que reflexionen sobre el significado de su experiencia.

La propuesta de la terapia Narrativa, es la de una terapia que ayude a las personas a oponerse a los efectos de las relaciones de poder visibles o encubiertas que las constriñen. La externalización del problema es una de las aportaciones centrales para este efecto (White, 1993), y tiene como propósito distinguir el problema como algo separado de la persona, esto es, ver al problema como el problema y a la persona como persona. Así, el terapeuta estimula al

consultante a escapar de la presión del problema y a encauzar su vida en la dirección que prefiera; estimula en los consultantes la idea de reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o declinar la incitación a someterse a medida que el consultante comienza a ver más claramente estas dos posibilidades y a considerarlas opciones genuinas. El terapeuta colabora en llevar adelante esa rebelión contra la opresión del problema.

En la externalización, el problema "sale" de la persona y no se proyecta en ninguna otra, de modo que la protesta y presión liberadoras no se manifiestan con otras personas; así que hay menos posibilidades de que las personas significativas de la red social del consultante adopten una actitud defensiva y respondan mediante la censura o la nueva etiquetación de la persona. Es a través de preguntas de influencia relativa, del panorama de acción y del panorama de la conciencia como el terapeuta va colaborando al indagar la manera en la que el problema ejerce su influencia en la vida de la persona y de la manera en la que se opone al problema. Las preguntas contribuyen al engrosamiento de la historia alterativa (White, 1994).

TERAPIA COLABORATIVA

Es por medio del lenguaje que mantenemos relación con nuestro contexto y que somos capaces de mantener un contacto significativo entre personas, mediante el lenguaje compartimos la realidad (Anderson y Goolishian, 1998). Basada en éste hecho, la terapia colaborativa propuesta por Harry Goolishian y Harlene Anderson (1988) propone asumir la importancia del lenguaje y parte de cinco premisas que permiten entender y trabajar con sistemas humanos:

1. Los sistemas humanos generan lenguaje y significado, son sistemas lingüísticos, es la comunicación lo que define la organización del sistema, no viceversa. El sistema terapéutico es un sistema lingüístico.
2. Los significados se generan en el intercambio comunicacional y es ahí donde surgen los significados compartidos, por lo tanto la comunicación en la terapia, sólo es relevante en ese concepto.
3. El sistema terapéutico se organiza alrededor del problema generando significados que pueden permitir desorganizar al problema.
4. La terapia es la búsqueda de nuevos significados a través de la conversación, lo cual genera el cambio.
5. El papel del terapeuta es el de "experto de la conversación", cuya labor consiste en facilitar el diálogo.

En su trabajo, Anderson y Goolishian (1998) consideraron que en lugar de entender el lenguaje de la familia, aprendían el lenguaje de cada miembro. Cada miembro tenía su descripción del problema y su solución así como la descripción de su familia y de la terapia. En lugar de buscar negociación y consenso, mantenían la riqueza de las diferencias. Desecharon sus opiniones "expertas" de cómo debían ser la gente y las intervenciones. Dejaron de considerar la terapia como un hablar a y la consideraron un hablar con, es decir, una conversación de doble vía, un

proceso dialógico donde el terapeuta es una autor más de las historias nuevas, generadas en el lenguaje y a través de la relación (Anderson, 1999).

Anderson, Goolishian y Winderman, (1986, citado en Anderson 1997) trabajaba bajo la premisa de que las personas con quienes se conversa en terapia eran parte de un sistema que se había consolidado en torno de un problema, al que estos autores llamaban "sistema determinado por el problema". Términos como "terapia y terapéutico", fueron removidos por considerarlos un estorbo a los nuevos intentos de alejarse de las nociones de patología y normalidad y de la imagen del terapeuta como experto en vidas ajenas. Anderson (1997) considera que se debe renunciar al título de terapeutas familiares para llamarse consultores.

Los "problemas" y sus significados son realidades creadas socialmente y sostenidas en el lenguaje; un "problema es una posición que alguien toma, un sentido que alguien atribuye, una narrativa que alguien ha desarrollado; algo que parece consensuado y que con frecuencia, a través de la conversación revela variaciones si se observa con detenimiento; cada persona protege y justifica su punto de vista con relación a lo que define como problema, de ahí que la propuesta conversacional habla sobre cualquier problema desde una perspectiva de realidades múltiples en lugar de realidad discreta; un terapeuta no describirá en que consiste el problema verdaderamente. Cada suceso o experiencia de que el terapeuta toma conocimiento, es solo el relato de una historia, un recontar de la historia (Anderson, 1999)

TERAPIA CON EQUIPO REFLEXIVO

Basado también en las ideas posmodernistas, Tom Andersen y Lynn Hoffman realizan el trabajo terapéutico con equipo reflexivo. Hoffman (1990) propone que las teorías representan lentes que nos obligan a entender que lo inmutable y eterno puede cambiar. Poder cambiar las historias de esta manera, es posible usar la reflexividad, entendida como reflejar al otro de manera verbal.

Andersen (2002) nos dice que en el equipo reflexivo, si los que escuchan las historias de otros, están abiertos a oír y dejarse llevar a ser conmovidos por la historia, se dan cuenta que algo sucede mientras escuchan; les surgen pensamientos y emociones que luego pueden ser regresados de manera tentativa, a quienes contaron sus historias. De esta manera, los consultantes tienen a su disposición múltiples voces que pueden acompañarlos en su búsqueda de soluciones.

Para Andersen (1996), cuando las personas están expuestas a lo usual, tienden a permanecer igual. Para lograr un cambio, se requiere algo inusual, pero no demasiado. Para la persona, las nuevas narraciones tienden a ser familiares para la persona, tener significado en su contexto, pues de lo contrario no tendrían sentido para ella. En este enfoque, se han usado dos formas de equipo reflexivo (Licea, Paquetin y Selicoff, 2002). En la primera, los miembros del equipo conversan entre sí sobre aquellos aspectos que les "hicieron sentido" respecto al relato del cliente. La siguiente modalidad implica "hacer como si...". El equipo toma los papeles de los clientes y discuten como si fueran ellos. En ambas, el

equipo cuida no juzga, no hacer interpretaciones, no hacer contacto con el consultante y, sobretodo, no connotar negativamente. Las diversas experiencias con equipo reflexivo reportadas en la investigación de los autores anteriormente mencionados en este apartado, lo ubican como una forma de trabajo que permite al cliente escuchar diversas historias poco usuales, que permiten construir nuevos significados para dirigirse al cambio que desea.

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 HABILIDADES CLÍNICO-TERAPÉUTICAS

3.1.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON FAMILIAS

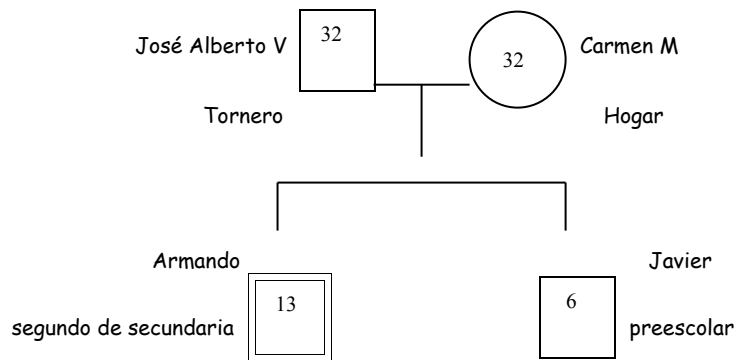
Una de las actividades fundamentales de la Residencia, es la intervención clínica con familias; como se mencionó en el capítulo dos, existen tres escenarios clínicos en los que se lleva a cabo: la Clínica de Terapia Familiar la FES-Iztacala y dos sedes externas, la clínica familiar Tlalnepantla del ISSSTE y el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco. Todas las familias con las que trabajé como terapeuta responsable, fueron atendidas por equipos de trabajo conformados por 4 o 9 terapeutas en formación fungiendo como equipo terapéutico y una o dos supervisoras, en el caso de las familias I y III, el proceso fue terminado con supervisión por medio de notas y videos. El siguiente cuadro presenta el resumen de las familias atendidas:

FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	ALTA	BAJA	ESCENARIO CLÍNICO	SUPERVISORAS	NUMERO DE SESIONES
I Pérez Cárdenas	Problemas de conducta y bajo rendimiento escolar del hijo mayor, alcoholismo del padre		x	FES-Iztacala	Luz de Lourdes Eguiluz y Xóchitl Galicia	6
II Albarrán Pérez	Depresión e intento de suicidio	x		ISSSTE	Rosario Espinosa y Susana González	4
III Medina Jiménez	Bajo rendimiento escolar		x	FES- Iztacala	Ofelia Desatnik y María Suárez	8
IV Suárez Sámamo	Bajo rendimiento escolar de la hija mayor y depresión e intento de suicidio de la madre.	x		CCH- Azcapotzalco	Carolina Rodríguez	5
V Castro Garza	Depresión e intento de suicidio		x	CCH- Azcapotzalco	Carolina Rodríguez	3
VI Gutiérrez	Depresión e ideación suicida.	x		FES-Iztacala	Luz de Lourdes Eguiluz y Xóchitl Galicia	4
VII Salas Roa	Posible abuso sexual de la hija menor.		x	ISSSTE	Rosario Espinosa y Susana González	1
VIII Mero Arias	Infidelidad por parte de la pareja.		x	ISSSTE	Rosario Espinosa y Susana González	2
IX Casas León	Depresión e intento de suicidio		x	ISSSTE	Rosario Espinosa y Susana González	1

3.1.2. ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CLÍNICO CON FAMILIAS

Los casos en los que participé como terapeuta se presentarán de la siguiente manera: motivo de consulta antecedentes familiares, estructura familiar y familiograma, hipótesis y objetivos terapéuticos, estrategias de intervención y el análisis de la problemática asociada a cada familia; para el caso de la familia 1, se hará una revisión de los casos de alcoholismo y el desarrollo adolescente, que fueron aspectos importante para comprender la dinámica familiar; mientras que para el resto de las familias, se enfoca el tema de la depresión e intento de suicidio, que fue una problemática común, cuyo análisis aporta a la comprensión de las relaciones familiares de cada uno de estos casos. Este tema será el que presentaré en el examen de competencias para obtener el grado de Maestra en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Familia I: Pérez Cárdenas *



Motivo de consulta:

La familia acudió debido a que en las evaluaciones psicológicas realizadas a Armando en la escuela, se obtuvo, que presentaba "dificultad para adaptarse a las reglas escolares y de clase". Así mismo, los profesores reportaron que tenía dificultad para relacionarse con sus compañeros. Presentaba también dificultad para mantener su atención en tareas prolongadas en casa y para manejar su ansiedad y problemas en la relación con el padre. La madre atribuía esos problemas al alcoholismo del padre.

Antecedentes:

Atendí a la familia Pérez Cárdenas durante el tercer semestre de la formación, el escenario clínico en el que me correspondió trabajar fue la clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala. Esta familia ya había consultado un semestre anterior en el mismo escenario clínico y fue atendida por otra de las terapeutas de mi generación, que cambió de sede.

*Los nombres de las familias y sus miembros han sido cambiados para proteger su confidencialidad.

En ese primer periodo, Armando, quien era el paciente identificado, presentaba tics que logró controlar adecuadamente, y el padre había "jurado" para mantenerse alejado del alcohol. El equipo consideraba la posibilidad de que al desaparecer los tics, podrían manifestarse problemas en el holón conyugal.

Durante la segunda fase de la intervención, que fue la que me correspondió, la madre acudió a la terapia debido a que Armando había reprobado varias materias y en la escuela reportaban indisciplina; por ello, habían condicionado su permanencia si asistía a terapia. La madre comentaba que no podía encontrar un motivo para tal indisciplina, pues a pesar de que su esposo había vuelto a tomar, en esos momentos estaba poniendo "mucho de su parte". La señora consideraba que ambos eran padres dedicados y al pendiente de los hijos, pero que sobre todo ella no sabía cómo reprenderlo pues se mostraba particularmente indisciplinado con ella, llegando al punto de retarla.

La señora consideraba que sus problemas estaban más orientados a lo que sucedía en la escuela, que a problemas en casa. Armando había desarrollado un nuevo tic en el abdomen que según los padres, era más evidente que los anteriores. Aparentemente las actividades que la pareja realizaba en común, no eran muchas, y éstas se daban cuando tenían que asistir a las citas de la escuela de Armando. En esos casos, podían dejar sus actividades y encargarse a su hijo menor para ir juntos como pareja.

Hipótesis:

Parecía ser que Armando sabía qué era lo que sus padres tenían que hacer para cambiar su relación y mejorar su situación en la escuela y en la casa, ya que cuando se le preguntaba lo refería claramente, a diferencia de sus padres, quienes, cuando eran cuestionados respecto a las cosas que podrían hacer para mejorar su relación, para estimular una mejora escolar y evitar la rebeldía de Armando, siempre contestaron que no sabían; la hipótesis planteada, era que la rebeldía de Armando servía para activar a sus padres a planear qué es lo que tenían que hacer con él, para poder hacerlos tomar acuerdos y actuar conjuntamente. Así mismo, estos síntomas, su rebeldía y su bajo rendimiento escolar, movilizaban a la familia para solicitar ayuda. También funcionaban como rasgos de identificación con un padre al que había que rescatar al igual que a él.

Por otro lado, existía la hipótesis de que el alcoholismo del padre, le había servido a éste para acercarse a sus hijos, ya que era en los periodos en los que tomaba, cuando salía con ellos y era más cariñoso con su esposa; a los hijos les permitía estar más cerca entre sí, ya que cuando el padre no bebía, mostraba mayor acercamiento con el hijo menor, lo que ponía celoso a Armando y lo llevaba a pelear; Armando, a diferencia de lo que ocurría en los periodos de sobriedad del padre, solía no llegar tarde, portarse de manera más "madura" y responsable en casa y ser solidario con su madre en las labores del hogar, así como cuidar tanto a su madre como a su hermano. Durante los periodos de embriaguez del padre, la familia se permitía acercarse más a ambas familias de origen, pues eran visitados y contenidos sobre todo por la familia del esposo. Sin embargo, parecía que a la madre le costaba trabajo manejar los periodos de sobriedad del padre, pues su postura, que era la de la única mujer fuerte y salvadora, no cumplía su función en

dichos momentos; era el padre quien asumía el control de la familia y los hijos se acercaban a él. En estos periodos, la madre parecía estar ubicada en una posición de mayor cercanía con todos los hombres de la casa y de mejor manejo de las situaciones vividas en su familia.

Objetivos:

Los objetivos del trabajo con esta familia se enfocaron a lograr que Armando no fuera expulsado de la escuela, para lo cual consideraban que la conducta del chico debía ser más calmada; la madre señaló que con ello se alejaría de los compañeros que, según ella, eran los que lo influenciaban negativamente y por lo tanto, mejorarían sus calificaciones.

El equipo consideraba que los objetivos deberían estar enfocados a acercar a los padres, para destriangular a Armando, así como asignar tareas que acercaran a los hermanos entre ellos; de la misma manera, se buscaba acercar al padre a Armando, en actividades que fomentaran la cercanía y la confianza de la madre en ambos.

Intervención:

Para el trabajo con esta familia, se utilizaron técnicas del modelo estructural para el cuestionamiento de la estructura y la realidad familiar (Minuchin y Fishman, 1994), preguntas de intervención (Tomm, 1987), así como técnicas del modelo estratégico que pretendían hacer cargo a los padres de su jerarquía como tales, para hacerse cargo de los hijos, así como la modificación de analogías y metáforas familiares que existían en torno a Armando y a sus padres (Madanes, 1993).

El equipo decidió citar sólo a la pareja, pues durante las sesiones en las que se encontraba la familia completa, parecían no comunicarse entre sí, sino por medio de cualquiera de los dos hijos. Se promovió el diálogo y la toma de acuerdos entre ellos durante las sesiones, por medio de preguntas cuyas respuestas implicaban una respuesta acordada por ambos. Con esto, parecía que la dinámica familiar se había modificado de tal manera que el aprovechamiento de Armando y su comportamiento habían cambiado, a pesar de que la etiqueta de "problemático" seguía teniendo repercusiones en la escuela, en la que se le consideraba de "sospechoso" respecto a acontecimientos que incluso se habían desarrollado en ausencia de él. A este respecto, Woititz (1993, citado en Pittman, 1998), plantea que los hijos de personas alcohólicas pueden sentirse dolorosamente agobiados por la culpa. A veces pugnan por ser perfectos para no molestar a nadie; si esto falla, quizá decidan que les ha llegado el turno de tiranizar a la familia y atraigan la atención de ésta hacia sus propias crisis de manera dramática, acaso peleando por no ser superados por su progenitor alcohólico en la carrera por ver quién trastorna más a la familia, sintiéndose con el deprimente derecho de ser tan destructivos como éste.

El padre se notaba más involucrado con Armando y parecía estar más al pendiente de sus tareas, disciplina y comportamiento; sin embargo, comenzó a haber mayores desacuerdos entre los padres, respecto a la manera de

comportarse del padre con Armando y con la señora Carmen, por lo que la madre consideraba que era un comportamiento muy cuidadoso y cercano, pero sin embargo, ellos no estaban acostumbrados a éste y no sabían como reaccionar. El padre "juró" para dejar de tomar y ese fue el periodo, hasta ese momento, más prolongado en el que había dejado de hacerlo; se connotó positivamente este hecho y se sugirieron actividades en las que tanto Armando como su padre estuvieran involucrados. Sin embargo parecía que esta postura colocaba a la madre en una situación que no podía manejar adecuadamente, pues su autoridad se veía disminuida cuando el padre la compartía con ella. Para equilibrar esta situación, el equipo sugirió actividades que ambos hijos compartían con la madre.

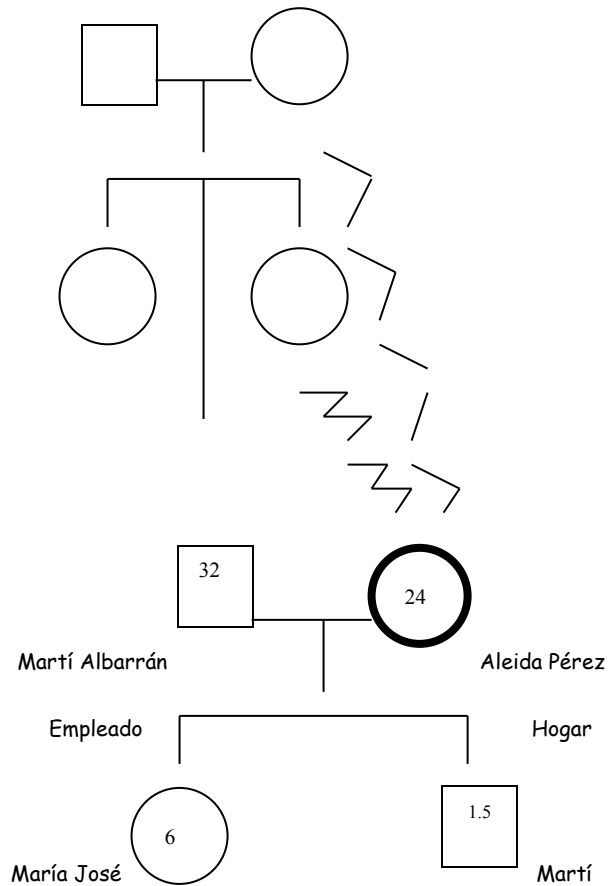
Pittman (1998), considera que la familia que convive con las "borracheras" esporádicas o habituales de un alcohólico, se encuentra prisionera y en estado de sitio, sin que importe si está bebiendo o en sobriedad; nos dice que estas familias tienen prohibidos los altibajos normales de la vida, las crisis, porque les resulta imposible resolverlas, así como todo cambio o negociación. Si el cónyuge del alcohólico se queja, intenta controlarle la bebida o no opta por una actitud suficientemente protectora y salvadora, tal vez acudan en su auxilio otros miembros de la familia.

Se identificó una metáfora que sustentaba las relaciones en esta familia en la que tanto Armando como su padre eran "hombres no dignos de confianza y a los que había de temer"; esta metáfora estaba arraigada, para el padre, en su familia de origen y para Armando en la escuela y con ambas familias de origen de los padres. Esta etiqueta que colocaba a la madre en una posición en la que debía ser la cuidadora y abogada ante las personas del exterior, tanto de Armando como de su esposo. El objetivo de esta metáfora para el equipo, era el motivar a la familia a que moviera de esta postura a Armando y a su padre, enfatizándoles las implicaciones que ésta tenía en sus vidas y los riesgos en los que se colocaban al aceptarla, tales como el bajo rendimiento escolar y el peligro en el que se ponía el padre al embriagarse y trabajar en este estado, así como las implicaciones que esto tenía para su familia y para el futuro de Armando. Con Armando se utilizaron preguntas reflexivas (Tomm, 1987), respecto a su proyección al futuro y respecto a que pasaría con su familia si el padre se accidentaba o afectaba su salud por el consumo de alcohol. De la misma manera, esta metáfora pretendía motivar a la madre a que se moviera de su postura de cuidadora, para lo que se enfatizaron los costos que tenía para ella, entre los que se identificaron la imposibilidad de disfrutar a su pareja cuando no estaba ebrio y la imposibilidad de seguir con algunos estudios a los que podría dedicarse si no tuviera que dedicarse a "cuidar a sus hombres".

Durante la última sesión a la que asistieron, se trabajó de manera directa la metáfora de "los hombres a los que había que temer" y de los hombres "poco dignos de confianza", por la que el padre pareció muy tocado emocionalmente. Se encomendó a la madre actividades diferentes con la familia en las que no fungiera como "cuidadora". Debido a que no regresaron a terapia, en un análisis posterior, el equipo de supervisión consideró que lo más probable era que la madre se hubiera colocado en una postura en la que no tenía ya la labor a la que estaba destinada en la familia, que era el ser la cuidadora y de ser así, siendo ella el cliente de esta familia, en el momento en el que se amenazó su posición jerárquica

de control, la familia no tuvo ya el impulso de ella que era el que los mantenía en terapia. En el seguimiento telefónico, la madre comentó que seguirían asistiendo, se les dio una nueva cita, a la cual tampoco asistieron y en lo subsiguiente se trató de localizarlos vía telefónica, sin éxito y ellos no se comunicaron más.

Familia II: Albarrán Pérez



Motivo de consulta:

La señora Aleida había sido referida por el departamento de psiquiatría después de haber intentado suicidarse en dos ocasiones, llevaba de este departamento un diagnóstico de depresión crónica. El motivo de consulta de esta consultante era el sentirse bien para disfrutar a sus hijos y ser feliz.

Antecedentes:

La señora Aleida, madre de la familia Albarrán Pérez, de 24 años, era derechohabiente del ISSSTE y tres meses antes de ser atendida por primera vez por el servicio de Terapia Familiar, fue atendida por esta institución por un intento de suicidio. Fue derivada al servicio de Psiquiatría, donde fue diagnosticada con "depresión"; por ello, recibió ayuda terapéutica y medicación, pero abandonó ambos tratamientos. Fue el médico familiar de la Clínica Familiar Tlalnepantla, quien tres semanas atrás la había referido al servicio de Psicología, donde había asistido a dos sesiones y fue posteriormente canalizada al servicio de Terapia Familiar.

En un principio, se citó a la familia completa, sin embargo, de acuerdo a lo dicho por la señora Aleida, el señor Martí no quiso asistir, a pesar de que el

primer contacto telefónico se hizo con él. La señora, quien era la paciente identificada, refería a su esposo como un hombre "muy duro", de quien recibía maltrato verbal y psicológico; el equipo decidió no volver a insistir para que asistiera.

La señora Aleida, se presentó a su primera cita vestida como una mujer de más edad, con aspecto cansado y de desarreglo personal; asistió con sus hijos, quienes lucían limpios y arreglados. Coleman (1995) nos dice que la persona con depresión presenta un aspecto abatido y triste y que muy raras veces presenta interés por su entorno, se muestra lenta a la hora de pensar y de tomar decisiones, tal como esta consultante, quien comentaba que le era difícil decidir y le costaba trabajo realizar sus labores diarias.

