



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

**EFFECTOS DE LAS CRISIS DE PAREJA  
EN LOS HIJOS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
SANTIAGO MORENO RAMÍREZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA  
JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY  
TITULAR: MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE  
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA  
TITULAR: MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO  
SUPLENTE: DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO  
SUPLENTE: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA



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**

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, NUESTRA QUERIDA ALMA MATER.

A LA FES IZTACALA POR SER UN REFUGIO CONFORTABLE DE SABIDURIA.

A TODAS LAS EXCELENTES PROFESORAS DE LA MAESTRIA QUE TAN DENODADAMENTE CONTRIBUYERON A MI FORMACIÓN Y SUPERACION PROFESIONAL.

A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES QUE ME BRINDARON SU CARIÑO Y DEDICACION.

A TODA MI FAMILIA, PAREJA E HIJOS POR SU APOYO Y COMPRESION QUE ME PERMITIERON DEDICARME DE TIEMPO COMPLETO A MIS ESTUDIOS DE MAESTRIA.

A MIS COMPAÑEROS DE LA MAESTRIA POR SU ACOMPAÑAMIENTO, APRECIO Y ENSEÑANZAS EN ESTA ETAPA DE MI VIDA.

A LOS CONSULTANTES QUE ME CONFIARON LAS HISTORIAS DE SUS VIDAS Y ME REGALARON MOMENTOS Y LECCIONES TAN IMPORTANTES.

A TODOS AQUELLOS COMPAÑEROS DE TRABAJO Y AMIGOS QUE ME BRINDARON SU APOYO Y COMPRESION.

## INDICE.

<b>CAPITULO I. Introducción y justificación</b>	<b>5</b>
1.-Análisis del campo psicosocial y su problemática	5
1.1.-Características del campo psicosocial	5
1.2.-Principales problemas que presentan las familias.	10
1.3.- La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa.	15
2.-Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.	19
2.1.-Descripción del trabajo clínico, de las entidades, sedes y escenarios de participación y su análisis sistémico.	19
<b>CAPITULO II.-Marco teórico.</b>	<b>29</b>
1.-Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.	29
1.1.-Del modernismo al postmodernismo.	29
1.2.-Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención:	53
a).-Modelos sistémicos.	53
Terapia Familiar Estructural.	53
Terapia Breve Enfocada a Problemas.	60
Terapia Estratégica.	65
Modelo de Milán.	68
Terapia Breve Centrada en Soluciones.	73
b).-Modelos posmodernos:	78
Terapia Narrativa.	78
Equipos Reflexivos.	85
Enfoques Conversacionales Colaborativos	89
c).-Algunas reflexiones sobre los modelos expuestos.	94
<b>CAPITULO III.-Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.</b>	<b>97</b>
1.-Habilidades clínicas terapéuticas.	98
1.1.-Integración de expedientes del trabajo clínico.	134
1.2.-Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención Clínica con familias.	
“Efectos de las crisis de pareja en los hijos”.	134
1.3.-Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas.	153
2.-Habilidades de investigación.	166
Reporte de la investigación realizada.	166

3.-Habilidades de enseñanza y difusión de conocimiento: atención y prevención comunitaria.	178
3.1.-Productos tecnológicos.	178
3.2.-Programas de intervención comunitaria.	183
3.3.-Reporte de la asistencia y de la presentación de trabajo en foros académicos.	187
4.-Habilidades de compromiso y ética profesional.	191
4.1.-Consideraciones éticas que emergen de la practica profesional.	191
Consideraciones finales.	195
Referencias.	199
Anexos.	203

## **CAPITULO I. Introducción y justificación**

### **1.-Análisis del campo psicosocial y su problemática**

#### **1.1.-Características del campo psicosocial.**

En la actualidad vivimos en el marco de la globalización de la economía, la cual es producto de cambios fundamentales en la naturaleza de la actividad económica y de avances tecnológicos, lo que ha modificado la forma de producir, la fisonomía de los empleos disponibles y las fuentes de riqueza.

Uno de los motores del cambio ha sido la aparición de los sistemas digitales de comunicación, los faxes, los satélites, los teléfonos celulares y toda la variedad de computadoras que se comenzaron a asociar con estas tecnologías. En la gran mayoría de las regiones, pueblos y naciones del mundo, la revolución de la informática y las telecomunicaciones está transformando la forma de vivir, conocer, trabajar, entretenerse e interrelacionarse con el mundo.