Aleida comentaba que vivía en un pequeño cuarto en la azotea de la casa de su suegra en el que se sentía desesperada. Mencionaba que su suegra controlaba sus salidas por orden de su esposo, motivo por el que decidió abandonarlo. Regresó a vivir con su madre, quien insistía que su obligación era estar al lado de su esposo, por lo que decidió regresar a casa, en donde encontró a su esposo más agresivo que antes de irse. Creía que si estudiaba mejoraría su estilo de vida, pero al comentarlo, su pareja la corrió de casa. Decía que los motivos para no irse de la casa de su suegra era el no tener ningún otro lugar a donde ir y el hecho de que sus hijos fueran muy pequeños. La consultante mencionaba también que su suegra y sus cuñadas interferían constantemente en la educación de sus hijos y le impedían llamarles la atención, lo que su hija aprovechaba para acusarla cuando esto ocurría.

La señora Aleida comentaba que decidió suicidarse por la desesperación que le hacían sentir todos estos eventos y porque se sentía incapaz como madre, además de sentir que "no cabía en ningún lugar". La señora comentaba que su intento de suicidio pareció mejorar sus relaciones, con excepción de la relación con su esposo, quien se mostraba más duro y distante. De acuerdo con lo que nos dice Coleman (1995), el suicidio es un peligro para cualquier persona que sufra depresión, una persona que está deprimida puede hablar de suicidio o no; llegar a una situación en la que se cree que no hay otra alternativa para recibir ayuda mas que haciendo un intento de suicidio, pone en riesgo a la persona de dañarse o matarse efectivamente.

Después de recuperarse físicamente, la señora Aleida comenzó a buscar trabajo, al inició de su proceso terapéutico tenía 15 días de haber comenzado a trabajar.

Objetivo:

La consultante tenía como objetivo, poder sentirse "bien", es decir, dejar de sentirse triste y sufrir, para disfrutar a sus hijos y ser feliz. El equipo consideraba que el trabajo debería estar enfocado a establecer límites claros respecto a ambas familias de origen y a promover su empoderamiento para otorgarle el control de sus relaciones, principalmente en la relación con sus hijos.

Intervenciones:

Para abordar este caso, se usó el modelo de terapia breve, enfocada a soluciones; basado en este pensamiento, el equipo se enfocó a buscar los recursos que la señora Aleida tenía para resolver sus quejas, lo que además influyó en el empoderamiento que el equipo pretendía favorecer; este enfoque sugiere que la queja debe plantearse en objetivos sencillos y fáciles de resolver, centrándose en lo que es posible y puede cambiarse (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990), por ello, se adoptó el objetivo que la consultante planteó debido a que dejar de sentirse triste para poder disfrutar a sus hijos, era una meta que podía alcanzarse al hacerle ver que ella podía tener el control sobre la relación con ellos.

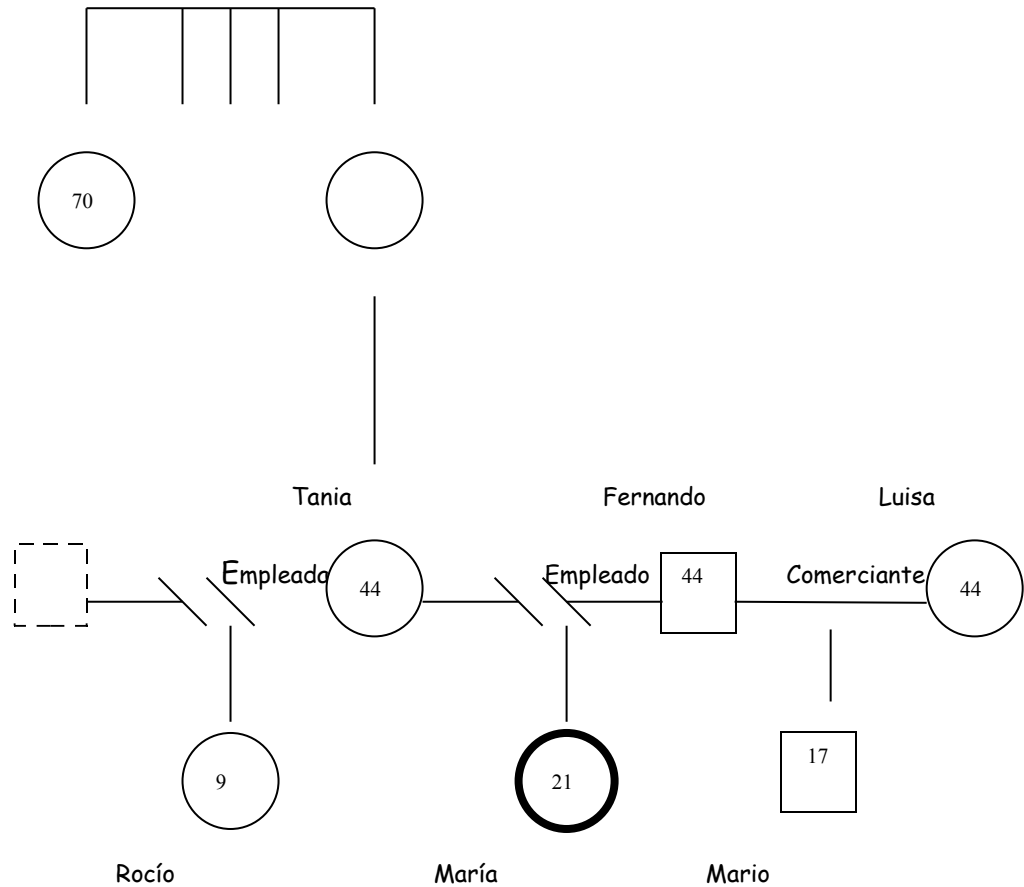
Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática es una de las intervenciones propuestas por este enfoque; para ello se buscaron las excepciones a los momentos en los que la señora se sentía "triste". Después de la primera sesión, la señora, se arregló más, se acercó a sus hijos y sus hijos a ella, así como a la familia de su esposo y a su madre, de quienes estaba alejada, es decir, mejoró aquellas situaciones de su entorno inmediato que eran problemáticas para ella y la llevaban a sentirse incapaz, con excepción de lo relacionado con su esposo, de quien permanecía separada emocionalmente y respecto a lo que decía "ya se sentía muy bien".

Las preguntas presuposicionales (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990), fueron las herramientas más utilizadas durante todas las sesiones llevadas a cabo; la señora respondió muy bien a ellas desde la primera cita y se mostraba motivada cuando el equipo, trataba de ampliar el cambio.

Debido a lo acelerado de sus cambios, se prescribió la recaída en la que debía mostrarse triste ante su familia y su esposo, para observar la diferencia entre sus reacciones y las de su familia ante una situación controlada por ella misma, esto debido a que el equipo consideraba que si alguna situación en sus relaciones la deprimía, podría estar nuevamente en riesgo de suicidio. Los resultados a esta tarea, según la consultante, le hicieron pensar que podía resolver las cosas que había vivido anteriormente como "desesperantes". Respecto a su relación de pareja, decía que ya no le importaba qué era lo que pasara. Con la intención de lograr empoderamiento, el equipo la invitó a enamorarse primero de la persona que siempre había estado cerca, que más quería a sus hijos y que mejor le haría en el futuro, es decir de ella misma; esto fue ampliado en una sesión posterior y la consultante lo recibía con mucho agrado.

En un seguimiento telefónico posterior, comentaba que el que el equipo le "hiciera ver" lo "bien que estaba haciendo las cosas" la llevaba a pensar que no era lo "tonta" que su pareja le decía y que era buena en lo que hacía, aunque "él" no lo viera; reconoció que ella podía hacer las cosas y que no necesitaba de nadie para hacer lo que quería. La consultante mencionaba que estaba muy bien acomodada con sus hijos, se había separado ya de su esposo y estaba peleando por una pensión alimenticia adecuada para ellos.

Familia III: Medina Jiménez



Motivo de consulta:

María, estudiante de nivel superior de 21 años, solicitó atención en el servicio de Terapia Familiar de la FES-Iztacala. Fue canalizada por la Clínica Universitaria de Salud Integral, debido a que se quejaba de "problemas familiares", así como de bajo rendimiento escolar.

Antecedentes:

María comentó que su madre la dejó viviendo con una hermana de su abuela, de más de 70 años de edad, quien murió y la dejó a cargo de su abuela materna. Comentaba que había decidido irse a vivir con su padre y su esposa, principalmente, porque se encontraba muy enojada con su madre pues consideraba que la había abandonado argumentando que tenía una enfermedad crónico-degenerativa, por la cual no podía cuidarla y sin embargo, tuvo una hija más con la que vivía y de quien se hacía cargo.

María no quería saber ni de su madre ni de su hermana, pues se sentía molesta sobretodo con la niña, a pesar de que asumía que ella no era responsable de nada. Otro de los motivos que mencionó la hizo mudarse con la familia de su padre, fue que la familia de su mamá no quería que lo viera o que viera a la familia

de este, mientras que su padre le decía que, de vivir con él, ella podría seguir visitando a su madre y a su familia. Respecto a esto, Pittman (1998), menciona que la idea clásica plantea que la depresión está relacionada con el duelo y la pérdida; ésta puede ser real, imaginada, prevista, simbólica o fantaseada. Toda pérdida duele. Adaptarse a una pérdida de amor, seguridad, estructura o esperanza puede ser terrible y arduo; el individuo queda sumido en una sensación temporaria de desvalimiento en la que se siente a la vez abrumado y despojado por una carga excesiva. Este autor sin embargo, considera que la mayoría de las depresiones no sobrevienen después de una pérdida real y la mayoría de las personas no caen en una depresión grave tras haber sufrido las pérdidas más serias. La depresión viene después, cuando la persona se ha esforzado en vano por seguir adelante sola, sobretodo cuando el individuo descubre que la imagen de sí mismo no se aproxima al ideal fijado por su yo.

María consideraba que "debía" tener con su madrastra una relación de mutua comunicación, de amistad y complicidad, sin embargo consideraba que ella no tenía obligaciones para con su madrastra o en las labores del hogar.

La consultante solicitó ayuda, debido al bajo rendimiento escolar que presentaba en los últimos semestres que había cursado en su carrera y que vinculaba con las dificultades que existían en su relación con su madrastra y su padre; estas dificultades se agudizaron después de una lesión en la columna vertebral, que sufrió en un accidente automotriz con su familia, a partir del cual consideraba que no podía concentrarse adecuadamente y que tenía dificultades para memorizar y recordar cosas, así como para realizar actividades físicas pesadas. Por lo anterior, consideraba cada vez más tener dificultades de relación con su madrastra quien, según refirió, no la consideraba como una hija, ya que la regañaba, la obligaba a realizar actividades físicas en casa, que le eran dolorosas y además le controlaba las llamadas telefónicas y las visitas de sus amigos.

Para entender este hecho, revisé la idea de que es común que la depresión siga a un evento traumático; una de las explicaciones que sustenta esta propuesta, dice que el estrés que acompaña al primer episodio depresivo, produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas, lo que da como resultado una depresión crónica (Apuntes del taller Antidepresivos en la practica diaria, 2003).

Al comienzo del proceso terapéutico, María utilizaba una dona ortopédica para apoyarse al sentarse, debido a la lesión en columna vertebral que le había ocasionado el accidente automovilístico que sufrió con su familia; al paso de las sesiones, a pesar de llevarla con ella, dejó de usarla.

Hipótesis:

Después de que la familia sufrió el accidente automovilístico en el que María se lesionó la columna vertebral, las deficiencias físicas y de memoria que le siguieron, dieron como resultado una gran atención a las necesidades y actividades de María, con lo que la relación con su madrastra se vio afectada, de manera tal

que la atención que había para ella, era percibida como control, con lo que María decía que su madrastra la ponía cada vez "más en la puerta". Estas relaciones familiares le daban la posibilidad de condolerse de sí misma y construir alrededor de ella una imagen desvalida, que además le permitía mantener lealtad a su madre biológica, a quien desde el accidente no le permitían ver. Con ello, María no podía disfrutar de una relación con su madrastra como ella la había idealizado, al mismo tiempo se sentía más deprimida con ello, al grado de presentar ideación suicida, debido a que se sentía sola y sentía que al alejarse de su madrastra se alejaba cada vez más de su padre y su medio hermano. El equipo consideraba que si ella hubiera asumido su relación con su madrastra como de madre e hija, el lugar de su madre biológica hubiera estado cubierto por ella y si hubiera sido una buena estudiante y una hija considerada con sus padres, hubiera asumido que su madrastra era una buena madre y por lo tanto podría ser desleal con su madre biológica.

Objetivos:

La consultante planteó como objetivos, poder mejorar su rendimiento escolar, poder manejar mejor la relación con su madrastra y poder independizarse. El acuerdo con la consultante fue tomar como principal objetivo terapéutico, el mejorar la relación con su madrastra, sin embargo se trabajó también el lograr que aprobara la materia que adeudaba para poder continuar sin problemas su carrera. El equipo terapéutico consideraba como objetivos a trabajar el que la consultante lograra la individuación y autonomía que le permitieran asumir sus propias responsabilidades en las relaciones familiares y en su desempeño escolar.

Intervenciones:

Se trabajó durante un periodo con equipo de supervisión directa, y uno más con supervisión en relato, dejando un periodo de descanso, debido a las vacaciones de fin de año e intersemestrales.

La primera parte de la intervención terapéutica, correspondió al tercer semestre, mismo al que correspondió el modelo de terapia familiar estratégico, sin embargo, no solo éste fue utilizado. Para esta intervención, se tomó como base una metáfora que la consultante estableció para sí misma, en la que consideraba que al igual que su columna, ella tenía que estar descansando sobre una "dona". El equipo la cuestionó respecto a qué pasaría si a su columna vertebral se le dejaba por mucho tiempo esa "dona", a lo que ella consideraba que podría ser dañino al paso del tiempo. Al cuestionarle quién o qué era "su dona", consideró que podría ser su familia, su novio, o el equipo de terapia mismo. El equipo le cuestionó qué pasaría si ella seguía apoyada en sus "donas", de lo que consideró que no le ayudaría a cumplir sus objetivos.

El equipo consideró esta metáfora, ya que parecía no aceptar ninguna responsabilidad de las consecuencias de sus acciones, tales como el no asistir a clase, o no avisar si llegaría tarde. En el momento posterior, en el que se trabajó con supervisión indirecta las preguntas de tipo circular fueron las principales

herramientas mediante las cuales se logró favorecer asumiera que la responsabilidad de sus acciones.

Se utilizaron preguntas presuposicionales para alentar a María a pensar en las alternativas que poseía para actuar en casa, sin embargo, en el comienzo del proceso no respondió a éstas y parecía no poder proyectar sus alternativas ni proyectarse a futuro.

Durante el tiempo en que estuvo en proceso, María fue desafiada en muchas ocasiones con mensajes del equipo, en los que se le decía que al parecer "no podría actuar por ella misma, ni dejar de culpar a los demás por lo que le pasaba y por lo que ella hacía"; como terapeuta siempre estuve colocada en la postura de creer en ella. Se le prescribió su síntoma varias veces con este mismo objetivo, es decir, se le pedía que fuera pasiva y que dejara que los otros decidieran sobre cualquier cosa que ella tuviera que decidir, durante algunos días a la semana, mientras determinaba los costos de tal acción y respondía correctamente al reportar que no podía estar inactiva dejando que los otros decidieran por ella, tal como lo había hecho; sin embargo en un principio, no parecía poder decidir por ella misma, ni asumir las responsabilidades que le correspondían tanto de sus calificaciones, como de no apoyar en casa.

Durante todo el tiempo que acudió a terapia, María realizó un gran número de cambios pero muchos de ellos no fueron permanentes o de larga duración. Aun así, se connotaron positivamente y tuvieron consecuencias positivas, sobre todo en el área académica, en la que pudo aprobar su materia, con lo que pudo continuar sus estudios.

Las estrategias utilizadas a lo largo del proceso, tenían impacto al aplicarse de inicio, pero al avanzar parecían perder este impacto, sin embargo, respondía constantemente a los retos que le planteaba el equipo, por ello, fue una de las estrategias más utilizadas.

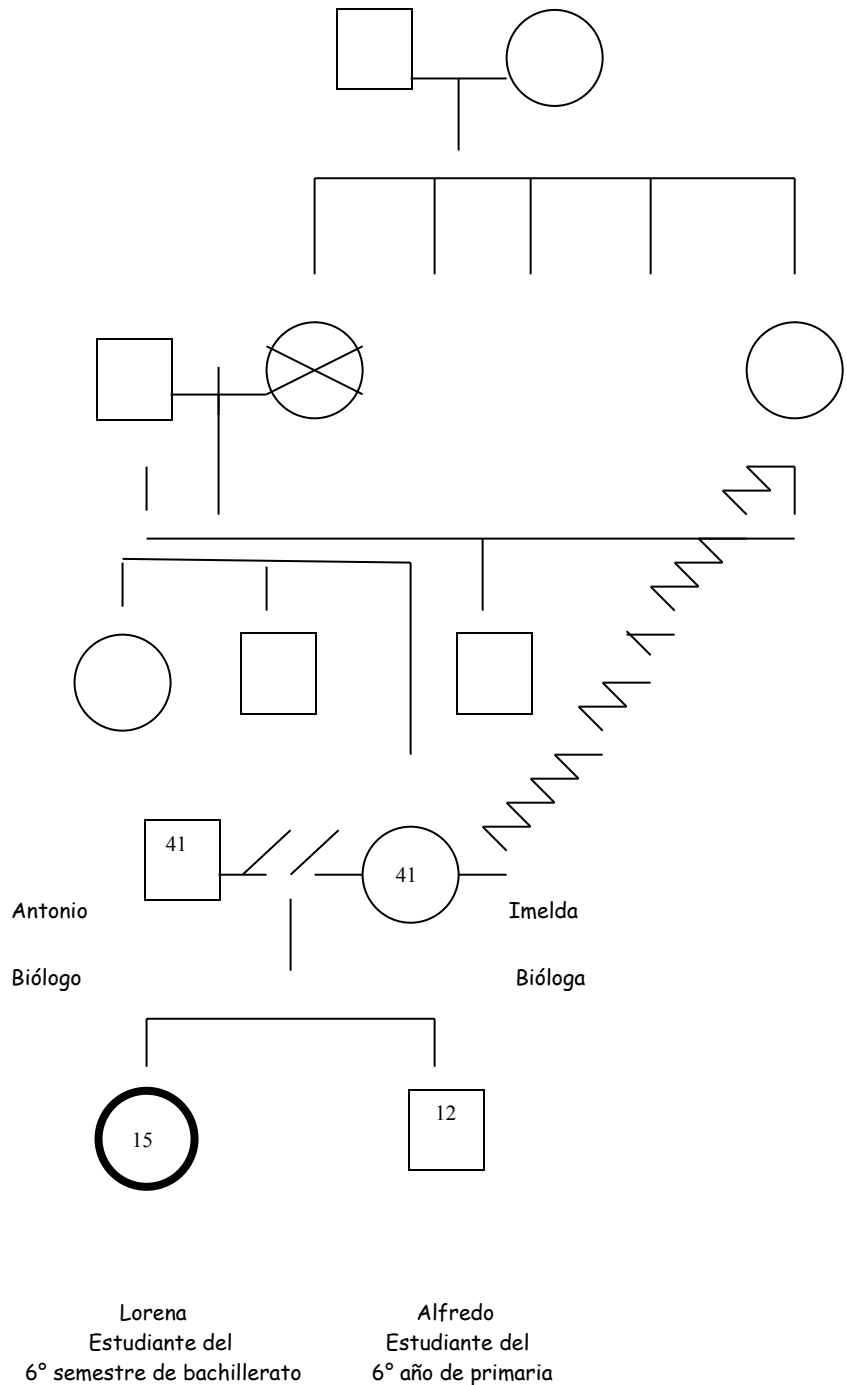
Durante la penúltima sesión, la consultante planteó una metáfora de "las mujeres exitosas" bailando en una ronda, mientras que el resto, ella incluida, estaban sentadas fuera de esta ronda, observando como todas las demás triunfaban, pero sin actuar. Se utilizaron preguntas orientadas al futuro, en las que planteó cuales eran los aspectos de su vida en los que ella debería "actuar" para poder participar de esta ronda; el equipo la retó a este respecto, mientras que yo apoyaba el hecho de que comenzaría a actuar. Pareció responder adecuadamente a este reto y comenzó a responsabilizarse de sus tareas en casa y de las actividades necesarias para lograr independencia.

Logró mejorar la relación con su madrastra y mejorar su desempeño escolar, comenzó a desarrollarse profesionalmente con lo que obtuvo un independencia al no tener que acordar siempre sus horarios en casa y pedir menos dinero para la manutención de sus estudios, tal como lo deseaba. Llegó a la conclusión de que al interpretar determinadas actitudes de su madrastra, se colocaba en una postura de defensa, aceptó colocarse en la postura de hija con su madrastra, en la que obedecía, avisaba respecto a sus retrasos y ayudaba en las labores del hogar. Al parecer su madrastra, con esta nueva actitud de María, se

colocó en la postura, con lo que incluso, no cedió ante la amenaza de María de marcharse de la casa. María reportaba que la casa y la familia parecían tener mucha paz y armonía como resultado de sus cambios; de la misma manera, había logrado aprobar la materia que adeudaba; con ello, María consideraba cumplido otro de sus objetivos y el equipo evaluó como logrado el objetivo de que se hiciera cargo de su responsabilidad, incluyendo lo referente a su desempeño escolar. Con esto comprobó también que su memoria no tenía daños. Reportaba también no sentirse deprimida en la mayoría de los momentos de su vida, se normalizó el hecho de sentirse triste en algunas ocasiones, sin que esto involucrara estar deprimida. De la misma manera se normalizó el hecho de que la mayoría de las relaciones madre-hija había desacuerdos y algunos problemas de comunicación; esa era una de las características que convertía su relación con su madrastra en una auténtica relación madre-hija.

Después de esto, el foco debería estar en la relación familiar, que era la principal queja que presentó, sin embargo la consultante no concluyó su proceso terapéutico debido a que sus horarios escolares no le permitían asistir los días en los que el equipo de supervisión tenía asignado el cubículo de la clínica de Terapia Familiar en Iztacala y no aceptó ser canalizada con otro terapeuta. A pesar ello, los objetivos se consideraron resueltos en un análisis posterior del caso.

Familia IV: Suárez Sámano



Motivo de consulta:

Lorena, la hija mayor, usualmente había sido una estudiante de altas calificaciones, pero había bajado dramáticamente su rendimiento escolar en el último bimestre, se había fugado de su casa por un día y era agresiva con su madre y su hermano.

Antecedentes:

Atendí a la familia Suárez Sámano durante el cuarto semestre, en la clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco. La paciente identificada en

principio, fue Lorena, quien había sido una buena estudiante, pero había bajado su rendimiento escolar durante los últimos meses. Había amenazado con marcharse de la casa e irse a vivir con su padre, quien se había ido de casa tres años atrás. En el momento en el que la familia fue atendida, se encontraba viviendo con su madre; la señora Imelda reportaba también que Lorena le había tomado dinero y al ser castigada se había salido de su recámara en un segundo piso. La señora Imelda asumía que después de la separación de su esposo, ella se sentía incapaz de realizar muchas cosas, pero sobretodo de relacionarse con sus hijos.

Ambos hijos consideraban que Imelda siempre estaba triste o de malas, y que mientras más deprimida estaba, más atención ponía en las cosas negativas que ellos hacían o que ella misma hacía. La señora Imelda reportaba que sentía que había fracasado en su relación y esto le resultaba doloroso pues su tía, que era su madre adoptiva, le decía que ella no podía fracasar y que debía ser perfecta.

Para entender este hecho, Villagrana (2001) nos habla acerca de los procesos que ocurren dentro de la familia respecto a trastornos como la baja autoestima y la depresión. El autor menciona que los mensajes en la comunicación dentro de la familia pueden ser considerados como verdades para el individuo ya que sus miembros interactúan con sus seres más cercanos y en muchas ocasiones van a permitirle una apreciación de sí mismos en el entorno social. Si dichos mensajes van encaminados a ofender, es probable que el sujeto adopte esta información y tenga de sí un concepto a partir de las agresiones verbales o físicas, que influirán en su personalidad y estado de ánimo, lo que puede fomentar la depresión. Este autor nos dice que un ambiente cargado de agresiones puede influir para originar un sistema familiar cerrado ante los cambios y fomentar comportamientos represivos ante las necesidades del individuo, como podría ser la falta de expresión emocional y la falta de toma de decisiones. Villagrana (2001) dice que dichas restricciones impuestas sobre las acciones de un individuo, pueden llevar a la familia a mantener patrones de comportamiento rígidos que se presentan como resultado de circunstancias exteriores, influenciadas por la sociedad ya sea por la interacción con el medio social por la falta de asertividad de los padres tanto en el trabajo, como con familiares o bien por el apoyo a un estilo de educación estricto arraigado en los padres.

En parte por el horario de clases de Lorena y en parte porque implícitamente en la familia la paciente identificada era la madre, además del análisis que el equipo iba haciendo, a pesar de que en un inicio acudieron por las conductas de Lorena, el foco de la terapia fue cambiado hacia la señora Imelda, quien aceptaba que había muchas cosas que entorpecían la relación con sus hijos. Imelda comentaba sentirse incapaz en todas las cosas que hacía en la vida, a pesar de que sabía que "no era mala" por ejemplo en su trabajo, en el que había recibido reconocimientos o en su capacidad como líder; sin embargo reconocía su incapacidad para poder disfrutarlo o enorgullecerse de ello, así como de los logros de sus hijos, aunque con ellos procuraba hacerlo. De la misma manera, reportaba sentirse fea, gorda y descuidada físicamente, aunque no lucía de tal manera; comentaba que constantemente "escuchaba la voz de su madrastra" diciéndole que era una "fracasada" o una "buena para nada" y que debía ser perfecta. La señora Imelda relacionaba su idea de frustración, con la crianza que había recibido de la hermana menor de su madre, quien se hizo cargo de ella y sus hermanos después

de la muerte de ésta. La señora Imelda refería que era a la única de sus hermanos a quien su tía nunca le permitió llamarle mamá y la más parecida físicamente a su madre. Consideraba que de haber vivido con su madre, estos sentimientos no hubieran sido iguales, ya que hubiera recibido reconocimiento, apoyo y cariño.

Hipótesis:

En tanto la señora Imelda se encontraba pendiente de las conductas destructivas, sobre todo de su hija, se alejaba de la depresión en la que se sentía constantemente y de su ideación suicida que era frecuente; mientras tanto, Lorena quien era una buena estudiante, renunciaba a ser una adolescente que no daba problemas y se deprimía constantemente, para acompañar a su madre, compartir su "tristeza crónica", mantenerla alerta y alejar la ideación suicida. Por otro lado, Lorena manifestaba abiertamente la idea de que si se portaba mal, su padre y su madre tendrían que hablar y posiblemente se reconciliarían; consideraba que al portarse mal, la atenderían más y no se sentiría abandonada ni por su padre ni por su madre, como en esos momentos se sentía.

Por otro lado, el encontrarse al pendiente de los "fracasos" de los hijos, de sus propios "defectos" físicos y en general de las cosas que reforzaban la idea de la madrastra de no haber logrado ser "perfecta", le permitía no ser la hija ideal y ser con ello leal a su madre, a quien los que la habían conocido, decían que la señora Imelda era la más parecida.

Objetivos:

El objetivo de la consultante al solicitar atención, era mejorar la relación con sus hijos y sobre todo con su hija, a quien quería saber como tratar, para poder lograr que se portara como meses antes. De la misma manera, quería poder tener el suficiente valor para pedir a su ex pareja la pensión alimenticia para sus hijos. Como familia el objetivo era poder expresar sus sentimientos entre ellos. El equipo consideraba que el principal objetivo terapéutico era que la paciente recuperara el control de las relaciones que estaba viviendo, principalmente en la relación con sus hijos y con su expareja, así como el lograr que esta familia reconociera sus propios aspectos positivos.

Intervenciones:

Con esta familia se trabajó de manera predominante el modelo de Terapia Familiar Sistémica de Milán, con el que se pretendió establecer los vínculos que en esta familia mantenían la queja y saber cuáles eran las diferencias de los momentos vividos durante la infancia de la señora Imelda y sus capacidades y posibilidades en el momento presente. Aunque el modelo predominante fue el de Milán y las preguntas circulares fueron las herramientas más utilizadas, se aplicaron ejercicios de orientación psicodramática además de observar la estructura familiar.

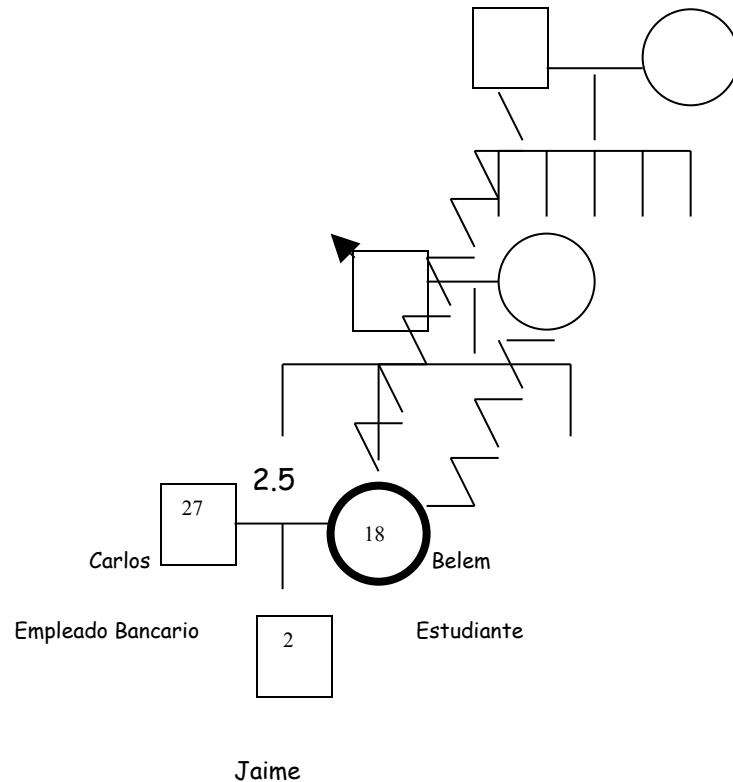
En la parte inicial del proceso terapéutico, se envió como principal intervención la tarea de que cada miembro de la familia reconociera las cualidades

y virtudes que veían en los otros, pues parecía haber una especie de minimización de los logros y las características consideradas como positivas en familia, lo que pareció cambiar la dinámica familiar de manera que la atención se centró en los logros y no en las deficiencias. De la misma manera se trabajó la "obligación" que tenía la madre de buscar la pensión alimenticia para los hijos, que solicitó dentro de los 30 días posteriores y le fue otorgada. Se sugirieron tareas que les unieran como familia únicamente a ellos tres.

Después de tres sesiones, se presentó la madre sola, pues Lorena tenía actividades escolares en el mismo horario que correspondía a sus sesiones. La señora Imelda reportó que había habido cambios importantes en la manera de relacionarse entre ella y sus hijos y entre sus hijos como hermanos; comentó que las calificaciones de Lorena habían subido y que fueron capaces de festejarlo y reconocer que en los logros académicos de la hija, había mérito de ambas. Comentaba que sus objetivos familiares estaban ya resueltos y que en ese sentido se sentía mucho mejor como madre y amiga de sus hijos, lo que la hacía sentirse menos "triste y deprimida" pero que aun faltaba uno muy importante para ella, pero a la vez imposible, que le ayudaría a salir de la "tristeza crónica" en la que se encontraba; esto era haber sido reconocida por su madre y haberse podido despedir de ella antes de morir. Debido a esta "petición", la supervisora del equipo terapéutico del Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco, decidió incluir a manera de cierre del trabajo, un ejercicio de orientación psicodramática que consistió en un ritual de despedida de su madre, en el que una de las compañeras del equipo de supervisión fungió como "Yo auxiliar", tomando el lugar de su madre, quien la reconoció de la manera en la que consideraba que "sólo una madre podría hacerlo" y le dio el abrazo de despedida que ella decía le había hecho falta, pues su muerte había sido muy repentina. El ritual tuvo un gran impacto en la señora Imelda, quien comentó que éste había sido uno de los mejores regalos que había recibido. El equipo consideró que este podía ser el ritual de despedida del proceso terapéutico.

En un seguimiento telefónico, la señora Imelda comentó que los objetivos que ella y su hija habían llevado a terapia, se habían cumplido de manera satisfactoria, su hija mejoró sus calificaciones y su hijo se mostraba más cercano a ellas; había logrado pelear por una pensión alimenticia, a la que anteriormente no había sentido tener el derecho.

Familia V: Castro Garza



Motivo de consulta:

El motivo de consulta de esta familia, era atender la depresión que Belem mostraba, pues le impedía atender a su hijo y tener una buena relación de pareja; con ello esperaban poder evitar que ella volviera a atender contra su vida.

Antecedentes:

Belem era estudiante del sexto semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades, tenía un hijo de 2 años, había vivido con su pareja, quien era 10 años mayor que ella, desde antes de nacer su hijo y hasta unos meses antes de comenzar el proceso terapéutico. Debido a que se había embarazado antes del matrimonio, su madre le decía que "no valía nada". Comentaba que desde pequeña había tenido conflictos con sus padres, por "obediencia". Ella comentaba que su madre no le creía la mayoría de las cosas que le decía, además de que consideraba que trataba de controlar su vida y la de sus hermanos; mencionaba además que tanto su madre como su padre la golpeaban a tal grado de que decidió buscar un abogado en el último "pleito" que habían tenido.

Al igual que en el caso anterior, se pretende entender la problemática relacionada a la depresión de esta pareja, revisando la estructura familiar de su familia de origen al tomar en cuenta lo que dice Villagrana (2001) respecto a los procesos que ocurren dentro de la familia en relación a trastornos como la baja autoestima y la depresión. Los mensajes en la comunicación pueden ser considerados como verdades que influyen en la apreciación del sí mismo y pueden fomentar la depresión.

Respecto a su pareja, la consultante mencionaba que al mes de conocerlo se embarazó y se fue a vivir con él, dejó a sus amistades y esperaba que su esposo lo hiciera; sin embargo él no lo hizo, por lo que sentía celos y peleaban y por ello decidió dejarlo. Tanto Belem como su pareja asumían que "la violenta" en la relación era ella.

Como un factor más que nos ayuda a entender la depresión que manifestaba esta consultante, Villagrana (2001), comenta que, con un trasfondo familiar que arremete, es probable que el sujeto se refugie en el medio exterior para buscar suplir las carencias que la familia deja; es probable que este aprendizaje adquirido en el medio familiar, sea repetido ya que no hubo una resolución a lo interno. El sistema familiar podría influir sobre la construcción de una condición depresiva en alguno de sus miembros, fomentando comportamientos donde el sujeto esté en conflicto con él mismo y con su entorno social, que pueden influir en la construcción de condiciones psicológicas como la depresión.

Belem mencionaba que había sido abusada sexualmente por un familiar cercano cuando tenía 12 años, pero no tuvo apoyo por parte de nadie en su familia, a pesar de haberlo expresado abiertamente. Ella consideraba que por toda la violencia vivida desde niña y en especial por el comportamiento de sus padres, había hecho algunas cosas "indebidas" como el tratar de suicidarse 2 veces, para tratar de llamar la atención, con lo cual creía que su madre se había alejado aun más de ella. Después del primer intento de suicidio, su madre no fue a verla al hospital, de regreso a casa la llamó loca y le pidió que se marchara, pues tener a alguien como ella en casa era tener "responsabilidades".

La segunda vez que intentó suicidarse estaba teniendo muchos conflictos con su pareja y sentía que todo le estaba saliendo mal, incluyendo la escuela, Belem comentaba que nada cambió en su relación después de este hecho, pero que comenzó a sentir que "nada le importaba ya", salvo su hijo.

Existen diferentes variables que parecen influir en la ideación suicida, entre las variables psicológicas influyentes se encuentran: depresión (Harris y Lennings, 1993, citado en Renan, 2003), auto-estima (de Wilde y Cols, 1993, citado en Renan, 2003), procesos cognoscitivos (evaluación) (Denoff, 1987, citado en Renan, 2003), desesperanza (Puskar, Hoover y Miewald, 1992; Morano, Cisler y Lemerond, 1993, citado en Renan, 2003), formas de enfrentarse a problemas (Puskar, Hoover y Miewald, 1992, citado en Renan, 2003); y distorsiones en la perspectiva del tiempo (Lennings, 1994, citados en Falconi, 2003, citado Renan, 2003).

Belem manifestaba vivir triste desde pequeña, pero sobretodo después de haber sido abusada sexualmente, mencionaba de la misma manera que al paso del tiempo, su mamá le había hecho creer que "no valía nada"; éste era un pensamiento que constantemente la atormentaba, creía que era incapaz como madre y le costaba trabajo tomar decisiones sin la ayuda de alguien más. También mencionó haber tenido problemas de pareja.

Hipótesis:

Para esta familia, se consideraba que el mito era que Belem era la hija incapaz y no digna de confianza; ésto servía para no abrir un secreto de abuso en la familia materna. Continuaba con esta imagen de incapaz, al ser la esposa dependiente y celosa, con lo que era leal a la imagen y el concepto de la madre, quien solamente con Belem alzaba la voz y quien consideraba que era una madre incapaz. Su pareja era el hombre encantador y rescatador que le había permitido salir de su casa, pero en el momento en el que ella se convirtió en madre y comenzó a tomar decisiones por ella misma respecto a ella y a su hijo, la relación se vio amenazada.

Objetivos:

El principal objetivo terapéutico del equipo, fue realizar un compromiso de "vida", comprometiéndola con ello a no atentar contra su vida en adelante. La consultante aceptó este compromiso.

La consultante propuso como objetivo, poder regresar con su pareja y mejorar su relación.

Intervenciones:

Como primera intervención se pidió a Belem hacer un compromiso de vida, por medio del cual se comprometía a no atentar nuevamente contra su vida, ante el que se mostró conmovida, sobretodo por el hecho de tener a su hijo, que dependía principalmente de ella

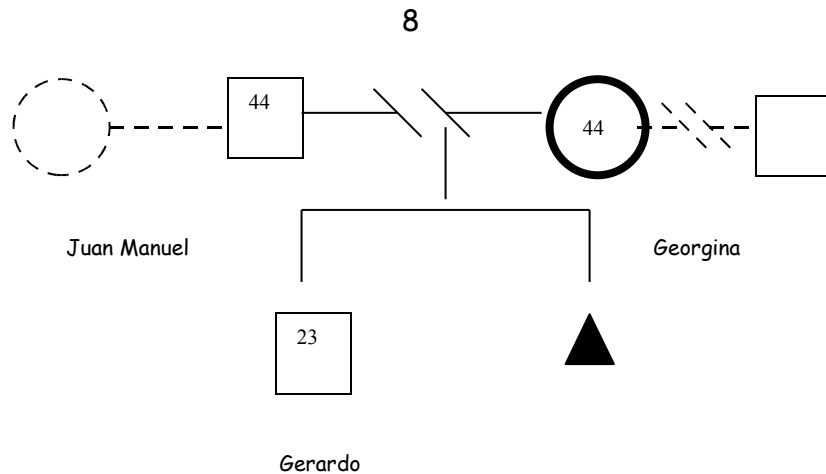
Se usó principalmente el modelo de Milán, en el que el interrogatorio circular fue la herramienta más utilizada (Selvinni, Palazzoli, Boscolo y Prata, 1980); de la misma manera se utilizaron preguntas presuposicionales, del modelo de soluciones. (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990) encaminadas a vislumbrar las consecuencias de las situaciones de riesgo de violencia en la que constantemente se encontraba la pareja; estas preguntas parecían impactar sobretodo a Carlos. Para tratar de romper el mito, se propuso una ritual en el que un día sí y uno no, debía verse al espejo y gritarle a su agresor las cosas que le había hecho sentir y pensar de ella misma con su abuso y los costos de ésto en su vida. Este ritual le causó un gran impacto, pues comentaba que al paso del tiempo, había hecho cosas que hacían parecer que era cierto: en respuesta a este ritual Belem se aseguraba que ya no quería ser igual. Mencionaba que aunque siempre lo había sabido, la "tarea" le había hecho ver más claro.

El señor Carlos se mostraba renuente a escuchar lo que su pareja decía; parecía además resaltar las cosas negativas que Belem percibía de sí misma cada vez que el equipo hablaba de algún aspecto positivo percibido, lo que hacía que la pauta pareciera reforzarse durante el proceso. Debido a que Carlos parecía no escuchar lo que el equipo o la terapeuta decían, se realizó equipo de reflexión con el fin de lograr que escuchara la percepción que el equipo tenía de la relación y de la manera de tratar a su esposa. Con este ejercicio Belem se mostró conmovida, mientras que Carlos se mostraba inquieto, e incluso intentó rebatir en algunas ocasiones.

La pareja reportaba cambios que le habían beneficiado a su relación; Carlos "agradecía" al equipo que Belem se mostraba menos alterada y menos celosas, pues ya podía hacer comentarios sobre otras mujeres sin que se alterara; sin embargo no se logró que Carlos reconociera abiertamente las cualidades de su esposa, o que reconociera el que sus comentarios podían ser ofensivos o mal interpretados.

La pareja no concluyó el trabajo terapéutico. Belem se comunicó vía telefónica para cancelar 2 veces sus citas, justificado en que su pareja no podía asistir; hubo una nueva comunicación para confirmar su siguiente cita, haciéndosele un espacio especial, pues por reglamento, debía darse de baja del servicio, sin embargo no asistió. En una posterior comunicación telefónica, se nos hizo saber que nuevamente se había ido a vivir con su esposo y que no había concluido en ese periodo su bachillerato.

Familia VI: Gutiérrez



Motivo de consulta:

La señora Georgina se presentó sin un motivo de consulta definido, pero hablando de su tristeza constante y de la ideación suicida que la acompañaban.

Antecedentes:

La señora Georgina fue atendida en la clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala, durante el tercer semestre de la formación; tenía 44 años de edad y presentaba un sobrepeso considerable. Esta consultante fue canalizada por el servicio de Psicología de la Clínica Universitaria de Salud Integral. Ella tenía un hijo de 23 años y estaba separada de su esposo hacía 8 años.

La señora Georgina mencionaba que su esposo la había abandonado debido a su negativa a tener más hijos y después de una infidelidad, aunque no se había divorciado. Georgina atribuía su sobrepeso en parte a este hecho, pues decía a sentirse triste, lastimada y con coraje. La consultante comentaba que su "tristeza" se agravó cuando murió su madre.

Georgina dirigía una pequeña empresa, en la que había 5 empleados; comentaba que le era difícil pedir ayuda y consideraba que era ella quien debía ayudar a los demás; esto incluía a su hijo y sus empleados. La consultante se definía, sin embargo, como "mandona", lo que el equipo consideraba como una ambivalencia en su discurso y en la percepción que tenía de ella misma. Georgina no hablaba de sí misma, sino de las cosas que los demás decían de ella, o de las cosas que hacían los demás por lo que ella hacía o decía.

La consultante comentaba que "nadie podía ayudarla", pues ya se había puesto en manos de médicos, psiquiatra, psicólogo, brujos y había cambiado de religión pero que ni Dios había sido capaz de ayudarla a salir adelante, ella atribuía esto a que no podían entenderla. Además reportó tener insomnio.

Georgina comentaba haber considerado la idea del suicidio, sin haber nunca intentado algo para llevarlo a cabo.

Objetivo:

La consultante expresó varios motivos de consulta, de los cuales le resultó difícil elegir uno; manejar su tristeza, mejorar la relación con su hijo, poder ser capaz de pedir ayuda a los demás, manejar sus desórdenes alimentarios para poder adelgazar, sin embargo, el que parecía ser el predominante era el poder manejar su tristeza para mejorar la manera en la que se relacionaba con sus empleados y con su hijo, así como para poder manejar mejor su negocio, ya que ocasionalmente consideraba el abandonarlo, pues se sentía muy triste para salir de casa; consideraba que si se sentía menos triste, podría dormir mejor.

Intervenciones:

Se detectó gran ambivalencia en su discurso, así como la necesidad de llevar el mando en sus relaciones, lo que se abordó de alguna manera en las sesiones. Dentro de las ambivalencias se colocó su motivo de consulta, con lo que gran parte de las tres primeras sesiones se estuvo negociando un motivo de consulta manejable.

En el trabajo con esta consultante no se usó un solo modelo terapéutico, sin embargo una de las herramientas principalmente utilizadas con ella fueron las preguntas de tipo circular, propuestas por el modelo de Milán (Selvinni, Palazzoli, Boscolo y Prata, 1980), con las que se pretendía cuestionar la construcción de la realidad que le habían llevado a ser la mujer fuerte que no necesitaba ayuda, tomando en cuenta que éstas eran contradictorias con el motivo de consulta. De esta manera se buscaba cambiar la actitud que ella mostraba en sus relaciones correspondiente con estas construcciones. Las preguntas circulares parecían dar buen resultado con esta mujer y se le invitó a pensar cómo sería su relación con los demás si no se mostraba como la mujer fuerte que aparentaba ser, sino como una mujer que necesitaba ayuda de los demás y podía aceptarla. Esta estrategia fue una de las que Georgina reportó como de más utilidad en sus relaciones, pues según decía, le permitió cambiar su manera de relacionarse con los otros, haciéndole sentir que los demás se solidarizaban con ella y con ello se sentía más querida y aceptada por los demás. Esto nos permitió además ampliar sus redes de apoyo, ya que aunque contaba con muchas personas que podían ser parte de esta, no permitía que se acercaran a ella, ya que creía que debía hacer todo por ella misma.

Debido a que ella misma se definía como mandona y mencionaba que levantaba la voz cuando había cuestionamientos a sus discursos, una de las tareas acordadas para ser llevadas a cabo durante las sesiones por mí como terapeuta, era hablarle específicamente de la manera en la que alzaba la voz, para pararla en los momentos en los que casi gritaba para que su voz se escuchara más que la mía, se logró que esta actitud disminuyera considerablemente.

Las preguntas de intervención (Tomm, 1987) que se utilizaron con Georgina fueron encaminadas también a que hablara de sí misma, ya que comúnmente en las

respuestas que daba, hablaba de lo que los demás decían de ella o de lo que había hablado ya con alguien al respecto de lo que se le preguntaba, durante la parte final del trabajo terapéutico pudo hablar por si misma, aunque no en todas sus respuestas.

Una de las quejas que más comúnmente acude a la consulta en la clínica, es la depresión, en muchos casos presente después de algún evento que la desencadena ya sea en uno de los miembros de una familia o en un paciente individual que se ha dado cuenta de que la constante tristeza que siente y su cansancio físico, no lo dejan desarrollarse de manera adecuada en los contextos en lo que se normalmente lo hacía. Durante los 3 semestres en los que trabajamos con familias, atendí 9 casos, de los cuales 6 presentaban como síntoma principal la depresión, acompañada de ideación suicida.

Debido a que la mayoría de los casos que atendí tuvieron como principal motivo de consulta la depresión, comenzaré trabajando este tema, que será el que expondré en el examen de competencias profesionales, para obtener el grado de Maestra en Psicología.

3.1.3 DESARROLLO DEL TEMA PARA SER PRESENTADO EN EL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: DEPRESIÓN

Antes de comenzar con el desarrollo de este apartado, debo mencionar que en la presente revisión bibliográfica del tema depresión, he tomado algunos puntos de vista y definiciones que guiaron mi práctica clínica en la mayoría de los casos que atendí como terapeuta titular en mi formación dentro del Programa de Maestría en Psicología en la Residencia en Terapia Familiar. Los consultantes de los casos que refiero habían recibido anteriormente, por parte de algún profesional del área de la Medicina, un diagnóstico de "depresivos", o bien, se autodefinían como tales.