Con alrededor de 100 millones de habitantes, México ocupa en la actualidad el decimoprimer lugar entre las naciones más pobladas del orbe y se prevé que mantendrá esa misma posición durante varias décadas más. El desarrollo económico en épocas recientes no ha permitido asimilar la realidad de nuestro crecimiento demográfico. En el país persisten la economía informal, el subempleo y la pobreza; también rezagos en alimentación, educación, servicios de salud, vivienda e infraestructura. Esto se manifiesta en la expulsión de gran número de personas de sus comunidades de origen. Además, la destrucción y la contaminación de los ecosistemas limitan el fortalecimiento de nuestra economía.

Todo ello ha ocasionado una inaceptable desigualdad de oportunidades para los mexicanos, que la población resiente y que inhibe no sólo el avance de la producción, sino también la propia convivencia social.

En este contexto, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, la pobreza creció de manera significativa y continuaron arrastrándose graves rezagos e insuficiencias en materia de desarrollo social, que hoy día, se reflejan en el hecho de que más de una de cada dos personas ocupadas (53.9%) recibe ingresos de dos salarios mínimos o menos; alrededor de una de cada cuatro personas de 15 años o más (28.5%)

carece de escolaridad o no terminó la primaria; una de cada siete (14.8%) reside en vivienda con piso de tierra, y algo más de una de cada diez no cuenta en su casa con servicio de agua entubada (11.2%).

Hoy nadie duda que los mexicanos deban compartir valores cívicos y patrióticos fundamentales, así como un código de comunicación eficaz, pero es cada vez más obvio que la cultura nacional sólo puede entenderse como una realidad múltiple. Hay que añadir que la nación no es solamente multicultural sino multiétnica: no existe una sola identidad mexicana (que antes se definía como mestiza) sino muchas, tantas como identidades étnicas existen en nuestro país.

Es importante mencionar la diversidad que caracteriza a las familias en México, al igual que su naturaleza dinámica. No es posible hablar de un solo tipo de familia, compuesto por una pareja y su descendencia, sino que hay una gama importante de formas distintas de vivir en familia. En México existen familias de tipo nuclear (el modelo tradicional), las hay de tipo extenso y, en aumento, familias de jefatura femenina (aquellas compuestas por una mujer y sus hijos, o una mujer, sus hijos y algún otro miembro, sin el esposo-padre). Estas familias de jefatura femenina aumentaron en México -como proporción del total de los hogares- de 13.7% en 1960 a 20.6% en 2000. En el Distrito Federal la Asamblea Legislativa aprobó recientemente las sociedades de convivencia que implican dar reconocimiento a formas diversas de organización y convivencia en familia.

Los cambios que caracterizaron a la economía del país durante los años ochenta dieron lugar a respuestas familiares y domésticas de gran envergadura. En particular, las crisis económicas de esa década produjeron reacciones sociales que se gestaron dentro de las familias. Los miembros de los grupos familiares más pobres tuvieron que trabajar más en contextos laborales precarios y con salarios cada vez más bajos. Sobrevivir se convirtió en una tarea que requería estrategias de intensificación del trabajo de los miembros de las familias. Las mujeres adultas y los varones jóvenes aumentaron su presencia en los mercados laborales, a cambio de salarios empobrecidos pero de creciente importancia para las economías doméstico-familiares. Fue la década del aumento masivo de las mujeres en el empleo y de obstáculos crecientes para la permanencia de los niños en las escuelas. Sin duda, la familia actuó como un amortiguador, pero los costos fueron altos: los patrones de consumo cambiaron, las

dietas se deterioraron, la gente tuvo que trabajar más pero comía peor y menos, muchos niños tuvieron que dejar la escuela y las relaciones de género, según muchos estudios, sufrieron mayores conflictos y roces violentos.

Las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación en que se encuentran muchos mexicanos, así como las escasas oportunidades que tienen de educación, capacitación y empleo, merman su confianza personal y familiar. Estas circunstancias les impiden participar de manera constructiva en la colectividad. No es posible un desarrollo humano efectivo y sostenido cuando se vive en condiciones de insalubridad y hambre; no es posible potenciar las capacidades de las personas que se encuentran en la pobreza extrema; es muy difícil pedir que sean autosuficientes a quienes luchan por subsistir.

La sociedad mexicana actual está compuesta por una gran diversidad de grupos sociales y es de una gran heterogeneidad. Las desigualdades por género, edad, etnia, región geográfica y condición económica, por mencionar sólo algunas, son notables.