He considerado como planteamiento importante en la comprensión de la problemática abordada, la idea de que una vez que una persona sabe que es "depresiva" asume que debe comportarse como tal y por lo tanto, justificará muchos de los acontecimientos vividos previamente, el curso de sus relaciones y sus comportamientos, como resultado del trastorno depresivo; tomará lo que sabe de este problema como guía para orientar la manera en la que deberá tratar a sus seres queridos y la manera en que éstos deberán tratar a la persona, por lo que su "padecimiento hace de ella".

Desde la perspectiva de la epistemología sistémica las etiquetas pueden llegar a ser iatrogénicas, por lo que es importante revisar qué es lo que la Psiquiatría, la Psicología y en general, la gente llaman depresión. Este conocimiento es importante para la comprensión de la forma como se conceptualiza la depresión como trastorno (DSM-IV-R), las formas de abordaje, su etiología e impacto en la persona, en sus relaciones y en su vida en general.

Este análisis también será importante, en lo particular, para analizar cuáles son los comportamientos y sentimientos que llevaron a los consultantes que atendí, a definir y a catalogar a algún miembro de su familia, o bien, a definirse a ellos mismos como depresivos, así como a analizar qué comportamientos, llevaron a los profesionales de la salud, a un diagnóstico de trastorno depresivo.

Es común pensar que los acontecimientos adversos afligen al ser humano, así como que diversas situaciones en la vida pueden sumirlo en profundas y prolongadas meditaciones que lo abstraen de su cotidianidad. En algunas personas esto pasa una y otra vez en la vida; en otras sólo aparece de tiempo en tiempo. En otras personas (lo bastante frecuente como para interesar de manera importante a la Psicología y a la Psiquiatría), el sentimiento de tristeza no disminuye con el paso del tiempo e impresiona como inapropiado o exagerado con relación al acontecimiento precipitante. Este sentimiento de tristeza aletarga, interrumpe o anula la acción, inunda a la persona con una sensación de angustia que puede ser difícil de contener; tiende a veces a extenderse tanto que parece hacer inagotable la capacidad de experimentar sufrimiento mental, incluso aun después de una aparente cura. A este estado emocional, se le denomina depresión (Arieti y Bemporad, 1990).

A este respecto, estos autores nos dicen que la depresión es un sentimiento, pero contrariamente al pesar y la tristeza comunes, es también un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones en el funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. Que se le considere o no una enfermedad depende del modo en el que se defina el concepto enfermedad: si por enfermedad se entiende un estado que provoca una disfunción del organismo, independientemente de la patología celular o de la causa de la naturaleza desencadenante, sin duda se puede llamar enfermedad a la depresión. La depresión representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones, entre ellas, la tristeza y el pesar. En un principio es difícil distinguir a la depresión de la tristeza normal, pero con el tiempo se acompaña de agitación e inquietud o de un grave retardo, inhibición o disminución de la capacidad de la respuesta a estímulos externos y de reiterados episodios de pensamientos sombríos y pesimistas (Arieti y Bemporad, 1990 pp 17-18).

La depresión es uno de los problemas psicológicos más comunes; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el mundo hay 340 millones de personas diagnosticadas de alguna manera con depresión y las proyecciones para el año 2020, muestran que los trastornos psicológicos, psiquiátricos y neurológicos podrían incrementarse en todo el mundo de 10.5% de carga total de discapacidad a cerca del 15%, siendo una proporción de incremento mayor de lo que se espera para las enfermedades cardiovasculares. Se estima que, para el año mencionado, la depresión será la primera causa de baja laboral por su alta prevalencia: una de cada 20 personas sufrirá al año una depresión y más del 15% de toda la población mundial padecerá un episodio depresivo a lo largo de su vida (un 12.7% de los hombres y un 21.3% de las mujeres) (Apuntes del taller Antidepresivos en la práctica diaria, 2003).

La depresión es un componente normal de repertorio emocional humano, todos nos deprimimos un poco de vez en cuando, de no hacerlo podríamos ser más bien insensibles y nos estaríamos perdiendo de una rica experiencia existencial: es uno de los ejercicios emocionales a los que nos sometemos por rutina. Pero este ejercicio puede ir más allá y convertir a la depresión en una incapacidad devastadora, en la que incluso la muerte podría parecer una bendición. Adaptarse a una pérdida de amor, de seguridad, de estructura o esperanza, puede ser

terrible y arduo; el individuo queda sumido en una sensación temporaria de desvalimiento en la que se siente a la vez abrumado y despojado por una carga excesiva. Esta situación puede durar días, semanas, meses o aún toda la vida. Se han propuesto sugerencias de manera superficial, donde se considera que la depresión podría manejarse con una dieta constante de sexo, ejercicios físicos, alegrías y triunfos, sin embargo, todos estos comportamientos son difíciles de practicar para quienes carecen de esperanza o energía. "Las personas deprimidas no hacen ningún reclamo injustificado de más amor o atención, aunque ellas quizás lo ignoren, su cerebro está más allá del amor". (Pittman, 1998, pp. 407)

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV-R, la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido, o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Se deben experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunas personas con episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

En algunas ocasiones, pueden experimentarse sólo "síntomas depresivos", es decir, menos de cinco de los síntomas anteriormente mencionados, que son tan intensos, que para la persona que los presenta, es necesario hacer algo al respecto para salir adelante. Cuando las personas refieren estar deprimidas, es decir, que cae su estado de ánimo de manera pasajera, pero pueden salir adelante con ninguna o poca ayuda, no se clasificaría como depresión. (Lara y Acevedo, 1995).

A pesar de que la depresión se ha estudiado ampliamente y de que hay evidencia literaria suficiente para suponer que este padecimiento ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia, poco se sabe respecto al por qué algunas personas presentan estados crónicos de tristeza después de algún evento adverso y otras en circunstancias semejantes no los presentan. Arieti y Bemporad (1990), consideran que el cuadro depresivo podría ser un estado endógeno, es decir, originado dentro del propio organismo. Estos autores nos dicen que poco se sabe de sus orígenes físicos; al paso de la investigación parece no tener que ver con la neuropatología; parece ser que la genética puede tener cierta importancia sólo en el desencadenamiento, pero poca sobre el mantenimiento o la resolución de episodios depresivos; por otro lado, existe evidencia de algunos cambios en la bioquímica del organismo durante episodios depresivos y existe tratamiento médico con resultados positivos en tanto al reporte de la percepción de sí mismo de los sentimientos en algunos casos.

Estos dos autores, hablan en términos de los orígenes de la depresión, basándose en la Teoría General de Sistemas. La psique es un sistema abierto a las continuas influencias de factores existentes fuera de él; las estructuras psicopatológicas son también sistemas abiertos; son estados de diversos grados de improbabilidad, mantenidos por la entropía psicológica negativa, proveniente de afuera del sistema original. Un sistema abierto como la psique, sigue el principio de equifinalidad, el estado final no está indefectiblemente determinado por la condición inicial. Cada etapa de la vida, recibe influencia de las anteriores, pero no de manera rígida e ineludible, hay otros factores que intervienen.

Pittman (1998), considera que la depresión es muy real, más allá de sus raíces o significados simbólicos. Este autor nos dice que, algunas personas adolecen de una deficiencia real en su química cerebral, e incluso se puede demostrar su existencia y medir su magnitud en el sistema neuroendocrino de personas que atraviesan por episodios depresivos graves. Pero a pesar de poder comprobar bioquímicamente su existencia, no se puede determinar si la melancolía estaba antes, o vino con la falla. Con todo, algunas personas deprimidas parecen tener en su cerebro una batería de pilas débiles que se agota con facilidad, los que se atribuye a un neurotransmisor: la norepinefrina.

Díaz, (2000) nos dice que es difícil que la depresión pase inadvertida porque afecta a las relaciones afectivas y el rendimiento en el trabajo. La persona con depresión presenta un aspecto abatido y triste y muy raras veces presenta interés por su entorno, se muestra lenta a la hora de pensar y de tomar decisiones (Coleman, 1995).

Beck (1983), nos dice que algunas personas diagnosticadas con depresión, pueden presentar una amplia variedad de síntomas asociados, tales como pérdida de la energía, trastornos del sueño, pérdida del apetito, actitudes negativas, pero en lugar de quejarse de sentimientos de tristeza, lo hacen por la pérdida o disminución de los sentimientos positivos, como cariño hacia sus parejas, hijos o amigos, la ausencia de entusiasmo ante nuevas actividades, la disminución de la sensación gratificante por actividades generalmente satisfactorias; sin embargo no están realmente concientes de la tristeza, simplemente lo conceptualizan como apatía.

Los síntomas de la depresión pueden variar de persona a persona y también dependen de la severidad del problema. La depresión causa cambios en el pensamiento, la sensación, el comportamiento y el bienestar físico. Aunque parece menos importante que algunos otros padecimientos físicos o psicológicos, el funcionamiento físico de los depresivos resulta discapacitante; Díaz (2000), considera que tal vez más que el de las personas que viven con artritis, hipertensión o diabetes.

La depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, el riesgo de desarrollar depresión aumenta de 2 a 3 veces cuando existe una historia familiar en donde la depresión ha estado presente. La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 45 años, lo cual coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo y de mayores cambios en las etapas del ciclo vital. En 1995, se realizó un estudio en México, en el que se encontró que el 7.9% de los habitantes que presentaban depresión tenían edades que oscilaban entre los 18 y 65 años de edad; se encontró también que el 36% de niños en

edad escolar presentó depresión; lo mismo sucedió con los ancianos, quienes presentaron cifras similares. La mayoría de los estudios transversales han establecido que existe una mayor incidencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con hombres (alrededor de 6%). De la misma manera, una observación clínica clásica, reiteradamente confirmada, indica que acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de depresión (Apuntes del taller Antidepresivos en la práctica diaria, 2003).

Se sugiere que cuando la depresión aparece posterior a un evento traumático, el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales y una disminución de conexiones sinápticas (Apuntes del taller Antidepresivos en la práctica diaria, 2003). El uso extensivo de la noción ha llevado a emplear el término estrés no solamente en el caso de respuestas inespecíficas, esencialmente fisiológicas, al daño o agresión, sino también a propósito de los acontecimientos y situaciones de naturaleza interpersonal, relacional o social, como puede ser el duelo, la separación, el cambio de residencia, el matrimonio, el acceso a un empleo, la Pérdida del puesto en el trabajo, los exámenes, los reveses financieros, los fracasos de todo tipo, etc. Asimismo, hay que tener en cuenta los desastres, naturales o artificiales, susceptibles a desencadenar como cualquier otro peligro, la experiencia del miedo o expresión del estrés (Buendía, 1993).

Beck (1983), considera en su modelo explicativo de la depresión, tres conceptos del sustrato psicológico de la depresión:

- 1) *La triada cognitiva:* que se basa en tres patrones que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y sus expectativas de un modo idiosincrásico: a) el primer componente se basa en la visión negativa y crítica del paciente acerca de sí mismo, así como su idea de carecer de los atributos esenciales para ser feliz; b) la persona interpreta sus expectativas de un modo negativo, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos; c) el último componente se basa en la visión negativa del futuro de la persona deprimida; sus expectativas son de fracaso. En este sentido, el modelo cognitivo explica los síntomas físicos de la depresión, como una consecuencia de las creencias de fracaso y la sensación de futilidad que pueden producir una "inhibición psicomotriz".
- 2) *Organización estructural del pensamiento depresivo:* en los estados "psicopáticos" tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones, se distorsionan de tal modo que se ajustan a "esquemas" inadecuados prepotentes; mientras que el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento, es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

- 3) *Errores del procesamiento de la información:* Los errores que se producen en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en lo contrario: a) Inferencia arbitraria, refiere al hecho de adelantar una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye; b) Abstracción selectiva, involucra el hecho de centrarse en un detalle e ignorar el resto de éstos en una situación, para conceptualizar una experiencia; c) Generalización excesiva: se refiere a la elaboración de una regla general a partir de hechos aislados y aplicarlos a relaciones inconexas; d) Maximización y minimización que distorsionan la evaluación o significación de los eventos; e) Personalización, se refiere a la atribución de fenómenos externos aunque no puedan conectarse con el depresivo; f) Pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia a clasificar todos los eventos dentro de dos categorías opuestas, de las cuales utiliza la de connotación negativa para describirse a sí mismo.

Beck (1983), ofrece la hipótesis de que algunas experiencias tempranas propician la base para formarse una idea negativa de sobre uno mismo, el futuro y el mundo; de acuerdo a esta teoría, algunas circunstancias análogas a las experiencias, pueden detonar la formación de actitudes negativas. La depresión, de acuerdo a este autor, puede desencadenarse por una enfermedad o anormalidad física, que activa la creencia de una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento.

El paradigma científico de la depresión se centra en el paradigma personal del paciente, que da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, así como en una "revolución cognitiva" que produce una "inversión" en la manera en la que el paciente construye su realidad. Este autor considera que las personas de nuestra cultura, confieren una gran satisfacción a sus experiencias emocionales positivas; la pérdida de estos sentimientos conlleva a la sensación de no ser una "persona real" y de llevar una existencia vacía. (Beck, 1983)

Una de las principales características de la persona depresiva es su relativa inconsistencia o falta de atención respecto a los estímulos ambientales, así como la tendencia a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad. Este autor, considera que, para tratar terapéuticamente la depresión, deben mitigarse las alteraciones emocionales que aparecen como síntoma, tratando las interpretaciones erróneas que la persona presenta, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas; se debe estar alerta de cualquier señal de diversión, satisfacción o gratificación, a fin de fomentar las emociones agradables. El informe del paciente y la experiencia de estos sentimientos proporcionan una valiosa indicación de su mejoría.

El punto de vista de las relaciones es también tomado en cuenta en este enfoque, al considerar que la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones a su vez influyen sobre la persona; en esta teoría se considera que en las primeras fases de una depresión una persona puede apartarse de otros significativos, quienes ofendidos por este rechazo podrían

responder con respuestas que agravarían su autorrechazo, pudiendo éste ser el primer eslabón que conduce a la depresión clínica. Esto se puede convertir en un círculo vicioso tan crónico, de manera que la depresión sea tan crítica, que ni las muestras de cariño, ni el afecto surtan efecto en los intentos de ayuda. En cambio, una relación interpersonal armoniosa serviría como amortiguador del desarrollo de la depresión. Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Este enfoque considera también, que en el tratamiento del depresivo, la presencia de un familiar o amigo que represente la realidad social que someta a prueba la validez de sus pensamientos negativos, puede ser beneficioso. Beck (1983), considera que cuando existen interacciones contraproducentes con personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión, puede ser adecuada la terapia de pareja o familiar. Este autor menciona que es importante hacer notar que existe una considerable viabilidad entre los pacientes depresivos, en cuanto al grado en que la depresión mejora o empeora, en función con otras personas, avanzando en un camino inexorable de influencias ambientales.

Villagrana (2001) menciona que los mensajes en la comunicación dentro de la familia pueden ser considerados como verdades para el individuo. Si dichos mensajes van encaminados a ofender, es probable que el sujeto adopte esta información y tenga de sí un concepto a partir de las agresiones verbales o físicas, que influirán en su personalidad y estado de ánimo, lo que puede fomentar la depresión. Este autor nos dice que un ambiente cargado de agresiones influye para originar un sistema familiar cerrado ante los cambios y fomentar comportamientos represivos ante las necesidades del individuo, como podría ser la falta de expresión emocional y la falta de toma de decisiones. Dichas restricciones impuestas sobre las acciones de un individuo, pueden llevar a la familia a mantener patrones de comportamiento rígidos que se presentan como resultado de circunstancias exteriores. Con este trasfondo familiar, es probable que el sujeto se refugie en el medio exterior para buscar suplir las carencias que la familia deja; es probable entonces, que este aprendizaje adquirido en el medio familiar, sea repetido y a que no hubo una resolución a lo interno. Villagrana (2001) subraya que el sistema familiar podría influir sobre la construcción de una condición depresiva en alguno de sus miembros, fomentando comportamientos donde el sujeto esté en conflicto con él mismo y con su entorno social, que pueden influir en la construcción de condiciones psicológicas como la depresión.

Las personas deprimidas, para Linares (2000), se han aproximado a la idea de la psiquiatría tradicional, al disponer de unas bases mentales para los trastornos mentales, "o al menos ha justificado la fantasía de tener una "enfermedad" como las demás. Tal es el mensaje que suelen trascender de los abordajes biologicistas, aunque posiblemente se acepte la posible influencia de lo relacional" (pp. 15). Down y Zisook, (1996, citados en Linares, 2000) definen la depresión como una "enfermedad autónoma, que influye y es influida por diversos sistemas cerebrales y por sus estructuras intracerebrales y extracerebrales". Considerar la actividad relacional como "estructuras extracerebrales", es en este contexto definitorio, en sentido opuesto a la propuesta de Bateson (1976) en Pasos hacia una Ecología de la Mente, hacer relacional a la mente. La psicoterapia biológicamente informada que plantean estos autores, podría en la práctica, ser

negadora de los aspectos psicológicos y relacionales de la depresión" (Linares 2000, pp. 15).

Podríamos ubicar los comienzos de una concepción relacional de la depresión, en el trabajo de Freud (1917) "... suelen lograr los enfermos, por el rodeo de la autopunición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos, tras haberse entregado a la enfermedad a fin de no tener que mostrarles su hostilidad directamente". Por otro lado, Melanie Klein (1940) explica a la posición depresiva como un paso evolutivo del niño, que supera una previa posición esquizo-paranoide, suponiendo, relacionalmente hablando, un redimensionamiento de las pérdidas y de sus consecuencias, que solo alcanzaría niveles patológicos si se inscribieran en contextos interaccionales más complejos.

Bowlby (1980), por su cuenta, menciona la importancia de las experiencias vividas en la familia, entre las que destaca:

1. Imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos por satisfacer sus exigencias y sus expectativas poco realistas.
2. Figuras de apego presentadas como inaccesibles que rechazan y castigan.
3. Pérdidas reales, por muerte o separación durante la niñez.

Desde el punto de vista relacional, existen criterios básicos para abordar los fenómenos depresivos: La parentalidad y la conyugalidad ejercidas en la familia de origen por los padres (Linares, 1996, citado en Linares 2000). En la parentalidad se tienen en cuenta la nutrición emocional con un conjunto de funciones que incluyen la sociabilización necesaria para hacer viable al niño en su ecosistema, así como el reconocimiento, la valoración y el cariño. Las funciones conyugales se basan fundamentalmente en una oferta relacional que al reconocimiento, la valoración y el cariño añade el deseo.

Bengoa y Pérez (2001) realizaron una investigación respecto a las causas y consecuencias de la infidelidad conyugal, titulada "Depresión y actitud hacia la infidelidad en mujeres que viven infidelidad y maltrato". En ésta concluyen que la infidelidad de sus parejas les lleva a sentirse deprimidas en mayor grado incluso que el maltrato físico o verbal. Señalan que la familia que ha vivenciado el problema de la infidelidad, ha estado sometida a un ambiente de tensión y desconfianza, que necesariamente ha sido percibido por los hijos, quienes pueden sentirse culpables de esta situación, afectando la relación padre-hijos y la formación de estructura de éstos últimos, afectando negativamente su autoconcepto y causando ciertos trastornos en su desarrollo psicológico, entre ellos, la infidelidad.

Estas investigadoras concluyen que para las mujeres, la infidelidad tiene un peso específico mayor al maltrato, que les hace solicitar ayuda terapéutica, pues les hace sentir deprimidas, devaluadas y a veces culpables y, por lo tanto, "merecedoras" del "castigo" que su pareja les impone, en comparación con el

maltrato, que soportan pues es algo que conlleva el tener pareja, que no es percibido como un acto de desamor.

Asociada a la depresión, podemos encontrar a la distimia. "La característica esencial del trastorno distímico, es un estado de ánimo crónicamente depresivo que esta presente durante la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años". Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o "desanimado". En los niños el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración máxima exigida es de un año. Durante los episodios del estado de ánimo depresivo, hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los sujetos presentan pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej. "yo siempre he sido así" "es mi forma de ser") es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

A lo largo del periodo de dos años (1 año en niños y adolescentes) los periodos libres de síntomas no son superiores a dos meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no han habido episodios depresivos mayores antes de aparecer síntomas distímicos" (pp 353, DSM-IV-TR)

Linares (2000), considera una distinción importante entre distímicos y depresivos mayores. Para este autor, los distímicos, viven triangulaciones "manipulatorias", caracterizadas por una proyección de la desarmonía conyugal de los padres sobre la parentalidad, que acusa al impacto triangulador de la conyugalidad sobre las funciones sociabilizantes, donde el niño aprende cómo comportarse para que su entorno le sea propicio, cómo respetar y atender las necesidades de los demás para que los demás respeten y atiendan sus necesidades. Este autor nos dice que es en este espacio relacional estratégico donde el niño recibe mensajes superpuestos y contradictorios, que lo expondrían a un "doble vínculo", es decir, a situaciones generadoras de ansiedad neurótica, a las que, sumándoles la pérdida, evolucionarán en distimia. En las familias de las personas con distimia es común observar una coalición con alguno de sus padres, a la que se opone el otro progenitor, quien a su vez puede estar coaligado con un segundo hijo. La oposición del progenitor antagónico, vehiculiza pérdidas asociadas con una importante figura de apego. El paso del tiempo y eventos como la adolescencia pueden poner en crisis su posición privilegiada, pero su autonomización se verá amenazada por el juego triangulador.

SUICIDIO

Cada uno de los consultantes en cuyos casos fui terapeuta titular, presentaba ideación suicida o había intentado suicidarse, incluso en más de una ocasión, lo que se considera en la literatura revisada, como uno de los comportamientos que más frecuentemente acompaña a la depresión.

Existen diversas motivaciones interpersonales para cometer suicidio y podríamos considerar al comportamiento suicida como medio de influencia, persuasión, cambios en el sentimiento o conducta de otro que suele ser alguien con una estrecha relación con el suicida como por ejemplo un miembro de su familia. A veces, podría ocurrir que el objeto de esa conducta sea más general e incluso puede ser la misma sociedad. La acción suicida del individuo podría dar a entender las presiones y tensiones interiores y satisfacer necesidades internas (lo típico es que esto ocurra después de haber sufrido la pérdida de un ser querido, o que se sienta incapaz de hacer trabajo alguno). Su estado anímico de depresión, retraimiento, agotamiento físico y emocional puede presentarse como necesidad de explicación y penitencia por su sentimiento de culpa. La conducta depresiva en el ser humano puede interpretarse como una manifestación de un sentimiento o pulsión de destrucción, como reacción que aparece ante cualquier tipo de frustración o como respuesta aprendida ante situaciones determinadas (NewsRx.com).

Vieta, Colom y Martínez-Arán (2003) aseguran que la depresión es una enfermedad que limita la capacidad de tomar decisiones libremente y que en algunos casos puede conducir a un intento de suicidio. Principalmente entre las personas que son consideradas como pacientes bipolares, el 15% mueren por suicidio. Las personas con depresión, pueden percibir a la muerte, como la única salida para acabar con su sufrimiento; más aún estos autores nos dicen que las ideas de suicidio constituyen un síntoma de la depresión ..."los pacientes pueden creer que tienen derecho a suicidarse y que no hay otra solución, cuando en realidad no son ellos los que deciden, sino la propia enfermedad, ya que cuando desaparece la depresión, también lo hacen las ideas suicidas, por esta razón, el familiar del paciente tiene el derecho y deber de evitar dentro de lo posible que el paciente lleve a cabo sus amenazas suicidas. Sobre todo, se le hace entender al paciente que no se está limitando su libertad ni sus derechos en el momento en el que se tomen medidas contra el suicidio, sino que se están ampliando..." (pp 42-43).