La fortaleza y el temple de los individuos se forjan en el seno de la familia y los grupos sociales que les rodean; sus valores y principios son producto de la interacción de unos y otros.

En el país existen alrededor de 52 millones de jóvenes, adolescentes y niños, que conforman las generaciones nacidas en México durante el pasado cuarto de siglo, por lo que la totalidad de su existencia ha transcurrido en un ambiente de inestabilidad económica y de cambios tecnológicos y sociales acelerados.

La mayoría de los poco más de 19 millones de jóvenes, hombres y mujeres con edades entre 15 y 24 años, demandan una buena educación, salud, cultura, recreación y deporte pero, sobre todo, un fuerte impulso a la apertura de oportunidades económicas, inclusión social y gran énfasis en los aspectos de equidad, dada la diversidad que caracteriza a la población.

Los niños y adolescentes con edades hasta de 14 años, suman poco más de 33 millones. Además de necesidades de salud, educación y otras tradicionales, este grupo enfrenta problemas emergentes como situaciones de violencia y desintegración familiar,



adiciones, trabajo infantil y otros. Un caso muy notable es el de los llamados “niños de la calle”.

A pesar de la creciente participación laboral femenina, subsisten numerosas diferencias respecto de la situación de los hombres, tanto en lo referente al salario como en el riesgo al desempeñar empleos precarios. Las mujeres continúan llevando a cabo la gran mayoría de las tareas en el hogar. Sin embargo, entre los jóvenes, los hombres se responsabilizan cada vez de una mayor cantidad de tareas de tipo doméstico, aunque permanece la menor contribución masculina en la división doméstica del trabajo

Existen individuos y familias que se encuentran en condiciones de mayor desventaja y que resultan más vulnerables en el proceso de desarrollo, como los indígenas y las personas con algún tipo de discapacidad.

Los indígenas constituyen un grupo al que debe otorgarse atención especial en el planteamiento de las políticas sociales. Se trata de una población cercana a 10 millones de personas, cuyos derechos han sido insuficientemente reconocidos y que han vivido en condiciones de marginación muy notables.

Las personas con algún tipo de discapacidad, física y/o mental, constituyen otro grupo con necesidades especiales en el país. Se trata de 2.2 millones de personas que carecen de los medios físicos adecuados a sus necesidades para ingresar a escuelas o laborar en oficinas, fábricas o dependencias gubernamentales, así como de apoyos para adquirir equipos o aparatos para atender sus necesidades específicas, y que enfrentan situaciones de discriminación y falta de oportunidades para su desarrollo educativo, laboral, cultural y deportivo, entre otros

Existe una infinidad de problemas derivados de la marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud. No puede haber personas sanas en la pobreza, y este contexto económico en el que sobreviven cientos de miles de mexicanos ha tenido como saldo un mayor deterioro de sus condiciones de vida.

En la solución de dichos problemas y los derivados de éstos, se requiere de diferentes niveles de intervención, como el Programa de educación, salud y alimentación (Progresá) que fue sin lugar a dudas la principal estrategia instrumentada por el gobierno federal para combatir de manera integral continua y a largo plazo la pobreza

que aqueja a nuestro país. Su objetivo principal fue lograr que las familias más pobres pudieran desarrollar sus potencialidades y aprovechar al máximo las oportunidades sociales, económicas y culturales en el futuro próximo (Ulloa, 1997). Sin embargo, los resultados de dicho programa no fueron del todo satisfactorios, ya que de acuerdo al Plan Anual de Desarrollo(2000-2006) algunos indicadores pertinentes a la extensión de la pobreza en México en el año 2000 son los siguientes: 55% de la población recibe un ingreso inferior a dos salarios mínimos mensuales; 47.5% vive en condiciones de hacinamiento; 27.8% de la población mayor de 15 años de edad no ha terminado la primaria; casi 15% tiene piso de tierra en sus viviendas y cerca de 12% no cuenta con agua entubada ni con drenaje.

Por tal motivo el gobierno federal decidió modificar el programa anterior, el cual ha sido sustituido por el programa Oportunidades, que busca el desarrollo de las capacidades existentes en todas las personas que han padecido la pobreza extrema y que muchas veces se encontraban adormecidas ante la desnutrición, enfermedades básicas y deserción escolar entre otros obstáculos.

Oportunidades tiene como prioridad fortalecer la posición de las mujeres en la familia y dentro de la comunidad. Por tal razón, son las madres de familia las titulares del programa y quienes reciben las transferencias monetarias correspondientes.

Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia a la mujer y violencia intrafamiliar entre otros, que demandan de la participación de distintos profesionales de diversas disciplinas, incidiendo cada una de ellas en la dimensión que define su propio campo disciplinar, como lo es el caso de la psicología

Todos estos problemas de una u otra forma han sido abordados por los profesionales de la Psicología en su práctica clínica en instituciones médicas, privadas o públicas. Sin embargo, aun cuando dichos servicios aumentan es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades presentadas y los recursos humanos y materiales disponibles para hacerles frente. El hecho de que los países dediquen una porción cada vez mayor de su presupuesto, no significa un incremento cuantitativo de la salud de la población.

## **1.2.-Principales problemas que presentan las familias.**

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), realizó durante los años 2003 y 2004 un Diagnóstico de la Familia Mexicana, con apoyo interinstitucional, cuyo punto de partida fue la preocupación del SNDIF en torno a que el desempleo, la violencia, la inseguridad y otros problemas sociales actualmente inciden de manera directa en la familia, por lo que ésta se ha vuelto más vulnerable y requiere apoyo para asumir eficientemente sus funciones básicas

De acuerdo con el INEGI (1998), la familia constituye un objeto de estudio, a la vez que presenta una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos. En la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.

Dentro de la familia se han modificado las nociones de lo público y privado al tiempo que ha sido necesario asumir nuevos roles. La estructura familiar se ha tenido que adecuar a las necesidades del aparato productivo, y ello se ha reflejado en su composición tradicional; sin embargo, estos cambios no han sido asumidos plenamente por toda la sociedad.

A partir de los años ochenta, el aumento de la participación femenina en el empleo fue más rápido y se integró por mujeres mayores, con hijos y con escasa escolaridad, que se incorporaron sobre todo a empleos precarios e informales en el comercio y los servicios. En general, se puede plantear como hipótesis que esta ampliación fue forzada por el descenso en los salarios reales; la incorporación de las mujeres al empleo aminoró la pobreza de los hogares trabajadores y la desigualdad del ingreso.

Estas transformaciones se manifiestan, hasta cierto punto, en la estructura, el ciclo de vida y la composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales.

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

Asimismo, algunos estudios resaltan la violencia doméstica, como uno de los grandes problemas actuales que preocupa a diferentes profesionales de la salud. Quienes la sufren se encuentran principalmente en los grupos definidos culturalmente como los sectores con menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia, donde las variables de género y generación (edad) han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal. De esta manera las mujeres, los menores de edad (niños y niñas) y a los ancianos, se identifican como los miembros de estos grupos en riesgo o víctimas más frecuentes, a quienes se agregan las personas con discapacidad (física y mental) por su particular condición de vulnerabilidad.

Uno de los aspectos más notables de la violencia ejercida sobre las mujeres es que ocurre en su entorno más cercano como el hogar y proviene de su propia pareja conyugal o de las personas más cercanas como los padres y hermanos. La violencia intrafamiliar se caracteriza porque se recibe violencia de tipo física, verbal, y psicológica o emocional tales como los golpes, las amenazas, agresión verbal, encierro doméstico, prohibiciones, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a las amenazas de muerte y a los homicidios. Sin embargo su ejercicio no se limita al ámbito doméstico, también ocurre en los espacios externos como el trabajo, la escuela, la calle y no distingue grupos socioeconómicos, edad, regiones geográficas o niveles educativos. La cual es practicada por bandas de criminales a nivel internacional así como por grupos delictivos que aplican patrones definidos como en el caso de las muertas de Juárez, Chihuahua.

La Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC) realizó una encuesta en 1995 cuyos resultados muestran 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, etc.

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.

Tan grave se considera la violencia que se estima es una causa de muerte e incapacidad en mujeres en edad reproductiva equiparable a todos los tipos de cáncer y mayor que los accidentes de trabajo y la malaria combinados. En el caso de México se reporta que un 46 % del total de las mujeres sufre de algún tipo de violencia (INEGI, 2003). Las manifestaciones de violencia más frecuentes de acuerdo con el INEGI en los 12 meses de 2003 son: a) en forma física 9.3 %, golpes en el cuerpo, golpes en la cara, y la reclusión; b) en forma sexual se presentan la violación, el hostigamiento y las agresiones a la sexualidad de la mujer, 7.8 % y c) en forma verbal (emocional) con 38.4 %, el maltrato se da a través de los gritos, insultos, burlas, comparaciones, amenazas y groserías y d) económico con un 29.3 %.