Se ha analizado la relación entre síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes de ambos sexos, encontrando que las adolescentes reportaron mayor nivel de ideación suicida que los adolescentes, los que estaban altamente asociados con la depresión tanto a un nivel alto como moderado (Allison, Roeger, Martin y Keeves, 2001, citado en Renan, 2003). Se han relacionado con el acto suicida, por lo que se ha enfatizado el papel de la estructura familiar y relaciones entre los miembros. Estos autores mencionan que el riesgo de cometer suicidio en familias con un solo padre puede ser mayor que en las familias con ambos padres, sobre todo en el caso de jóvenes adultos del sexo masculino (Renan, 2003). Así mismo Field, Diego y Sanders, (2001, citados en apuntes, taller de antidepresivos en la práctica diaria, 2003), mencionan que las personas que presentan ideación suicida podrían diferenciarse de aquéllas que no lo presentan en una serie de variables donde sobresalen las relaciones familiares caracterizadas por calidad de la relación con la madre, intimidad con los padres y cercanía con hermanos, además de la historia familiar de depresión.

Bengoa y Pérez, (2001) en su investigación, respecto a la depresión y actitud hacia la infidelidad, refieren a Sahún (1993), quien dice que la infidelidad

está muy relacionada con sentimientos de decepción, enojo y vacío emocional. Al descubrir la infidelidad en la pareja, las mujeres presentan trastornos importantes tales como sentimientos de haber sido traicionadas, deseos de venganza, pensamientos suicidas, abandono de actividades significativas, por ejemplo el cuidado de los hijos, pensamientos homicidas, celos que llevan a la vigilancia de la pareja, e incrementan la tasa de suicidio femenino.

Coleman (1995), considera que las personas que hablan de suicidio tal vez no piensen en matarse, pero si llegan a una situación en la que crean que no hay otra alternativa para llamar la atención y recibir ayuda que haciendo un intento de suicidio, podrían cometer un error y matarse efectivamente. Este autor presenta una tabla, donde muestra la influencia de la depresión en la muerte por suicidio, donde los profesionistas como abogados, médicos y escritores, se encuentran por encima de la media, las secretarias y los dependientes, se encuentran en la media, mientras que los maestros, se encuentran por debajo de la media, aunque son los más próximos al lugar que ocupan los dependientes.

En los últimos años ha habido un incremento en el número de suicidios realizado por adolescentes, lo que ha llamado la atención de autoridades educativas, de salud y policiales. Uno de cada ocho intentos suicidas es fatal y alrededor del 3% de las personas que han intentado suicidarse, eventualmente lo logran (Renan, 2003).

En México se ha encontrado que el grupo de 15 a 19 años es el que presenta una tasa mayor de suicidios, siendo para los hombres la tasa de suicidio consumado mayor que la de intento de suicidio: 2.71 vs 0.10. En las mujeres también se observa el mismo fenómeno, sin embargo los varones presentan las tasas más altas de suicidio consumado en comparación con las mujeres, mientras que éstas presentan una tasa de mayor intento de suicidio (Caraveo y Cols, 1999).

Se han realizado investigaciones para determinar las variables causales relevantes y proponer estrategias terapéuticas preventivas a ser desarrolladas principalmente en los escenarios educativos dentro de los cuales los adolescentes se ven inmersos gran parte de su tiempo. Al revisar la literatura sobre el suicidio en la adolescencia se observa la participación de variables psicológicas, familiares, demográficas y religiosas. Dentro de las variables psicológicas se tiene: depresión (en primer lugar), auto-estima, procesos cognoscitivos (evaluación), desesperanza, formas de enfrentarse a problemas y distorsiones en la perspectiva del tiempo (Renan, 2003).

Recientemente Women's Health Weekly, via NewsEdge Corporation, (NewsRx.com, 2006) ha publicado que las mujeres que viven con bulimia, son mujeres que con mayor incidencia han sufrido de abuso sexual en su niñez, abuso de sustancias ilícitas, reportan sentirse solas a pesar de sus familiares y amigos, tienden a presentar comportamientos agresivos y se sienten incapaces de relajarse, por lo tanto, la posibilidad de tener depresión asociada al padecimiento alimentario, es alta; de la misma manera, estos factores asociados, parecen ponerlas en mayor riesgo, que aquellas mujeres que viven con depresión mayor.

De la misma manera, Weingarten (1988), realizó una investigación respecto a las causas del intento de suicidio en mujeres de 15 a 54 años, en la que se encontró que una causa común del mismo, era el poco afecto que recibían de su cónyuge y haber sido víctimas de la infidelidad del mismo.

Referente a las causas de suicidio en adolescentes mexicanos, Monroy (2005, citado en Desatnik, 2006) habla respecto a los intentos que se realizan para ingresar a la nivel superior de educación pública, en donde, según este autor, se atiende sólo a veinte de cada cien alumnos que desean entrar en este nivel. Se ha calculado que el 50% de los aspirantes queda excluido del sistema de educación superior. Este autor enfatiza que además de los factores familiares, en un niño potencialmente suicida, se encuentran las situaciones escolares y sociales adversas. En el 2001, de acuerdo al Instituto Nacional de Geografía e Informática, de las 3 mil 98 personas que se suicidaron, 1130 eran jóvenes entre 15 y 29 años. 422 más intentaron suicidarse, de estos, tres de cada diez tenían entre 15 y 19 años.

TRATAMIENTO

Desatnik (2006), nos dice que si se restringe la explicación de la depresión de manera estricta a un enfoque de sistemas, podría estar simplificándose la comprensión de lo que ocurre en la familia y en las personas; por ello, es necesario comprender, además de la circularidad en la familia y la relación entre los síntomas y el sistema, una serie condiciones de cómo se ha construido un concepto de sí mismo y del mundo en el que vive, de qué manera se explica la persona a sí misma lo que le pasa, a qué lo atribuye, cuáles son las experiencias tempranas respecto a los vínculos con personas significativas en las diferentes generaciones familiares. Esto involucra ampliar el campo de visión desde la persona hacia su historia, los conceptos en los que participa, su concepto de familia, cultura y sociedad, saber de qué manera se están transmitiendo pautas transgeneracionales acerca de la depresión, de los recursos personales y familiares para enfrentar problemas.

Al tratar la depresión, el uso de medicamentos antidepresivos es común para la psiquiatría; en este tratamiento se prescriben inhibidores selectivos de la respuesta de la serotonina. Se recomienda el tratamiento, sólo después de que la persona que vive la depresión, no ha respondido positivamente a la psicoterapia; también si la depresión es tan severa que interfiere con la capacidad de comprometerse con el tratamiento psicoterapéutico o si existen la probabilidad de suicidio o actitudes que amenazan la integridad y la vida (Chan, Rey y Hazell, 2002).

Los terapeutas que se basan en el Construccinismo Social, hablan acerca de trabajar con las historias que las personas cuentan sobre ellas mismas y sus relaciones; estos relatos engloban significados, conductas y sentimientos. Somos lo que contamos de nosotros mismos y lo que narramos acaba influyendo sobre nuestra manera de actuar pensar o sentir (Rodríguez y Beyebach, 1997). Las narraciones se formulan y reformulan en el marco de la interacción social, en los intercambios conversacionales los significados se renegocian constantemente, es decir, las interpretaciones que hacemos sobre la realidad, se construyen en el

marco de la interacción, no sólo desde la percepción de la mente individual, sino también desde las relaciones entre las personas que comparten un grupo; lo que hacemos, pensamos o sentimos, únicamente tiene sentido cuando es validado, analizado o discutido por las personas que nos rodean; los grupos de referencia a los que pertenecemos, nos dictan significados y nuestros puntos de vista son el resultado de contrastar nuestras experiencias con las de las personas de nuestro entorno (McNamee y Gergen, 1996).

Desde este punto de vista, la terapia es un contexto privilegiado en el que pueden negociarse significados por medio de la conversación. Psicoterapia entonces, podría ser entendida como una conversación para el cambio, en el que hay una oportunidad para negociar algunos de los significados que "atrapan" a las personas, la psicoterapia es el contexto en el que la "ansiedad" se convierte en "energía" y la "depresión" en "ansiedad" (Anderson y Goolishian, 1988).

Desde esta perspectiva, pensar que las personas tienen recursos, conduce a posiciones en las que el terapeuta se desprende de su autoridad para convertirse en un facilitador de lo que los consultantes traen y puede serles útil. Se trata de ser buenos conversadores que formulan preguntas que favorezcan los cambios, consigan el ajuste con los consultantes, en tanto ellos descubran sus recursos, adopten puntos de vista diferentes o se decidan por nuevas formas de actuación (Anderson y Goolishian, 1995).

Los terapeutas sistémicos han mostrado a lo largo del tiempo, una razonable reticencia ante el uso del diagnóstico como sistema clasificatorio y etiquetador de los trastornos mentales; pensando en esto, podemos hablar un poco de lo que Steve de Shazer nos dice: "Words were originally magic" (las palabras eran originalmente mágicas), (de Shazer, 1999) podemos decir que la labor del terapeuta es hacer que las palabras cobren su poder "mágico". Existen palabras que se convierten en el impulso de una terapia. Este autor nos dice que de pronto nuestro cliente comienza a hablar de "confianza" en lugar de relatar los entrapados caminos a los que le ha conducido su "depresión" o la "valentía" comienza a abrirse paso entre los sufrimientos y las limitaciones. La labor del terapeuta es aferrarse a esas palabras y hacerlas crecer, pues son ellas los vehículos que transportan nuestros significados, reflejan nuestras creencias y a la vez las conforman. No se trata sólo de cambiar palabras, sino de modificar significados, creencias y puntos de vista; las palabras son las "palancas" para cambiar los significados y al mismo tiempo, el reflejo de lo que nos permite corroborar que estos se modifican. En este sentido, las etiquetas diagnósticas, (depresión, por ejemplo) forman también parte de los juegos del lenguaje.

Por medio de sus experiencias, sus relaciones, los diagnósticos y las definiciones que otros han usado respecto a determinados comportamientos, las personas asumen lo que significa estar deprimido o tener ansiedad o ser esquizofrénico y reaccionan ante los significados: uno ya no es el mismo una vez que sabe lo que tiene y tampoco la gente le trata de la misma forma. Eso hace que se inicien interacciones diferentes, que se establezcan relaciones a través del síntoma. Este cuestionamiento de la utilidad de los diagnósticos y el acuerdo de que el lenguaje que los profesionales utilizamos para hablar, puede ser asociado a prejuicios por nuestros clientes, es cada vez más frecuente; tanto que podríamos

cuestionarnos si los terapeutas somos parte de la solución o del problema. Una posible solución a este cuestionamiento, es tratar de que los diagnósticos y las clasificaciones, quedaran sólo como una parte de la infraestructura del sistema de salud mental y más aún, que incluso los profesionales cambiáramos nuestra manera de hablar sobre los clientes, para evitar que los diagnósticos generen expectativas que pueden "beneficiar" el resultado de nuestros tratamientos. Es importante desde esta óptica, colocarnos en la perspectiva de que los terapeutas trabajamos con "personas", no con "pacientes", con gente que se siente "momentáneamente estancada en su desarrollo vital" y no con "personas que padecen enfermedades mentales", pensar que los seres humanos, nos enfrentamos activamente con nuestras dificultades y no nos limitamos a sufrirlas, entender que los terapeutas somos "facilitadores de recursos" y no "sanadores" (Rodríguez Y Beyebach, 1997).

De acuerdo con el Construccinismo Social, los significados son el resultado de lo que se produce en el marco de la interacción social, de manera podemos entender las cogniciones como fenómenos interpersonales, cuya percepción depende de lo que se acuerde en el grupo de referencia en el que nos movemos. Las emociones y sentimientos, por los que pasa la persona "deprimida", pueden ser considerados como atribuciones e interpretaciones, cogniciones que son el producto de las relaciones interpersonales (Marcus y Cross, 1990).

Aunque solemos pensar en los sentimientos como fenómenos individuales, es indiscutible el papel de lo social en las emociones, que de hecho son historias de interacción relacionadas con reacciones psicofisiológicas, que sentimos con o para otras personas; así que las etiquetas que le ponemos a las mismas, son el resultado de lo que percibimos en los contextos en los que se produce (Schanter y Singer, 1962). Esta faceta interpersonal de las emociones, es la que permite trabajar con ellas en terapia sistémica, sin tener que recurrir a modelos intrapsíquicos.

Las personas llegan a terapia con relatos saturados con "problemas" que les impiden avanzar y que el terapeuta a través de la conversación ayuda a generar relatos alternativos, modificando no los hechos, sino las atribuciones que se le dan a los mismos. La escuela de Michel White propone un modelo de dos dimensiones: hechos y significados, de los que podemos hablar en tres coordenadas temporales: pasado, presente y futuro (Smith, 1994, citado en Rodríguez y Beyebach, 1997). Este modelo da lugar a diferentes preguntas para construir historias; Rodríguez y Beyebach, (1997) consideran que es posible incluir a este modelo, además de los hechos y significados, las emociones, que pueden también ser modificadas: son sentimientos asociados a hechos y significados, que varían unos cuando se modifican los otros. Desde este punto de vista, es especialmente importante incluir las emociones en las historias que se ayudan a crear, porque las emociones están relacionadas con la motivación al cambio.

Hablamos ya de las etiquetas que lo único que hacen es endurecer los estados en los que estamos sumidos (la depresión más difícil que la tristeza); somos los terapeutas los que nos encargamos de seleccionar entre las etiquetas que nos dan los consultantes, aquéllas que les proporcionan salidas. Esto es a lo que se le llama deconstruir, seleccionar y apoyar los significados que pueden

ayudar a promover sus cambios, al tiempo que se bloquean los que les estancan. Este es el mismo trabajo que se requiere en el campo de los sentimientos (Rodríguez y Beyebach, 1997).

Independientemente de cuál sea la queja que presenta el consultante en terapia, el realizar la práctica terapéutica desde la perspectiva sistémica, nos permite como terapeutas hablar de los "problemas" que las personas presentan, estando atentos a las diversas entradas desde modelos diferentes, pudiendo estar atentos a analizar la secuencia que mantiene el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1994) , podemos redefinir o reconstruir significados que no ayudan a avanzar y externalizar aspectos negativos (White y Epston, 1993) o convertir los problemas en dilemas y pensar en alternativas de solución (Pakman, 1991).

ANÁLISIS DE CASOS.

En las familias II, III, V y VI descritas en el apartado anterior, el paciente identificado había sido diagnosticado por algún profesional de la salud con depresión, mientras que en una más, se presentó una madre con dos hijos adolescentes, quienes presentaron como motivo de consulta el bajo rendimiento escolar de la hija mayor, durante el proceso, se supo que la madre había intentado suicidarse y que había sido diagnosticada también con depresión, es decir, que solo en uno de los casos reportados, no se había diagnosticado con depresión a ninguno de los miembros de la familia.

Es sugerido en la literatura, respecto a los antidepresivos, que deben usarse después de que la persona no ha respondido positivamente a la psicoterapia, o si la depresión interfiere con la capacidad de comprometerse con el tratamiento psicoterapéutico o al existir la probabilidad de amenaza a sí mismo (Chan, Rey y Hazell 2002), en este sentido, de las cinco personas que habían sido diagnosticadas con depresión de las familias que atendí, cuatro habían recibido medicación, tres de ellas la habían recibido después de haber intentado suicidarse, dos de ellas continuaban su medicación simultáneamente a la psicoterapia, ambas manifestaron la idea de dejar de usar el medicamento pues, consideraban que la psicoterapia estaba siendo lo suficientemente útil como para sentirse bien, sin embargo, el retiro de la medicación fue dejado en manos de los médicos que se las habían prescrito.

De las 5 familias que atendí en las que uno de los miembros se asumía como deprimido y particularmente las pacientes identificadas, pudieron "renegociar" aquellos significados que las atrapaban en sus relaciones; pudieron encontrar nuevas historias en las que el empoderamiento les permitió tener una perspectiva diferente de ellas mismas; en ésta podían hacerse cargo de su propio cuidado, manejar sus vidas y relacionarse de manera efectiva con sus grupos familiares. En psicoterapia, mediante el uso de preguntas y de técnicas en las que se favoreció encontrar los propios recursos, las personas "deprimidas" con las que trabajé, pudieron cambiar los pensamientos de incapacidad, por otros en los que ellas podían enfrentar sus dificultades de manera adecuada, en relación con ellas mismas y con los que las rodeaban. Esto de manera correspondiente a lo que proponen Anderson y Goolishian (1988), al decirnos que es en este contexto privilegiado de psicoterapia, pueden negociarse significados. Son también

Anderson y Goolishian (1995), quienes nos dicen que debemos pensar que las personas traen sus propios recursos; como terapeutas solo seremos los facilitadores que realicen preguntas que favorezcan el cambio de los consultantes.

Las personas "deprimidas", a las que atendí, tenían presentes, historias que habían sido contadas en su familia, comúnmente de desamparo e incapacidad, historias que les ponían en desventaja al resolver las dificultades en la relación con sus familiares. Las historias se habían negociado de manera constante con los otros significativos, quienes concordaban con ellas en que sus historias eran tan dolorosas que marcaban de manera negativa su capacidad de manejar las dificultades cotidianas que se habían presentado en sus relaciones. Cuatro de las personas consultantes consideraban que el acudir por ayuda terapéutica era un síntoma de que sólo ellas tenían un problema, considerando brevemente la participación de la familia en el mismo. Esto concuerda con lo planteado por Rodríguez y Beyebach (1997), respecto a que lo que contamos de nosotros mismos, influye en nuestra manera de actuar y sentir; también con lo planteado por McNamee y Gergen (1996), respecto a la importancia de lo discutido y analizado en conjunto por las personas y quienes las rodean, discusiones que dictan significados que contrastados con las experiencias propias y las de los demás, crean un punto de vista.

En el contexto de la terapia y por medio de la participación del sistema terapéutico, las personas a las que atendí, pudieron negociar los significados que hacían que sus relaciones fueran insatisfactorias; de manera que por medio de conversaciones, el empoderamiento que se propiciaba y la agencia personal que los consultantes percibían, lograron hacer que aquellas cosas que no fluían de la manera que ellas deseaban a causa de la "depresión", fueran manejadas de la manera en la que hubieran deseado. Con esto, fue posible para los consultantes renegociar el auto concepto de personas deprimidas que presentaban al iniciar el proceso terapéutico, al encontrar los recursos que favorecían nuevas formas de actuar y relacionarse con las personas, esto en correspondencia con lo planteado por Anderson y Goolishian (1995), respecto al uso de los propios recursos de las personas.

Podemos ejemplificar de manera clara esta afirmación en los cuatro casos mencionados. En el caso de la señora Aleida, quien comentaba que el que el equipo le "hiciera ver" que no era lo "tonta" que su esposo le decía y que debía estar "enamorada de la persona más importante en su vida", que era ella misma, "le hacían sentir" que podía hacer por ella misma las cosas que quería y que era una buena madre, contrario a lo que decía, "le habían hecho sentir sus familiares".

Se puede observar el impacto de la renegociación de los significados en el caso de María, quien mencionaba que no podía dejar más que los otros decidieran por ella y que no podía seguir "usando a los demás como dona terapéutica". En el caso de la señora Imelda, mencionaba que, el hecho de que el equipo al igual que sus hijos observaran las cosas positivas que hacía, le llevaba a pensar que no sólo era buena en sus actividades profesionales, sino también en su labor como madre, en la que no era lo "mala madre" que su madrastra le había hecho creer que era, pues de ser así, su hija no habría subido en sus calificaciones, hecho del cual se

consideraba "corresponsable", por ello, mencionaba que quería festejar a su hija y a ella misma.

Finalmente, en cuanto a la renegociación de significados, en el caso de Belem, a pesar de que su esposo no fue capaz de reconocer explícitamente, las cosas positivas que ella tenía, durante el proceso terapéutico, consideraba que las tareas que el equipo había sugerido, le habían hecho ver que las cosas que le habían hecho creer con la agresión sexual de la que fue objeto, no eran ciertas y que el seguir con lo que hacía, le daban la razón a las personas que decían que "no podía" y que era una "tonta", mientras que decía ya no sentirse como tal.

La palabra "depresión" fue utilizada durante las sesiones iniciales, de los casos mencionados y fue utilizada únicamente para poder acordar una definición de lo que los consultantes estaban viviendo y los comportamientos por los que los profesionales de la medicina y sus familiares los habían "clasificado" como depresivos; sin embargo, durante el resto del proceso, esta palabra prácticamente desaparecía del vocabulario tanto de los consultantes como del equipo terapéutico del cual yo era parte, esto con el fin de usar nuevas palabras que describieran los cambios en su significado y en los puntos de vista tanto de los consultantes como de las familias, para erradicar los juegos del lenguaje que habían "atrapado" el comportamiento de cada una de las familias de los consultantes. El objetivo de usar palabras que promovían comportamientos alejados de la depresión, corresponde con lo sugerido por de Shazer (1999), quien nos dice que esas palabras conforman las creencias, significados y puntos de vista. De la misma manera, el no usar el término depresión, permitió cambiar la conceptualización que las personas tenían de ellas mismas al llegar a solicitar "ayuda", es decir, el percibirse como "pacientes enfermos que acudían para ser curados", para asumirse como personas que estaban pasando por dificultades en sus relaciones o su desarrollo vital y que además eran capaces de usar sus recursos para poder resolver tales dificultades.

3.1.4 EL EQUIPO DE SUPERVISION EN LA FORMACION DE TERAPEUTAS FAMILIARES DE LA MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

La tarea de los terapeutas en formación, es desarrollar habilidades clínicas, comprender los principios teórico-epistemológico sistémicos y posmodernos y aplicar las técnicas psicoterapéuticas derivadas de estos marcos a las diferentes problemáticas presentadas en el consultorio, por parejas, familias e individuos.

La supervisión, de acuerdo con Leddick (1994, citado en López, 1998) tiene que ver con la construcción de parte del supervisor, de planes y estrategias de aprendizaje individualizados, para que los terapeutas en formación trabajen de manera óptima con los clientes o usuarios. Lambert y Arnold (1987, citados en López, 1998), definen como supervisión al entrenamiento completo que reciben los profesionales de la salud mental, que los conduce a modificar el trabajo que desarrollaban, para obtener una nueva forma de asistir a quienes les solicitan ayuda ante los diversos problemas de su vida. De acuerdo a estos autores, la supervisión requiere la presencia de un supervisor, un supervisado y un cliente, quienes se ven involucrados en actividades como la instrucción, el modelaje, la observación directa, la co-terapia, el uso de apuntador o la retroalimentación con audio y video. Hess, (1987, citado en López, 1998) menciona que en la supervisión, se distinguen tres actores, 1) el cliente, 2) el supervisado y 3) el supervisor.

Hess (1987, citado en López, 1998) menciona que en la supervisión se distinguen tres actores 1) el cliente, 2) el supervisado y 3) el supervisor. Para Jiménez y Romano (1994), el proceso de supervisión puede ser conceptualizado como una conversación en la que el supervisor y el supervisado dan forma mutuamente al significado de la experiencia vivida a través de su discurso.

La supervisión es un proceso necesario y fundamental para la formación de habilidades de un terapeuta. Le da al alumno la sensibilización hacia el uso de un modelo de trabajo congruente con el marco teórico de referencia en el que se está formando. La supervisión tiene que ver no sólo con este marco teórico; parte también de nuestra ideología, tiene que ver con quiénes somos, de dónde venimos, de nuestros valores, nuestros significados construidos alrededor del ser humano y la sociedad, con nuestra cosmovisión y nuestra formación. (Desatnik, Franklin y Rubli, 1999). Estas autoras definen a la supervisión como el espacio de integración y reflexión teórico, técnico y metodológico, en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a priorizar e integrar cuál de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia, sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico. Se asume que el supervisor está incluido en el Sistema Terapéutico Total (Troya y Auron, 1988).

Espejel, (1999) nos dice que la supervisión en la terapia familiar ha tenido un desarrollo paralelo a los avances teóricos y a los cambios epistemológicos que subyacen al campo de la terapia familiar. Señala que hasta la década de los cincuenta, la supervisión podía considerarse individual y vertical y que ha

evolucionado con los cambios en las distintas escuelas de terapia familiar, tendiendo ahora a ser más circular y horizontal.

La labor de un supervisor, para Eguiluz (1999), implica un doble proceso que implica no sólo enseñar diversas técnicas, sino ayudar al terapeuta en formación a superar sus dificultades personales y alcanzar un mayor grado de competencia.

Uno de los principales objetivos del supervisor, debe ser promover la autonomía en los supervisados y en el proceso de acompañamiento del terapeuta que comienza, mediante un incremento en la consideración de la independencia del mismo, (Stolemborg, 1981; Hogan, 1964 y Ard, 1973, citados en Domínguez, 1999).

Greater, (1994, citado en Domínguez, 1999) considera que son cuatro las etapas de focalización en el trabajo de supervisión:

1. Desarrollar habilidades básicas que le faciliten al supervisado asumir la función de terapeuta.
2. Expandir el rango de las habilidades terapéuticas y las intervenciones que se adecuen de manera exitosa en el trabajo con la problemática del paciente y los resultados esperados por el terapeuta.
3. Desarrollar en el terapeuta en fase de entrenamiento, la habilidad para focalizar los patrones habituales de comportamiento conflictivo, particularmente aquellos patrones que se repiten frecuentemente en las sesiones de psicoterapia, con el objeto de que éste pueda seleccionar aquellos métodos de intervención que le resulten más efectivos.
4. Ayudar al terapeuta en fase de entrenamiento a utilizar sus propios recursos de valoración en las fases de intervención. Cada fase de la supervisión le agrega un actor adicional a la interacción terapéutica, lo cual a su vez incrementa el grado de complejidad del trabajo. Desde esta perspectiva, es necesario que el supervisor desarrolle la suficiente maestría en cada fase del proceso de formación de su supervisado, con el objeto de poder pasar con seguridad a las fases más complejas del proceso de supervisión.

La formación de equipos de supervisión para el trabajo terapéutico, constituye una herramienta de trabajo invaluable, de la que rara vez se puede disponer; la polifonía que constituyen las voces tan diversas, la caleidoscópica mirada de una misma problemática constituyeron tal vez la experiencia más enriquecedora de la formación; sin embargo, tal diversidad podría haber sido caótica sin la orquestación de un supervisor que ordenara y encontrara la pauta y la secuencia de las intervenciones combinadas con la adecuada utilización de las técnicas de los diferentes modelos que se aplicaron, encaminándolas a la epistemología sistémica.

En este sentido, la supervisión en la formación de terapeutas, puede comprenderse mejor desde el punto de vista del sistema total mencionado en la Cibernética de Segundo Orden, de lo que Bateson (1976), llama la doble

descripción, que nos dice que cada vez que dos personas interactúan, puntúan el flujo de la interacción; cuando un observador combina ambos puntos de vista, comienza a surgir una idea del sistema total. Cuando el observador presenta estas puntuaciones a modo de secuencia, puede luego discernir la pauta que las conecta vislumbrando con ello una combinación simultánea que da las características de este sistema total.

La supervisión en la formación de la Residencia en Terapia Familiar, se llevó a cabo mediante varias técnicas, que fueron desde a) la terapia o coterapia simulada por lo propios compañeros, con retroalimentación de las supervisoras y del equipo de supervisión que estaba conformado por el grupo; b) supervisión directa con casos reales, en las que la responsabilidad de los casos era compartida por el equipo de supervisión, el supervisor y el terapeuta y c) supervisión indirecta con familias reales, en la que se presentaban tanto los videos como los resúmenes de sesiones a las supervisoras, para recibir retroalimentación de los casos atendidos por el equipo de supervisión y de la labor de los terapeutas.

A la suma de las diferentes partes de este sistema, se le llama sistema terapéutico total, es decir, el sistema terapéutico, conformado por la familia y el terapeuta, más el sistema de supervisión, conformado por el equipo de terapeutas y el supervisor. Para designar a los diferentes movimientos de los terapeutas en formación en el proceso de supervisión, Aurón y Troya (1988, citadas en Desatnik, Franklin y Rubli, 1999), nos proponen lo siguiente:

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

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

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

Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión = Sistema Terapéutico Total.

De acuerdo a la Cibernética de Segundo Orden, ningún movimiento realizado por el sistema terapéutico, puede considerarse exento de influencia, tanto para la familia, como para el terapeuta en formación. Cada técnica aplicada, mensaje enviado o movimiento realizado, provoca reacciones emocionales que pueden cambiar la visión de la realidad de lo que cada uno de los miembros del sistema terapéutico total experimenta.

De la misma manera, es de esperar que la experiencia de cada uno de los participantes del sistema terapéutico total, influya en la dinámica de cada momento particular de la terapia. En tanto a sistema viviente, se caracteriza por las peculiaridades de sus integrantes, la etapa de ciclo vital en la que se encuentran, las experiencias profesionales, las vivencias personales y las vivencias del momento particular en el que se desarrolla la terapia; las alianzas o coaliciones entre los integrantes, simpatías o malos entendidos, enriquecen las experiencias del momento de la supervisión.

Por supuesto, dentro de la formación de la Residencia en Terapia Familiar, no nos escapamos de vivir experiencias que en el momento se experimentaron como positivas o negativas, pero que de igual manera enriquecieron el proceso, sobretodo en la relación con las supervisoras y con cada terapeuta, pues fue necesario trabajar de manera conjunta o individual las diferentes reacciones, dando con ello la posibilidad de cuidar la persona del terapeuta, para evitar que el trabajo terapéutico se viera entorpecido. Con esto se promovió un cambio epistemológico, que en lo personal, me llevó a experimentar la supervisión como parte fundamental de un crecimiento personal y en mi formación como terapeuta, lo que constituyó la experiencia más importante dentro de la residencia.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se realizaron dos investigaciones: una de orden cuantitativo y otra cualitativa; bajo el título "Idealización de la pareja en individuos solteros y casados", la primera, e "Idealización de la pareja" la segunda. En la primera se intentó identificar cuáles son las parejas que idealizan más a su pareja, si las solteras o las casadas. De la misma manera se trató de identificar si son los hombres o las mujeres quienes más idealizan a su pareja. La investigación cualitativa partió de la primera; al tomarse a la pareja que más idealizaba a su compañero, se hizo un estudio de caso con una pareja casada con casi dos años de contrato matrimonial civil.

El objetivo de la investigación cuantitativa fue identificar las diferencias que existen entre individuos solteros y casados, respecto al concepto de la pareja ideal en relación con su pareja real, para lo que se aplicó una escala de autoconcepto adaptada al concepto de la pareja real y la ideal, a 10 parejas solteras, comprometidas en matrimonio, con al menos un año de noviazgo y 10 casadas con no menos de un año ni más de 5 viviendo juntas. Se encontró que hay diferencias respecto a la idealización del compañero entre individuos solteros y casados, en donde el concepto de la pareja real es mayor en los solteros; es decir las parejas de solteros tienden a idealizar más a sus parejas que las casadas. No se encontró diferencia en la idealización respecto al género.

En esta investigación se encontró que las parejas tienden a pensar que en un futuro serán inmensamente felices, por lo que se considera que las parejas solteras filtran las características del compañero desde su propia percepción y deseo, lo que les hace más tolerantes a las trasgresiones. Se observó también que es muy probable que la idealización del compañero que está a punto de ser una pareja que compartirá el espacio vital sea necesaria para promover el compromiso sin el cual no podría establecerse un contrato matrimonial. Consideramos que puede haber una desventaja al tener un concepto en extremo idealizado del compañero, pues puede haber desilusiones posteriores al descubrir con el paso del tiempo que las características que parecían atractivas y justificables ya no lo son tanto.

Consideramos que la necesidad de resolver la crisis del paso de una etapa del ciclo vital a otra, es de primordial importancia ya que puede significar conflictos si no se posee la capacidad para enfrentarse adecuadamente a las transiciones que se involucran en el inicio del establecimiento de un matrimonio. Creemos que estas capacidades pueden ser adquiridas más fácilmente si se sabe que habrá un cambio en la percepción del otro, en la que la imagen tan deseable que tiene, podrá cambiar a no serlo tanto.

Pienso que el trabajo presentado, puede ser tomado en cuenta por terapeutas familiares, de pareja e individuales, como parte del conocimiento que es necesario para tratar a parejas e individuos, que estén a punto de iniciar un contrato matrimonial o que estén en el periodo de adaptación al mismo y para el

apoyo de familias que tengan uno o más miembros en estas circunstancias. De la misma manera, consideramos que puede ser útil en la terapia de pareja, para poder analizar aspectos relacionados con los procesos transgeneracionales, conflictivos o no de las parejas, en distintos momentos de la relación.

Partiendo de la investigación cuantitativa antes descrita, se realizó una investigación de tipo cualitativa, cuya principal herramienta fue una entrevista a profundidad realizada a ambos miembros de la pareja casada que obtuvo el mayor puntaje en la escala de autoconcepto de La Rosa (1986), adaptada al concepto de la pareja real y al concepto de la pareja ideal y que por lo tanto, mostraban menor diferencia entre los puntajes obtenidos para ambas (43 para él y 45 para ella). Se consideró interesante estudiar a ésta pareja, pues de 20 parejas estudiadas, era la que menor diferencia mostró en la comparación de los puntajes obtenidos para la pareja real y para la pareja ideal, tanto en individuos solteros como en individuos casados, es decir, que ésta era la pareja en la que su compañero tenía mayor similitud con su "pareja ideal".

La pareja entrevistada percibía a su compañero como muy deseable, tanto que en el momento de la entrevista reportaron que para ambos su pareja real rebasa las expectativas de la pareja ideal que tenían antes de casarse. Ambos coincidían en señalar que el éxito de su relación consistía en su estrecha comunicación y en haberse conocido antes como amigos, por un periodo de dos años en los que pudieron mostrarse tal como eran, sin haber necesidad, según su forma de ver, de mostrarse con caretas o falsas poses que llevaran a una desilusión posterior.

Respecto a esta pareja, consideramos que el autoconcepto de ambos sería un punto interesante a investigar si es mayor o menor que el que tienen respecto a su pareja, pues es posible que si piensan que la pareja con la que están casados supera las expectativas que ellos poseían antes de encontrarla, el concepto de ellos sea bajo, en tanto que ambos consideraban que la pareja que merecían no debía ser tan buena como la que tenían en ese momento.

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

3.3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

Manuales y videos

Durante los cuatro semestres que abarcó la formación, se realizaron diversos productos tecnológicos: dos manuales, uno de Terapia Estructural y uno de Terapia Breve; un video de Terapia Estructural y uno de Terapia Estratégica, así como un tríptico del ciclo vital de la familia.

Los manuales son materiales de consulta claros y resumidos, que presentan las técnicas de terapia familiar, propuestas, el primero por el modelo estructural, desarrollado principalmente por Salvador Minuchin y el segundo por el modelo de Terapia Breve, principalmente desarrollado por R. Fisch, JH. Weakland y L. Segal. Tienen como objetivo servir como material de consulta claro y resumido, que puede serle útil al terapeuta principiante, como una fuente sencilla que de manera abreviada presenta la teoría y la práctica del enfoque Estructural y del enfoque de Terapia Breve en clínica; también puede usarse por el terapeuta experto, quien encontrará en este un material que le prestará ayuda confiable y sistematizada en el momento en que necesite corroborar puntos importantes de la teoría y la práctica desde estos enfoques.

Los videos muestran las técnicas de la Terapia Familiar Estructural y la Terapia Estratégica. Estos materiales pretenden seguir de manera fiel lo propuesto, en el primero, por Salvador Minuchin y, en el segundo, por Jay Haley y Cloe Madanes, en cuanto a la esquematización de sus técnicas, e ilustrarlas de manera gráfica como apoyo para terapeutas en formación. Ambos videos fueron realizados en formato VHS, por los 10 terapeutas familiares de la primera generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la UNAM, impartida en la FES-Iztacala y están disponibles como material de consulta en el CRAPA de esta facultad.

TRIPTICO DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Se elaboró un material de difusión sobre el ciclo vital de la familia, consistente en un tríptico que incluye puntos relevantes del ciclo vital familiar basado en el enfoque sistémico. En este material se pretende presentar al público en general las características del Ciclo Vital de la Familia, desde que se forma con la elección de pareja hasta la etapa de vejez y muerte, teniendo parte principal de su contenido, entrevistas con personas o familias, que compartieron con nosotros las experiencias vividas en diferentes etapas del Ciclo Vital (Minuchin y Fishman, 1994; Estrada, 1997).

El objetivo principal de este trabajo, fue el prevenir la problemática que más frecuentemente ocurre durante el cambio de una etapa del Ciclo Vital a otra, presentando aspectos de las relaciones familiares que son propias de un contexto mexicano de clase media que vive en la zona urbana de la Ciudad de México, de manera que la ejemplificación resultara realista y familiar a las personas a quienes era dirigido este material.

Concebimos a la familia desde un modelo de desarrollo en el que ésta pasa por un proceso a lo largo de su ciclo vital. Como resultado de las entrevistas realizadas para el tríptico del Ciclo Vital de la Familia, se proponen seis etapas, que resultan un poco diferentes a las propuestas por los autores en los que se basó este trabajo (Minuchin y Fishman, 1994; Estrada, 1997). Las etapas propuestas son:

- Noviazgo y transición al matrimonio
- Matrimonio sin hijos
- Matrimonio con hijos pequeños
- Matrimonio con hijos escolares
- Matrimonio con hijos adolescentes
- Nido repleto
- Vejez

El énfasis en este material en particular, fue puesto en los recursos que las familias entrevistadas poseían y que les habían ayudado a librar las dificultades que el cambio de etapa les había presentado.

3.3.2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

TALLER DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA

Se aplicó un taller llamado "Comunicación no violenta" a mujeres amas de casa de la zona de Coacalco, en el Estado de México, en diciembre de 2001; el propósito del mismo fue dar a conocer un modelo de comunicación que permitiese el entendimiento mutuo aún entre personas en conflicto y que favorecería que las participantes pudieran hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.

Este taller está basado en el "taller de comunicación no violenta" propuesto por el Dr. Marshall B. Rosenberg, (1999) quien nos dice que comunicarnos de manera no violenta nos ofrece la oportunidad de construirnos una vida sana, en tanto que nos permite a) conectarnos con nosotros mismos y con los demás. Reestructurar la forma de expresarnos y de escuchar a los otros, haciéndonos conscientes de lo que observamos, sentimos y necesitamos y de lo que les pedimos a los demás para hacer más rica nuestra vida y la suya. b) forma parte integrante de nuestra naturaleza que nos sintamos satisfechos siempre que damos y recibimos con compasión; c) permite relacionarnos con empatía al manifestar una respetuosa comprensión de lo que los demás están experimentando, al escuchar atentamente a la otra persona; d) gracias a nuestra capacidad de empatía nos permitimos ser vulnerables, rehuendo a la violencia potencial, sabemos escuchar la palabra -no- sin tomárnosla como un rechazo personal (Rosenberg, 1999).

Rosenberg (1999) propone que hay cuatro componentes de la comunicación no violenta:

- 1) El primer componente incluye la separación entre la observación y la evaluación. Es un sistema de lenguaje que rechaza las generalizaciones estáticas. Las observaciones tienen que ser específicas del momento y en el contexto.
- 2) El segundo componente, es el de la expresión de los sentimientos, con lo que se permite describir las emociones, evitando las valoraciones o interpretaciones de los mismos.
- 3) El tercer componente de la comunicación no violenta, es el reconocimiento de las necesidades que hay detrás de los sentimientos, siempre considerando que lo que digan y hagan los demás puede ser el estímulo, pero nunca la causa, de nuestros sentimientos.
- 4) El cuarto componente de la comunicación no violenta se centra en lo que se pide a los demás para enriquecer la propia vida, evitando las frases vagas, abstractas o ambiguas y emplear un lenguaje de acción positiva para hacer saber a los demás qué queremos de ellos, en lugar de centrarse en lo que no se quiere. De la misma manera, hay que averiguar si lo que se dijo fue entendido correctamente.

Para el Dr. Rosenberg (1999), incorporar a nuestro sistema de comunicación los cuatro componentes de la comunicación no violenta, sustituye a formas de comunicación que llevan a hablar y conducirse de tal modo que hiere a uno mismo y a los demás, pues en ellas se comunican los deseos en forma de exigencias, se emiten juicios moralistas que presuponen error o maldad en todo aquel que no actúa de acuerdo con el propio sistema de valores. En éstas se usan comparaciones que bloquean la compasión y nos evitan acatar la propia responsabilidad con respecto a lo que se piensa, se siente o se hace.

El taller se aplicó tres días en una misma semana; pudimos ver resultados inmediatos, aunque no se realizó un seguimiento de los resultados a mediano o a largo plazo. Las participantes comentaron que las habilidades adquiridas al asistir a este taller habían sido aplicables y efectivas en su entorno más inmediato, es decir con sus parejas e hijos. Algunas de ellas comentaban que habían sido capaces de hacer peticiones a sus parejas, que no habían hecho nunca antes y que habían sido capaces de escuchar y hacerse escuchar por sus hijos; comentaron que sentían que la aplicación del estilo de comunicación no violenta les había hecho promover un ambiente más tranquilo en casa y que habían podido comprender de manera diferente las cosas que los otros les decían.

TALLER DE ELECCIÓN DE PAREJA

Durante el tercer semestre realicé el taller denominado "Elección de pareja", dirigido a estudiantes de preparatoria, impartido en la "Preparatoria Particular de Cuautitlán", del 25 al 29 de noviembre de 2002. Fue solicitado por el coordinador de orientación educativa, el director del plantel y padres de familia, por la detección en el último año de parejas de estudiantes que derivaron en embarazos no deseados, la mayoría habían determinado no casarse y las mujeres que decidieron ser madres solteras, en su mayoría habían abandonado la escuela.

El propósito de éste, cumplió con las especificaciones de la prevención primaria, pretendiendo presentar una alternativa a los participantes, que les proporcionó información pertinente y actualizada sobre la elección de pareja, de manera que les permitiera visualizar los factores que se implican en una relación que se inicia, para propiciar en ellos una elección de pareja mas consciente. Estaba dirigido a jóvenes estudiantes de segundo año cuya edad fluctuaba entre los 15 y 18 años. Se llevó a cabo en cuatro sesiones de aproximadamente dos horas cada una, en el auditorio de la escuela.

El programa fue el siguiente:

Primera sesión: Presentación y concepto de la pareja humana

Segunda sesión: La elección de pareja

Tercera sesión: ¿Quién soy y a quién me parezco?

Cuarta sesión: Consecuencias de una inadecuada elección de pareja.

Quinta sesión: Cierre

En seguida presentaré el marco teórico en el que me basé para desarrollar dicho programa:

Dada la característica fundamental del ser humano de vivir en sociedad para cumplir sus necesidades más fundamentales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria, desde su nacimiento hasta su muerte (Rivera, 1993). El "estado naciente de un movimiento colectivo de dos" según Alberoni (1996), es el enamoramiento, con el que nace una fuerza que tiende a la fusión y hace a cada uno de nosotros insustituibles, único para el otro. En el enamoramiento, para Sakruka (1998) se da la conexión entre la realidad o mejor dicho nuestra visión de la realidad y ese ideal de hombre o mujer que todos tenemos dentro y que se ha ido formando día a día.

El amor, puede ser un elemento importante en la formación de una pareja, según Blood (1980) puede definirse como un "fuerte lazo emocional entre personas", cuya intensidad no puede definirse con exactitud. Es una mezcla de varios elementos como atracción sexual, compañerismo, atención del uno para el otro y confirmación como persona diferente a la otra. Sager (1980), menciona

que al principio los enamorados procuran mostrar su mejor aspecto, llevan puesta las máscaras que tarde o temprano se caen por la sola fatiga de llevarlas y es cuando se puede empezar a hablar de amor y de la noción de que el enamoramiento es insuficiente.

Una de las posibles consecuencias del enamoramiento es el matrimonio, definido como la unión entre dos personas que combinan interdependencia sexual y económica y que integran una nueva unidad social, "un sistema marital" que no es la simple suma de dos personalidades con sus respectivas necesidades y esperanzas, sino una entidad nueva y cualitativamente distinta. Al unirse en matrimonio, los esposos que traen consigo sus respectivos contratos individuales, crean un nuevo sistema dotado de contrato propio, el cual puede contener en buena medida características procedentes de aquellos o ser bastante distinto de lo que uno y otro cónyuge habían negociado (Sager, 1980).

Existen diferentes funciones dentro de la formación de una pareja Tordjman (1989) refiere cuatro: 1) la función biológica o procreación, 2) la función social de ser la célula del contexto socioeconómico y cultural, 3) la función psicoterapéutica por el apoyo mutuo y constante de los cónyuges y 4) la función de maduración en donde la conformación de una pareja debería trascender al egocentrismo.

La pareja requiere de momentos de ajuste que son, difíciles de llevar a cabo y es en los primeros años de matrimonio cuando se determina si este puede continuar o si llega el fracaso (Sandoval, 1997).

La aceptación que tuvo este taller en la preparatoria fue alta; los participantes se involucraron de manera muy activa durante todo el tiempo y lo calificaron como "muy valioso", "de mucha ayuda", "muy claro" y que les "había dejado muchas cosas que no habían considerado antes". El taller fue impartido a 18 participantes. En el seguimiento que se realizó con el orientador vocacional de la preparatoria, indicó que dentro de la población a la que se le había impartido el taller, de los 18 jóvenes, 14 habían concluido la preparatoria, aunque 3 habían terminado y adeudado materias, pero de todos ellos, ninguno se había casado o había reportado un embarazo.

TALLER DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL

A petición de un padre de familia, durante el cuarto semestre aplicamos el taller llamado "prevención del abuso sexual", dirigido a padres de niños preescolares del sistema DIF. Éste fue desarrollado como respuesta a la petición de un padre de familia que era trabajador de la Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, quien mencionaba la sospecha de que un empleado hubiera abusado sexualmente de varios niños. La directora del plantel comentó que ya habían investigado, pero que la posibilidad era muy baja; de cualquier manera, lo consideró útil, por lo que fue impartido en dos partes, una para los niños y otra para los padres.

Uno de los objetivos primordiales, fue proporcionar a los padres de familia de los alumnos de pre-primaria, los elementos necesarios para poder identificar los cambios comportamentales de sus hijos, en el caso de haber sido abusados sexualmente.

Durante la primera parte, se les proyectó a padres e hijos la película "El árbol de Chicoca", (video, en el cual se basó el taller) que presenta situaciones de aparente abuso sexual de un adulto hacia niños y de las sugerencias de manejo que existen para los padres, para los hermanos y para los niños abusados. Posteriormente se trabajó por separado con padres y niños.

Se formaron equipos, el de los padres que escuchan, el de los adultos que ayudan, el de los abusadores y el de los niños; se les pidió que se pusieran en la situación de cada uno de ellos y que hicieran una lista de aquellas cosas que cada uno de ellos haría estando frente a una situación de abuso. Al final se compartieron las listas y las conclusiones a las que habían llegado, así como las alertas que debían tener. Posteriormente se les comunicaron aquellos cambios que los niños podrían presentar en caso de abuso sexual y las sugerencias de afrontamiento ante ellas.

La aceptación del taller fue muy alta, tanto que se incluyeron padres de familia que no eran parte del grupo para el que originalmente fue dirigido. Ningún padre detectó conductas en los niños que indicaran abuso sexual en la escuela, aunque algunas madres se acercaron para comentar conductas que parecían dar alarma en casa. Algunas de ellas solicitaron los teléfonos para contactar con la clínica de Terapia Familiar en la FES-Iztacala, aunque no se realizó seguimiento para determinar si había habido solicitud de servicio.

3.3.3 REPORTE DE LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO EN FOROS ACADÉMICOS

El campo profesional en el que he estado principalmente inmersa, es el de la Reproducción Humana; mi trabajo consiste primordialmente en la orientación psicológica y de los aspectos médicos a parejas que se encuentran cursando por algún procedimiento de reproducción asistida, tales como inseminación artificial o fertilización in Vitro, así como el seguimiento posterior de los mismos. Una de las labores más importantes, es la de difusión y orientación al público en general; el objetivo de la misma es el sensibilizar a personal médico, parejas o personas infértiles, así como a familiares y amigos de los mismos, respecto a aquellos aspectos emocionales por los que cursan las parejas durante su diagnóstico, su tratamiento y en el momento de recibir resultados positivos o negativos después de cualquier procedimiento. El sensibilizar a aquéllos que se encuentran relacionados con el tratamiento de la pareja infértil o quienes se encuentran en constante relación por lazos familiares o amistosos con la misma, disminuye aquellos factores que inciden en el estrés y ansiedad, de un evento de vida tan inesperado ya de por sí estresante como lo es el no poder concebir un hijo.

Respondiendo a este objetivo, durante el primer Simposium de la pareja infértil del grupo IGMER de Celaya, Guanajuato, el día 2 de Marzo de 2002, presenté la ponencia "Manejo de la ansiedad de la pareja infértil" en la Ciudad de Querétaro, dirigido a público en general; entre los asistentes se encontraban médicos, parejas infértiles con sus testimonios de tratamientos exitosos, parejas infértiles que se encontraban cursando por algún procedimiento de reproducción asistida.

Esta plática incluyó aspectos tales como las expectativas de las familias de origen, motivación de la pareja para convertirse en padres, aspectos médicos y físicos de la pareja que se encuentra en tratamiento de la infertilidad, así como recomendaciones generales para el manejo de la ansiedad producida por todos estos aspectos.

Durante el XXIII Coloquio de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, presenté de manera conjunta con Clara Edith Martínez Juárez, compañera de la primera generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, el cartel titulado "Idealización de la pareja en individuos solteros y casados", que resume la investigación cuantitativa y cualitativa realizada durante el primero y segundo semestres, que lleva el mismo nombre, cuyo resumen se presentó en el apartado 3.2.1. Reporte de la investigación realizada.

3.4 DISCUSIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERJAN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

En este apartado se describirán aquellas consideraciones de tipo ético, con relación a situaciones vividas durante la formación como terapeutas familiares de la primera generación de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la FES-Iztacala, que fueron analizadas con las supervisoras y los terapeutas en formación de la primera generación, de manera que puedan ser consideradas tanto por generaciones posteriores, como por terapeutas en formación de cualquier institución, por supervisores que tengan a su cargo terapeutas en formación, o por cualquier terapeuta que ejerza de manera individual y cuya disponibilidad de supervisión no sea inmediata.

Considero esta reflexión muy importante, pues como terapeutas es nuestra responsabilidad cuidar el no ignorar o dar por hecho nada que pueda amenazar a las personas que nos consultan, a pesar de que esto no concuerde con sus expectativas o fantasías respecto a lo que deberíamos hacer por ellos y siempre de una manera respetuosa. Es también muy importante reflexionar respecto a la experiencia de la supervisión, que es la vivencia más importante de la formación como terapeutas familiares, pues toca de igual forma todos los aspectos humanos involucrados en una relación y alerta de las posibilidades que se tendrán que vivir sin la red protectora del equipo de supervisión, de manera que como parte de las habilidades adquiridas, se puedan contemplar a posteriori aquellas situaciones que pudieran poner en riesgo tanto la persona del terapeuta, como a los consultantes, amenazando o faltando el respeto a sus costumbres y valores. En seguida se presentarán las consideraciones éticas obtenidas de las diferentes situaciones experimentadas durante la formación.

En la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, una compañera de equipo fue terapeuta de una familia donde se planteó el problema de asumir una postura de neutralidad ante la demanda de una persona que insistía en aliarse con la terapeuta respecto al secreto de asistir a terapia; esto propició una discusión de cómo mantener una alianza terapéutica con ambos miembros de la pareja sin aceptar el secreto, que además implicaba una triangulación de los hijos. La consideración ética que de esto derivamos, es la importancia de no acceder a ver parcialmente a la familia si esto es un secreto sobretodo para uno de los padres ya que dicha situación coloca al terapeuta en una alianza que lo ubica en una situación de desventaja y le resta autoridad y capacidad de maniobra. Además esto podría traer conflictos, sobre todo de lealtades, a alguno de los miembros de la familia atrapados en este secreto, tal como fue el caso del pequeño hijo de esta familia, que estaba atrapado entre las lealtades a su padre y a su madre, que incluso lo llevó a pedir que no se filmaran sus sesiones.

Se atendió también a una familia, en la que un familiar abuso sexualmente de una de las hijas, lo que era un secreto para el padre; a pesar de los intentos de la terapeuta por traer el secreto al consultorio en presencia del padre, la familia no accedió a abrirlo. Se habló únicamente con la madre respecto a los riesgos de

seguir guardando un secreto, de la manera en que ponía en peligro a su hija y a otras posibles víctimas y de la protección que se le da al abusador con el silencio y no a la víctima. La consideración que se dio aquí, fue la decisión de si el terapeuta debe acceder o no a guardar un secreto como éste, en el que un menor se pone en riesgo de abuso sexual y por las implicaciones que existen en la relación familiar y en la capacidad de maniobra de la terapeuta, pues en este caso, el padre comentaba que él sabía que se le "ocultaba algo", también decía sentirse alejado de sus hijos. Los esfuerzos terapéuticos para modificar las relaciones familiares y las tareas que se dejaban, no parecían tener impacto en la familia, en donde por el contrario, el padre se notaba más molesto, sensible emocionalmente y alejado. Después de la sesión en la que se habló con la señora respecto al dilema, dejaron de asistir, y no hubo información sobre ello hasta el momento en el que el que terminamos la formación. Es difícil lograr una estrategia a seguir que pueda generalizarse a todos los casos en los que un secreto está involucrado, sin embargo, es fundamental no aliarse con nadie de la familia al acceder a guardar secreto alguno como condición para comenzar un proceso terapéutico, sobretodo si es de la gravedad de un abuso sexual.

Ocurrió durante el tercer semestre, que uno de los miembros del equipo conocía a una de las consultantes que acudieron por atención clínica, aunque su relación no era muy cercana. Se discutió la mejor manera de manejar la situación sin que se despertaran suspicacias; las opciones eran las siguientes: canalizarla a otra de las sedes en las que se trabajaba, cambiar el horario de consulta, trabajar en otra modalidad de supervisión, hablar con la paciente y que fuera ella misma la que decidiera si estaría sin dificultad en el espacio que le correspondía, comprometiéndose a que no buscaría a su conocida en otro espacio; sin embargo esta opción no se consideró la más viable, pues se temía que se detuviera en algunas declaraciones por temor a que fueran conocidas por la gente común a ellas. Después de analizarlo se consideró que la mejor opción sería hacer salir a la terapeuta que conocía a la paciente, durante las sesiones de esta mujer y comunicarle a esta última que había una persona en el equipo que la conocía y que se había decidido que no participaría durante sus sesiones, además de que nadie del equipo podría hablar con ella respecto a su caso. Cuando se le comunicó a la paciente, dijo que ella había visto a la persona que conocía y que había tenido temor de comentar algunas cosas, pero que pensaba que teníamos la suficiente ética como para no hacerlo. Al saber que no estaba la terapeuta conocida, se abrieron secretos que no se habían comunicado antes. Es importante hablar con los consultantes respecto a las personas del equipo terapéutico que les conozcan y no incluirlas en el sistema terapéutico total a fin de evitar que pudieran no abrirse o abrir secretos importantes para el proceso terapéutico. Creo fundamental que a pesar de que los insultantes manifestaran no estar en desacuerdo con la presencia del terapeuta conocido, no debe incluirse en el sistema terapéutico, para evitar entorpecer el curso de la terapia.

La perspectiva en la que el terapeuta se percibe dentro de una relación, sea cual sea ésta, determina de qué manera se relaciona con los otros; el relacionarse de manera cercana y constante con otros involucra los sentimientos, expectativas, miedos, fantasías y todos los aspectos humanos. La jerarquía, o calificada negativamente como autoritarismo, puede resultar amenazador y persecutorio para los supervisados; no siempre es fácil escuchar los propios

errores o escuchar sugerencias, esto podría hacer sentir ignorado o devaluado al terapeuta en formación, si se coloca desde una perspectiva vertical en la que las voces del equipo no están tomándolo en cuenta, sin embargo, si uno se asume como parte del sistema terapéutico total, sabrá que cualquier intervención, a pesar de que aparentemente "descalificara" su postura como terapeuta, es una intervención programada que cubre un objetivo terapéutico que el equipo plantea. Esta situación se vivió durante la iluminación de una intervención de una compañera terapeuta, por parte de la supervisora; la compañera se sintió descalificada, sin embargo, al final de la sesión se aclaró la intención de la intervención y cada miembro del equipo habló de sus experiencias, lo que además ayudó con la dinámica posterior de las sesiones.

En lo particular y, a pesar de que no sentía que las terapeutas hicieran intervenciones, ni para descalificar ni para molestarme a mi o a ninguno de los miembros del equipo, esta situación me hizo comprender que las cosas desde la postura de terapeuta se perciben de manera muy diferente en comparación a la postura en la que el terapeuta se encuentra siendo parte del equipo de supervisión y creo que es importante saber que las intervenciones de las supervisoras difícilmente podrán estar dirigidas a descalificar o agredir al terapeuta. Sin embargo me parece que el hecho de que la terapeuta estuviera lo suficientemente convencida de estar llevando bien su sesión y expresarlo, así como tener el valor de decir que se sentía descalificada, fue una postura muy valiente, que es difícil de tomar, a pesar de colocarse en la misma postura que estaba criticando. Esta experiencia, a pesar de ser muy incómoda, pues no pude evitar ponerme del lado de una de las dos, me enseñó que es importante hacer que tanto el equipo como las supervisoras escucharan mi voz y comunicar mis molestias, siempre y cuando se busque el mejor momento para hacerlo, sin que los sentimientos sean los que hablen por uno.

Trabajé con una mujer con la que compartía algunos de los temores que tengo en relación a mi vida personal y en el momento de tener que dar de alta a esta consultante, sentía que aún no había terminado con el trabajo que tenía que hacer. Realicé trabajo personal, que me dio a conocer cuáles eran las cosas que sentía que aún no estaban resueltas, con lo que comprendí que eran dos de mis temores más importantes. Esto que pasó, me da la idea de la necesidad tan importante que hay de analizar previo a la supervisión y durante la misma, algunos de los aspectos de la persona del terapeuta, que pudieran influir este proceso. Considero además como una habilidad terapéutica importante, el poder saber en que momento dar de alta a los consultantes, pues podría ser una de las dificultades que el terapeuta podría enfrentar. Sin embargo, podría ser una habilidad más, el poder manifestar la propia opinión al equipo de supervisión, a pesar de que este sea opuesto, pues dentro del contexto de la terapia, cualquier punto de vista o ideas de tratamiento podrían ser analizadas y candidatas a tomarse en cuenta. En mi caso, no expuse mi idea y esa algo que aún ahora pienso, podría haber sido muy importante para la consultante.

El paso por las diferentes etapas del ciclo vital de la propia familia del terapeuta, podría establecer puntos ciegos respecto a las problemáticas que la familia está viviendo, o podría influir en la adecuada elección de las técnicas a usar o de los procedimientos a seguir; el adecuado análisis de las situaciones de

crisis que el terapeuta está viviendo deberá dar al equipo una clara idea de cuáles son aquellos aspectos a observar para cuidar de manera cercana tanto a la familia como a la persona del terapeuta. Durante la práctica del cuarto semestre, una de las terapeutas se encontraba pasando por una situación semejante a la de la familia que estaba atendiendo y le costaba trabajo darla de alta; se concluyó que debía darse ya de alta y que al hacerlo, el equipo debía cuidar la persona del terapeuta a la vez que debía asegurarse que efectivamente se diera de alta. Al vivir esta experiencia, estoy convencida de que podría ser muy importante que dentro del trabajo de formación como terapeutas, se realizara trabajo de soporte terapéutico en equipo, pudiendo ser básico que se tomara más tiempo en la persona del terapeuta.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

La Universidad Nacional Autónoma de México, tiene el compromiso de formar profesionales altamente capacitados y comprometidos con la solución de los diferentes problemas que aquejan a la sociedad mexicana. Los momentos de transición, crisis socio-política y creciente crisis económica que estamos viviendo en México, hacen más propensas a las personas a vivir situaciones de estrés, que derivan en agresión, violencia, adicciones, situación de calle, depresión, suicidio, entre otras. Los egresados de la Maestría en Psicología, respondemos a este compromiso social adquirido por la UNAM, al formarnos como especialistas en el área de la salud mental y al estar capacitados para intervenir en la solución y prevención de dicha problemática humana.

Durante los dos años que comprende la Residencia en Terapia Familiar, en el programa de Maestría y Doctorado de la UNAM, las habilidades y competencias adquiridas corresponden principalmente al campo de las ciencias sociales y de la salud y hacen al egresado capaz de intervenir clínicamente como terapeuta familiar. Dicho programa conforma las habilidades y conocimientos teóricos y clínico-metodológicos necesarios para desarrollarse en el área de la Terapia Familiar, como docente a nivel medio superior, superior y posgrado; en este programa, al contemplar materias de tronco común relacionadas con la investigación cualitativa y cuantitativa, se promueven las habilidades necesarias para insertar al egresado en el ámbito de la investigación; finalmente, abarca aquellos conocimientos necesarios para la intervención comunitaria, para los niveles de atención primaria y secundaria. (Fuente: www.posgrado.unam.mx)

Tal como Haley en las palabras preliminares al libro de Cloe Madanes, (pg 2, 1993) nos dice: "en nuestros días, se espera que los terapeutas resuelvan los problemas de la gran diversidad de personas que acuden a verlos. La expectativa es que el clínico tratará a niños, adolescentes y adultos y manejará además problemas familiares, conflictos conyugales y formas diversas de comportamiento sintomático. Personas que abusan sexualmente o físicamente de otros, que abusan de las drogas o el alcohol, que han delinquido, personas con psicosis, han pasado a formar parte de la jornada diaria de cualquier terapeuta. Lo importante es entonces, no sólo especializarse en un determinado departamento, sino aprender una visión de la organización familiar, toda la gama de técnicas terapéuticas y el enfoque teórico, que permitirán abordar una variedad tan grande de problemas". En nuestro país, esta idea es además aplicable, debido a la gran demanda que hay de atención especializada.

La residencia es una modalidad peculiar del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, que promueve el desarrollo de competencias profesionales en el contexto de la práctica clínica supervisada, de manera que, las habilidades formadas permiten al egresado participar en equipos terapéuticos en instituciones públicas o privadas. De la misma manera las habilidades desarrolladas nos permiten intervenir también en el diagnóstico multidisciplinario

de problemas comunitarios y en el desarrollo de programas de intervención para los resultados de los mismos. Todo esto bajo un enfoque sistémico y socioconstruccionista enfocado a la reformulación de historias y significados alternativos a la problemática psicosocial.

De acuerdo al programa general de maestría, las materias de tronco común que coinciden en todas las residencias, permiten al estudiante adquirir habilidades de investigación cuantitativa y cualitativa. Durante la formación de la primera generación de la que formé parte, se enfatizó en la investigación cuantitativa, por medio de la cual se realizaron investigaciones de temas relacionados con la familia, tales como violencia, infidelidad, relaciones familiares de los adultos mayores e idealización de la pareja. Estas investigaciones fueron presentadas en foros científicos para su divulgación.

4.2 INCIDENCIAS EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

La familia puede ser considerada como una célula social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con los organismos semejantes; es la sustancia viva que conecta a la persona con el mundo y favorece la evolución de sus miembros. Debe ser tratada, como un organismo vivo, con memoria (Estrada, 1997). El momento histórico y el entorno social en el que la familia está inmersa, repercuten directamente sobre ella y las cosas que suceden dentro de la familia, así como la formación de sus miembros, también repercutirá en menor o mayor escala en lo que sucede en la sociedad de la que forma parte.

Tal como Lemaire, (1986) nos dice, "en una primera época tuvimos la esperanza utópica, de que la clínica pudiera dar respuesta a estas vastas preguntas humanas, donde los procesos intrapsíquicos, de grupo, sociales, económicos, políticos, se entrecitaron a niveles inconscientes y de los que dependen tantas respuestas conscientes en los planos filosófico, espiritual y político. Pero ¿qué la clínica psicológica no depende también del entorno social, económico y cultural y no existe fuera de ellos? ¿Cómo podría entonces aportar respuesta a tan vastas preguntas, ligadas precisamente a la sociedad y su organización? La terapéutica depende del contexto sociocultural... la evolución sociocultural impone sin cesar adaptaciones nuevas y también invenciones metodológicas, así como produce cambios en su presentación sintomatológica... la evolución histórica aportará quizá, algún día, las respuestas a muchas de las preguntas que hoy, modestamente nos planteamos". (pag. 15)

La familia, padece de los mismos males que su entorno padece. En nuestro país, problemas sociales como el creciente desempleo, las adicciones, la desnutrición y todo lo que de ella deriva (bajo rendimiento escolar, por ejemplo), la falta de servicios adecuados y accesibles, las enfermedades de transmisión sexual que gracias a la desinformación se adquieren y la creciente violencia intrafamiliar, en mucho se relacionan con todo lo anterior. Es necesario un mayor número de profesionales de la salud mental especializados en la atención psicológica, que favorezcan que la atención psicológica de la familia, que sea más accesible para una mayor cantidad de personas ya sea de manera directa en la atención clínica, o por medio de la intervención comunitaria que incida en ellas como parte de un grupo más amplio.

En las dos entidades académicas que la UNAM tiene para la Residencia de Terapia Familiar, a nivel maestría, se otorga el servicio de Terapia Familiar. En ambas entidades académicas, se trabaja con equipos terapéuticos, conjuntando a un equipo de terapeutas, egresados de la Carrera de Psicología, con experiencia en diferentes áreas, que atienden a una familia o consultante, todo bajo la dirección de supervisoras, cuya experiencia y formación, las convierte en terapeutas altamente especializadas y con una gran experiencia tanto en la atención clínica, como en la supervisión y en la docencia, por lo que la atención que brindan es de la más alta calidad y especialización en México.

Debido a que el programa en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tiene dos sedes externas, la Clínica Familiar de Tlalnepantla del ISSSTE y el CCH Azcapotzalco, así como un escenario clínico en la misma facultad, los problemas tratados corresponden y varían, de acuerdo al tipo de población de los escenarios y de la población que acude a solicitar ayuda. Por ello, los motivos de consulta de las familias que son atendidas, varían desde el bajo rendimiento escolar, la depresión, la falta de comunicación en familia o en pareja, las crisis de transición del ciclo vital de la familia y pareja, así como la violencia intrafamiliar y el abuso sexual.

Mejorar la calidad de vida de las personas, es una de las metas de las disciplinas que tienen que ver con la salud del ser humano; la Psicología no es la excepción y propiciar la calidad de vida de las personas en lo tocante a su salud mental, tomando en cuenta su integridad sociocultural, es de primordial importancia. La calidad de vida en este sentido, no tiene que ver con eliminar los "problemas" de la vida de las familias; más bien, tiene que ver con favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento y recursos para la adaptación y el cambio, de manera que la problemática que se presente, pueda ser resuelta en el momento y, así mismo, que en momentos posteriores en los que problemas semejantes se presenten, las herramientas relacionales que adoptaron para tal fin, puedan ser utilizadas nuevamente para poder enfrentarlas, de manera que las relaciones familiares sean lo suficientemente flexibles, para poder establecer nuevas reglas de comportamiento y de relación, en los momentos en las que las vigentes no sean funcionales.

En la mayoría de las familias que acuden al servicio de terapia familiar, las diferentes generaciones que las conforman, se quejan de la incomprensión de las otras y esta incomprensión, es una constante en las relaciones intergeneracionales de todos los ámbitos sociales, tales como el escolar; de esta manera, al propiciar la comprensión y comunicación entre las diferentes generaciones que conforman a una familia, las posibilidades de que sus miembros se comuniquen con otras personas pertenecientes a diferentes generaciones, abrirá las posibilidades no sólo de la mejora de las relaciones dentro de la familia, sino en ámbitos de relación más amplios ya que el entorno familiar es el que permite en primera instancia modificar la manera de relacionarse en ámbitos más amplios.

Las familias, en tanto sistemas, pasan por etapas de ciclo vital; las fases por las que transitan, van desde su inicio con la formación de una pareja, la llegada de los hijos y concluyen con su muerte. Las transiciones del ciclo vital de la familia, pueden producir crisis que en muchas ocasiones no pueden ser resueltas de manera adecuada sólo por sus miembros, con lo que las relaciones se tornan difíciles y tensas. Una crisis, es un estado de las cosas, en el que es inminente un cambio, decisivo, en un sentido u otro, es un punto de viraje en el que las cosas mejoran o empeoran y es un proceso fundamental para la comprensión del cambio, que puede ser apoyado por una terapia. Pittman (1998), nos dice que una crisis se produce, cuando una tensión afecta un sistema y requiere un cambio que se aparte del repertorio usual del mismo; cuando esto sucede, los límites se flexibilizan y permiten la entrada en el sistema, de un terapeuta o cualquier persona que influya sobre el modo en que éste opera. En el caso de las crisis

causadas por las transiciones del ciclo vital de la familia, el cambio propiciado por las intervenciones terapéuticas puede ser muy frágil, si no se interviene en el sistema familiar, para que ésta pueda adaptarse a él.

Las consecuencias que una crisis de transición del ciclo vital puede tener son muchas, pues están presentes en diversos momentos de la vida de una familia y pueden manifestarse en uno o más miembros de la esta. Pueden causar cambios permanentes en el estatus y función de los miembros de la familia y no sólo ser temporales; pueden surgir a raíz de factores sociales o biológicos, además de la estructura familiar por sí misma. Estas crisis de transición abarcan el matrimonio, que involucra a las familias de origen y a la nueva familia que habitan un mismo espacio; el nacimiento de los hijos, por los cambios estructurales que esto implica, el comienzo de la edad escolar de los mismos, la pubertad, la independencia, el envejecimiento, la jubilación, la decadencia y muerte de los padres. Las consecuencias pueden ser tan sutiles y graduales o abruptas y dramáticas que cualquier crisis y pueden manifestarse como problemas diversos, por ejemplo: embarazos adolescentes, el uso y adicción a las drogas, las deficiencias escolares, infidelidades, divorcio, crisis de mediana edad, desempleo, cárcel, situación de calle, entre otras.

Todas las familias, en cualquier estadio de desarrollo, experimentan inevitablemente crisis; la familia debe adaptarse a la cambiante capacidad funcional o al estado emocional de la persona que entra en la nueva etapa de desarrollo. Algunos problemas comienzan cuando una parte de la familia trata de impedir el cambio, en lugar de redefinir y adaptarse a ella, o bien si alguien de la familia desea que los cambios propios de su desarrollo sean más pronunciados o más rápidos.

La importancia de contar con atención terapéutica para resolver estas crisis de transición, no sólo son benéficas para la familia a lo interno. Podemos considerar por ejemplo, el caso de los trabajadores y profesores del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco, que acudieron por ayuda terapéutica al programa de Residencia en Terapia Familiar. Los consultantes reportaron en sus evaluaciones al servicio, que el haber recibido ayuda terapéutica, les había permitido no sólo resolver aquellas quejas con las que se presentaron como motivo de consulta, sino que en general había cambiado su desempeño laboral ya que el disminuir la preocupación por las situaciones que sucedían en casa, les había permitido desarrollarse de manera más eficiente en el trabajo; los profesores reportaron mayor paciencia y mejora en las relaciones con sus alumnos, así como mejor desempeño académico de sus alumnos.

Los estudiantes que acudieron a terapia por bajo rendimiento escolar, reportaron mejoría en su desempeño y por ello cambios positivos en sus calificaciones, por lo que se puede considerar que el manejar de manera adecuada las crisis familiares, propició mejor concentración y mayor dedicación a sus labores escolares. La labor terapéutica posee una gran importancia en nuestro país ya que atendiendo la problemática a un nivel familiar se propicia que se vean reflejados los cambios en el campo psicosocial.

El formar nuevos terapeutas, recae no sólo en las personas que en este momento están a la cabeza del Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar; es importante que los terapeutas que han sido y están siendo formados, den continuidad a esta labor.

En nuestra sociedad, el acudir a solicitar ayuda para resolver situaciones tan delicadas y particulares como las ocurridas en el seno familiar, no es muy común, sin embargo, cada vez es más aceptado y es mayor el número de personas que se acerca a solicitar ayuda en instituciones de salud públicas y privadas. El brindar atención de calidad, como la que se ofrece en la UNAM, garantiza que cada vez más personas estén interesadas en solicitarla. Sin embargo, hasta el momento, el número de terapeutas egresados de programas altamente especializados como éste, es aun bajo, es entonces labor de sociedad y gobierno, garantizar que una mayor cantidad de personas pueda cursar estudios de especialización como los brindados en el programa de Maestría y Doctorado de la UNAM, en el área de Terapia Familiar.

4.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

Trabajar como terapeuta, en lo personal, siempre ha sido una experiencia emocionante y que conlleva los retos que lo inesperado da; el tener a una familia o persona que se pone en tus manos y pide ayuda, es de por sí una labor que exige de poner todos tus sentidos y compromiso profesional. Por otro lado el ser observado, influye de alguna manera en el comportamiento, sea cual éste sea; el ser observado en la propia labor profesional, resulta tan estresante o más, que el ser observado en cualquier otro ámbito. Durante la formación, el sentirme observada y por ende evaluada e incluso -desde mi punto de vista- criticada, fue tal vez la experiencia más estresante que viví durante la formación en la Maestría, aunque sin duda, la más enriquecedora, pues el sentirme observada por otros, me dio la oportunidad de observar mi propio ser terapeuta y evaluar las necesidades que el convertirme en una terapeuta sistémica planteaba y que por supuesto me seguirá requiriendo en mi constante formación.

El primer contacto que tuvimos para observar la Cibernética de segundo orden durante la formación en la Maestría, consistió en convertirnos en sistema observante del trabajo como terapeuta de una de nuestras supervisoras, con lo que desde mi punto de vista fue el contacto más sencillo, pues no me involucró el actuar en el sistema terapéutico, sino un incipiente sistema terapéutico total solamente como observador; no obstante fue sencillo, tal vez fue uno de los más impactantes, pues permitió comprender lo que Desatnik, Franklin y Rubli (1999) dicen, es uno de los requisitos básicos del proceso de supervisión, aplicar la creatividad y tener un conocimiento de los fundamentos teóricos que sustentan las técnicas.

En contactos posteriores, el enfrentarme al estilo particular de cada supervisora, me permitió comprender que, después del conocimiento de las bases y las técnicas, la personalidad de cada una de las supervisoras, su experiencia y de la misma manera, la experiencia y personalidad de cada uno de los miembros de los diferentes sistemas terapéuticos totales, determinaban de manera muy distinta el curso de las sesiones, que resultaban así, no sólo por la obviedad de las circunstancias familiares que se presentaban, sino por las experiencias que conectaban de manera particular en cada caso a cada terapeuta en formación y hacía que las relaciones a lo interno del equipo terapéutico total fueran tan variadas como el número de sesiones que se vivieron. Esto concuerda con lo que Desatnik, Franklin y Rubli, (1999), Schluter (1999) y Xochihua, (1999) mencionan, respecto a la importancia de la personalidad tanto del supervisor, como de cada uno de los miembros del sistema observante.

Cuando comencé la formación pensé que nunca me sentiría cómoda con la idea de hacer terapia siendo observada en vivo, tal vez temiendo más que ser formada, ser criticada; sin embargo, con el paso de la formación, la experiencia me hizo pensar que cuando hubiera terminado la Maestría, el hecho de no contar con el equipo me haría sentir insegura y sola en mi trabajo; esto se relaciona a que durante la supervisión con las diferentes supervisoras, más que criticada, me sentí acompañada en mi labor, alentada y con ello a sentirme segura con lo que había aprendido para poder intervenir. Sabía que aunque mi calidad en el sistema

terapéutico total era la de "alumna", mi responsabilidad era la de terapeuta y sabía que si me equivocaba o la orientación de la sesión estaba saliendo de las líneas adecuadas, el sistema observante estaría para "rescatarme" y regresar al proceso terapéutico al enfoque sistémico. Esto concuerda con lo que Domínguez, (1999) menciona respecto a que en la formación de terapeutas en los últimos tiempos, se ha puesto énfasis en un incremento de los niveles de autonomía de los supervisados mientras a la vez se aumenta el proceso de acompañamiento del terapeuta en formación.

Escuchar "cometes errores" no es fácil para mí, pero aprecio considerablemente las consecuencias positivas de que un experto me lo haga ver y no sólo el experto, sino de quienes están en formación a la par, pues es muy diferente observar detrás del espejo o del sistema de terapeutas a ser el terapeuta titular. Como terapeuta en formación, aprecié mucho el que antes de haber comenzado el proceso, me hubiera sido advertido que se apreciarían e iluminarían los aciertos y errores, lo más importante fue, entonces, el aprendizaje que vino de poder apreciarme desde lo que los demás observaban de mí y de el impulso que vendría con ello. Domínguez (1999) nos dice a este respecto que es aconsejable que desde el primer momento, el supervisor le haga ver al supervisado que en el transcurso del trabajo cometerá errores, mismos que deberán ser trabajados, para poder utilizarlos en futuras interacciones.

REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Durante el tiempo previo a ingresar a la Maestría, mi práctica clínica era individual, es decir, mi trabajo aunque estaba inserto en un equipo multidisciplinario de tratamiento de la infertilidad y estaba en función a la intervención del equipo de médicos, nunca fue supervisado o discutido por ellos. Aunque mi orientación teórica pretendía ser sistémica, la formación que tenía en esta área y desde este marco conceptual, era simplemente teórica y se acoplaba a las peticiones de los médicos.

Al comenzar la residencia, me encontré con los mismos aspectos teóricos que había revisado, pero de manera profunda y relacionada con el trabajo clínico de las supervisoras. Me di cuenta que lo que yo consideraba como la aproximación sistémica, era apenas un asomo a ésta ya que mis horizontes se limitaban a lo que había leído de Minuchin y Fishman y a algunos aspectos de la comunicación humana. Así que el camino que tenía que recorrer apenas estaba comenzado.

El trabajo en la residencia fue muy novedoso para mí por el hecho de que los compañeros que también se encontraban en formación, tenían experiencia en muy diversas áreas. Todos éramos psicólogos, así que ésta fue una de las diferencias más notorias en relación con mi trabajo previo pues en algunos momentos mi ejercicio profesional era más médico que psicológico. Mi manera de percibirme como terapeuta, como psicóloga e incluso como persona, era muy diferente.

El trabajo en equipo, pero sobretodo, el supervisado, me pareció una de las experiencias más enriquecedoras de la formación pues el estar con al menos otra persona a mi lado durante las sesiones, me permitió conocer maneras de trabajar, que son completamente diferentes a las propias, por el simple hecho de ser personas diferentes, con experiencias profesionales y personales distintas. Lo que cada uno ve, comúnmente hace del trabajo terapéutico, un "collage" de posibilidades para ofrecer a la persona o familia que se encuentra frente a uno, esperando justamente eso, posibilidades.

En la Psicología Clínica, no sólo es importante el manejo teórico de las técnicas y modelos terapéuticos; lo que es más importante, es la experiencia que da el trabajo constante. El estar con supervisoras que poseen una gran experiencia en el trabajo clínico, me dio la posibilidad de saber que "debo escuchar todas las voces que escucho en mí, al estar frente a la familia y corroborar si lo que estoy pensando, es lo que los consultantes están viviendo". La supervisión me enseñó que comúnmente, al estar en terapia, tenía una línea de intervención, pero no siempre confiaba en que lo que pensaba estuviera bien y cuando me acercaba al equipo, las líneas de intervención eran muy semejantes a lo que estaba pensando, pero no había querido decir, por lo que decidí que, debía no sólo escuchar las voces en mí, sino también hacerles caso.

En estos dos años de formación viví a la supervisión "como una red protectora", pues la inexperiencia me hizo pesar que podía cometer errores al estar frente a la familia y que si esto sucedía, el equipo y el supervisor, estaría

ahí para "rescatarme" y así sucede en principio, pues al no confiar en que las líneas de intervención son las correctas, las intervenciones se vuelven "forzadas" y el equipo tiene que "rescatar" constantemente al terapeuta. Sin embargo, a pesar de que el equipo de supervisión estaba detrás del espejo para rescatarme, su labor nunca fue "discapacitante"; por el contrario me enseñó a confiar en que distintas líneas de intervención elegidas, pueden dar buenos resultados a la familia.

Esta experiencia me enseñó, que debía siempre expresar lo que en el momento sentía y pensaba respecto a la familia, de manera que se pudiera construir una línea de intervención que fuera cómoda y adecuada tanto para el equipo, como para mí como terapeuta y que se apegara a las técnicas que se estaban entrenando en ese momento y a la conceptualización de lo que estaba ocurriendo.

Algo que me parece importante resaltar en mi experiencia en la formación, es la poca cantidad de varones participantes en el programa; ésta es una constante que tiene que ver con que en general, el número de psicólogos varones es mucho menor al de las mujeres. Durante el segundo año, los dos varones que se formaron en mi generación, eran parte del equipo de supervisión del que yo no formaba parte, por lo que en mi equipo éramos 5 mujeres. El tener un equipo es ya una ventaja, sin embargo, creo que podría existir una tendencia a tener una visión de género sesgada hacia las ideas y experiencias de las mujeres al no haber una visión masculina en el equipo.

4.4 IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

La posibilidad de realizar un trabajo considerado como estrictamente científico, no es una tarea fácil para el psicólogo clínico, por lo que el aportar hallazgos en los que haya experimentado con variables para corroborar hipótesis, o comparado estadísticamente los limitados datos de que dispone en cada caso, además de las consideraciones éticas de compartir la información confidencial que el consultante pone en sus manos, pone el énfasis de la labor del terapeuta, en un trabajo individual, no por tener que ser aislado, sino porque se enfoca en el trabajo que el clínico debe hacer en sí mismo, al tener en cuenta las consideraciones sociales, económicas y culturales de una persona que acude a él por ayuda y que se encuentra inmerso en su mismo momento histórico, pero con diferentes condiciones de vida, con lo que debe poner en juego su capacidad de comprensión, que está determinada por su propia formación profesional-personal, que dará como resultado la intervención personalizada para cada familia o individuo. Es decir, que el trabajo que el terapeuta familiar haga en su constante preparación y crecimiento como tal, es el principal aporte que puede hacer a las familias y consultantes individuales que a él acudan.

La supervisión y el equipo, tienen una labor muy importante respecto a la problemática que puede llegar a tocar la persona del terapeuta; por ello es fundamental que supervisor y equipo terapéutico conozcan muy bien a cada terapeuta, que conozcan su historia, sus posibles puntos ciegos, sus lados fuertes, sus temores y todos aquellos aspectos de la vida personal, que pueden hacer que el terapeuta se "enganche" con la familia.

Una de los trabajos más importante que el terapeuta puede hacer con su persona, es el de la psicoterapia personal, pues el estar en contacto tan cercano con la problemática íntima y cercana del ser humano, que además es familiar, puede mover cosas en la propia persona del terapeuta, cabiendo la posibilidad de cegarlo para ver opciones. A pesar de no ser psicoterapia, la supervisión cubre esa importante labor en el caso de los equipos, ya que el conocimiento de los supervisados provee de esa protección que se necesita, tanto para que el terapeuta pueda cumplir su labor de manera adecuada, como para que no afecte otros ámbitos de su vida; sin embargo es relevante separar la función de supervisión y la terapéutica.

Cada uno de los miembros de la primera generación, con los que compartí mi formación, dio a conocer su familiograma, ante el grupo y las supervisoras, con el fin de que todos pudiéramos conocernos y protegernos o reorientarnos en las sesiones terapéuticas que compartíamos; dedicamos varias sesiones a esta tarea. Durante el primer año, estuvimos una gran parte del día juntos, de manera que incluso compartíamos la comida; en los semestres posteriores, los compañeros de equipo de supervisión, debíamos pasar juntos también una gran parte del día, con lo que se propició una gran cercanía e intensidad en las relaciones; en muchos sentidos, la relación fue tan cercana, que se crearon lazos afectivos muy fuertes. Pero al igual que en todas las relaciones humanas y sobre todo las más intensas, puede haber tensiones y dificultades, por lo que es importante resaltar que el

conocer de manera tan cercana a los compañeros hizo que todas las tensiones que se dieron en algunos momentos de la convivencia, se separaran de las cuestiones escolares y se evitaran mayores roces. Sin embargo creo que es importante que durante la formación de terapeutas, las relaciones sean muy cuidadas pues es imposible no tener tensiones. Es fundamental que alguien se ocupe de la resolución de las situaciones que crean un ambiente tal que puede llegar a ser insano para el trabajo, en donde la necesidad sea de terapeutas que estén "con los 5 sentidos" en su labor, sin la desconfianza de que el equipo pueda estar trabajando en sentido contrario a su propia dirección.

Por ello creo que en nuestra generación hubo necesidad y en las posteriores la habrá, de que alguien se encargue de mantener la unión y armonía de la relación, al menos en los equipos terapéuticos ya que al igual que cualquier equipo, cada una de las partes que lo conforman deben funcionar de manera adecuada para que el todo funcione bien, de lo contrario, el funcionamiento resultará inadecuado o averiado. Así que, en este caso, el mantenimiento y compostura de la maquinaria, debe ser hecho en las relaciones y en las personas de cada uno de los terapeutas, para que el resultado final de trabajo, sean terapeutas trabajando concentrados en su labor como tal y la atención a las personas que la soliciten, sea atención de calidad.

Cursar esta formación, tiene necesariamente repercusiones en la vida personal de quien lo hace ya que a pesar de no tener objetivos terapéuticos, el conocimiento que da de sí mismo, el poder elaborar y compartir el propio familiograma, da herramientas no sólo en lo profesional, sino también personalmente, ya que también me dio la posibilidad de acercarme a mi familia, a mi pareja y a aquellas personas con las que comparto lazos afectivos. La estabilidad emocional del terapeuta, es algo completamente deseable ya que si lo es para cualquier persona, para alguien a quien otros le depositan la posibilidad de ayudarles a conseguir la propia, resulta fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Alberoni, F. (1996). *Enamoramiento y Amor*. México: Ed. Paidós.
- Andersen, T. El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*. 1995. 8:1
- Andersen, T. (2002) Palabras preliminares. En G. Licea, F. I. Paquetin y H. Selicoff (comps.), *Voces y más voces: el Equipo Reflexivo en México*. México: Alinde, Instituto de Psicoterapia.
- Anderson, H. (1999) *Conversación, Lenguaje y Posibilidades. Un enfoque de posmoderno de la terapia*. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988) Los sistemas humanos como Sistemas lingüísticos. Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*. 2:6-7
- Anderson H. y Goolishian, H. (1995) El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En Mc Namee, S., Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Apuntes Curso -Taller (2003) *Antidepresivos en la práctica diaria*. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores Monterrey. Campus Guadalajara. Extensión Académica. Área de la Salud
- Arieti, S. y Bemporad J. (1990) *Psicoterapia de la depresión*. México: Editorial Paidós.
- Bateson, G. (1976) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ed. Carlos Lohlé.
- Bengoa, J. y Pérez, L. (2001) Mecanograma: "Depresión y actitud hacia la infidelidad en mujeres que viven infidelidad y maltrato".
- Bertalanfy, von L. (1993) *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blood, P. (1980) *El noviazgo en la sociedad actual*. México: Ed Pax-México
- Boscolo, L y Bertrando, P. (1996) *Los tiempos del tiempo: Una nueva postura para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós
- Boscolo, L., Cecchi, G. Hoffman, y Pen, P., (1987) *Terapia familiar Sistémica de Milán*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu Editores,
- Boscolo, L., Prata, G., Cecchin, G. y Selvini, M. (1998), *Paradoja y contraparadoja, un nuevo modelo para el tratamiento de la familia en transición esquizofrénica*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu Editores

- Cantón D. J. y Cortés, J. (2000) *Guía para la evaluación del abuso sexual*. México: Ediciones Pirámide
- Caraveo, I. García, F. y Guzman P. Actitudes sobre el suicidio en tabasco. *Ciencias de la Salud* 1999 48:19.
- Cecchin, G. Nueva vista a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*. 1989:9 Abril
- Coleman, V. (1995) *Como superar el estrés. Trucos prácticos para no dejarse vencer por el ritmo de vida actual*. Girona, España: Ed. Tikal.
- Chang R., Rey J y Hazell P. Clinical Practice guidelines for depression in young people: are the treatment recommendations outdated? *American Journal of Psychiatry*, 2002, 177:440-443
- Davidoff, L. (2000) *Introducción a la Psicología*. México: Ed. McGraw-Hill
- Desatnik, O. Franklin, A. y Rubli, D. Supervisión y entrenamiento en supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 1999 7,2: 5-8
- De Shazer, S. (1999) *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Domínguez, L. La supervisión: un camino obligado en la formación del terapeuta. *Psicología Iberoamericana*, 1999 7,2: 5-8
- Durrant, M. y White, C. (1996) *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Efran, J.S. y Libretto, S.V. (1997); "La psicoterapia en la encrucijada: ¿Qué puede aportar el constructivismo? En Pakman, *Construcciones de la Experiencia Humana (Construction of Human Experience)*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Eguiluz, L. La supervisión en los diplomados de Terapia Familiar. *Psicología Iberoamericana*, 1999 7,2: 5-8
- Elkaïm, M (1989) *Las prácticas en la terapia en red*. Barcelona: Gedisa.
- Espejel, E. La formación del supervisor en Terapia familiar. *Psicología Iberoamericana*, 1999 7,2: 5-8
- Estrada, L. (1997) *El ciclo vital de la familia*. México: Ed. Grijalbo
- Fisch R., Weakland J. H. y Segal, L. (1998) *La táctica del cambio: como abreviar la terapia*. Barcelona, ed. Herder.
- Foester, Von H (1985). En "El ojo del observador". Barcelona: Ed. Gedisa
- Foerster, Von H. (1990). Construyendo una realidad. En: P. Watzlawick (comp.) *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa. P. 38-56.

- Fried, D. y Fuks, S. (1992) *Conversaciones Terapéuticas*. Entrevista a Harold Goolishian. *Psicoterapia y Familia*. 5, 1: 38-46.
- Fromm, E. (1991) *El arte de amar*. México: Ed. Paidós
- Gergen, K. (1991) *El Yo saturado: Dilemas de identidad del mundo contemporáneo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Gergen, K. (1996) *Realidades y Relaciones*. España: Editorial Paidós.
- Gergen, K., Hoffman, L. y Anderson, H. 1996. Is diagnosis a disaster? en <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/page.html?id=manu5&st=manuscripts&hf=1> .
- Gergen K. y Kaye, J. (1992) Más allá de la negociación del significado terapéutico. En Mc Namee, S., Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Ed. Paidós.
- Glaserfeld, Von. E. (1988). Introducción al constructivismo radical. En: P. Watzlawick (comp.) *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa. P. 20-37.
- Haley, J. (1993). Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En: M. Berger. (Ed.) *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1999a) *Terapia no convencional*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1999b) *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Heims, S. (1991). *The Cybernetics Group*. Cambridge, Mass.: MIT Press
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1990) Constructing realities. *Family Process* 2: 9, 1-12
- Hoffman, L. (1995) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En En Mc Namee, S., Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Ibáñez, T. (1993). Psicología social y la retórica de la verdad. *Revista de cultura psicológica*. 2(1), 50-59
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1998) *Mujeres y hombres en México*.
- Jiménez y Romano, M. C. (1994) Métodos de supervisión en psicoterapia. En *La Supervisión en la psicoterapia, Métodos y experiencias*. López, M. A. Compilador. Colección Separata, de la Universidad Iberoamericana
- Keeney, B. (1994) *Estética del cambio*. España: Ed. Paidós.

- La Rosa J. (1986) *Escalas de locus de control y autoconcepto. Construcción y validación*. Tesis doctoral. México, UNAM.
- Lax, W. (1995) El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En Mc Namee, S., Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Lemaire, (1986) *La pareja. Su vida, su muerte y su estructura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López, M. A. (1998) (compilador) *La supervisión en la psicoterapia: Modelos y experiencias*. Colección Separata, de la Universidad Iberoamericana
- Madanes, C. (1993) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Marcus, H. y Cross S. (1990) The interpersonal self, In *Handbook of Personality. Theory and Research*. New York: Guilford Press.
- Matura Maturana, H. (1997). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I. P. 51-138
- Mc Namee, S., Gergen, K. (1995) *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Minuchin, S (1984) *Caleidoscopio familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Minuchin, S. (1991) *Técnicas de terapia familiar*. México: Ed. Paidós.
- Minuchin, S. (2001) *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1994) *Técnicas de Terapia Familiar*. México. Ed. Paidós
- Naisbitt, J. (1974) *Megatrends. Ten new directions transforming our lives*. London: Futura Publications.
- Ochoa de Alda, I. (1995) *Enfoques de Terapia Familiar Sistémica*. España: Herder
- O'Hanlon, B (2001), *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- O'Hanlon B., Weiner Davis, M, (1990) *En busca de soluciones, un nuevo enfoque en Psicología*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Pakman, M. (1997) *Construcciones de la Experiencia Humana*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Papp P. (1994) *El Proceso del Cambio*. España: Ed. Paidós.
- Pittman, F. (1998) *Momentos decisivos*. España: Ed. Paidós.

Puskar, Hoover y Miewald, Suicidal and nonsuicidal doping methods of adolescents. *Perspect Psychiatric Care*. 1992; Apr-Jun; 28 (2): 15-20.

Renan, G. F. (2003) *Un programa multivariable para la prevención del suicidio*. En WWW.psiquiatria.com

Rivera, M. M. (1993) *Pensar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y teoría feminista*. Barcelona: Icaria.

Rosenberg M. B., (1999) *La comunicación no violenta*. Barcelona: Ediciones Urano.

Sager, C..J. (1980). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.

Sakruka, J. (1998) *Illusion in Loving: A Psychoanalytic Approach to the Evolution of intimacy and Autonomy*, Los Angeles California, E.E. U. U.: Ed. Double Helix Press.

Sandoval, D. (1997). *El Mexicano, psicodinámica de sus relaciones familiares*. España: Ed. Villcaña.

Schanter, S y Singer, S. 1962 Cognition, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399

Schluter, H. El papel del supervisor en la formación de los alumnos. *Psicología Iberoamericana*, 1999 7,2: 5-8

Segal, L. (1994) *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M (1986) *Al frente de la organización: estrategia y táctica*. México: Ed. Paidós.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1988) *Paradoja y Contraparadoja: Un nuevo modelo en la Terapia de la Familia de Transacción Esquizofrénica*. Barcelona España: Ediciones Paidos Ibérica.

Selvinni, M. Palazzoli, Boscolo L. y Prata, G. (1980) Hipotizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19,1: 3-12.

Shotter, J. (1996) *Realidades conversacionales: La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Simon, F., Sterlin, H., Wynne.,L., (1985), *The Language of Family Therapy A Systemic Vocabulary and Sourcebook*. New York: Family Process Press.

Sluski, C. (1983) *Cibernética y Terapia Familiar. Un mapa mínimo. Sistemas Familiares*

Tomm, K. Interventive interviewing: Part II Reflexive Questions as a Mean to Enable Self-healing. *Family Process*. 1987:26 167-183

Tompson, M. M., Holmes, J. C. (1995). Ambivalence in close relationships: Conflicted cognitions as a catalyst for change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 435-451.

Tordjman, G. (1989) *La pareja, realidades, problemas y perspectivas de la vida en común*. México: Ed. Grijalbo.

Troya, E y Auron, F. (1988) *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión*. Trabajo presentado para el II Congreso Nacional de Terapia Familiar, México

Umbarger, C. C. (1999) *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Villagrana, C. (2001) *Guía sobre la Depresión*. Publicación electrónica

Watzlawick, P., Weakland, J., y Fish, R. (1999) *Cambio*. Barcelona: Herder

Watzlawick, P., Weakland, J., y Jackson D. (1989) *The Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton

White, M. (1994) *Guías para la Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Ed. Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Ed. Paidós.

Wittezaele y García, T. (1994) *La escuela de Palo Alto, Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Ed. Herder.

Xochihua, S. Sobre un modelo de supervisión clínica. *Psicología Iberoamericana*, 1999 7,2: 5-8

www.posgrado.unam.mx