El divorcio es otro de los problemas que aqueja a las familias mexicanas, que de acuerdo con el INEGI (2005) se eleva de un 7.4 % en el 2000 al 11.8 % en el 2005. De hecho, en la estadística de 1997 que publica el INEGI (2000), se registraron 1,741 divorcios relacionados con situaciones de maltrato, y de estos el 77.3% fueron solicitados por mujeres, a pesar de que la violencia intrafamiliar no era causal de divorcio.

Respecto a la violencia infantil, el INEGI (2003) plantea que muchos casos de maltrato aparecen en las estadísticas en forma repetida ya que algunos niños son víctimas de diversas formas de violencia como abuso físico, abuso sexual, abandono, maltrato emocional, omisión de cuidados, explotación sexual comercial, y negligencia. 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.

Las situaciones generadas por la violencia intrafamiliar, además de repercutir en forma negativa sobre los valores de convivencia y el pleno disfrute de los derechos humanos, propicia una baja autoestima en la víctima, lo cual repercute en otros ámbitos de la sociedad, donde se manifiestan a través de bajo rendimiento o abandono escolar, suicidio, drogadicción, prostitución y Sida.

El suicidio se manifiesta ya sea en intentos de suicidio o en suicidios consumados. Los intentos de suicidio son llamadas de atención que deben ser atendidas oportunamente. En cambio 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 México durante 1997, ocurrieron 2,456 suicidios, mostrando una tendencia creciente, la cual registra 2,736 en el 2000 y 3,553 en 2005. Se reportan como causas entre otras el disgusto familiar, situaciones amorosas, económicas, enfermedades incurables o mentales (INEGI, 2005).

Respecto al rubro de las adicciones, la Encuesta Nacional sobre las Adicciones (INEGI, 2002) encontró que el 3.57% de los varones y 0.6% de las mujeres habían usado una o más drogas excluyendo el tabaco y el alcohol; 2.14% de los hombres y 0.4% de mujeres lo habían hecho en los doce meses previos al estudio, y 1.4% de los hombres y 0.3% de las mujeres en los 30 días anteriores a la encuesta. La marihuana es la droga más usada (2.4 y 0.45%), seguida por los inhalables (1.8 y 0.20%) y la cocaína (0.99 y 0.22%), por los hombres y mujeres respectivamente. El riesgo de usar drogas se asoció con ser hombre, no estudiar, considerar fácil conseguir drogas, no ver mal el uso de drogas por parte de los amigos, que éstos las usaran, usarlas por parte de la familia y estar deprimido. En dicho estudio se concluye que es el entorno que rodea a los jóvenes de 12 a 17 años el que favorece el acercamiento al consumo de drogas; este ha ido en aumento especialmente en la región norte del país y en las grandes metrópolis (Tijuana, Ciudad de México y Guadalajara). Estos datos refuerzan la necesidad de desarrollar campañas

que permitan detectar a los menores que tienen problemas emocionales y darles la atención apropiada para evitar que consuman drogas como un mecanismo para enfrentar problemas de esta naturaleza.

La familia también se ve afectada por la enfermedad de transmisión sexual conocida como SIDA, de la cual a partir de 1983, en que se tienen los primeros reportes hasta el año de 2005, se registraron un total de 102, 575 casos.

La anterior problemática expuesta ha sido motivo de preocupación nacional como internacional y ha puesto a la familia como un asunto de interés público, lo que ha conducido, a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles de atención (prevención, intervención y rehabilitación). Asimismo ha propiciado diversas reformas en el marco legal como la que en 1989 establece las agencias especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales de violación y atentados al pudor. 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).

Es el 13 de diciembre de 1997 cuando se aprueba 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), fortalecer la prevención de la violencia familiar, seleccionar y capacitar al personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia de la ley.

### **1.3.- La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa.**

A lo largo de la historia de la Psicología se han desarrollado diversas aproximaciones teóricas respecto a la comprensión y explicación del comportamiento del ser humano. Como producto de dichas aproximaciones, y especialmente en el campo de la Psicología Clínica, se han realizado diferentes conceptualizaciones respecto a los procesos de formación, mantenimiento y desaparición de los problemas psicológicos a los que se han buscado medios para su intervención.

Como plantea Andolfi (1985) “las modalidades de abordaje que se originaron en la investigación psicológica y la psiquiátrica tradicional en especial en el ámbito de la infancia y la adolescencia, se orientaron casi exclusivamente a observar al individuo como un organismo separado, considerando absolutamente marginales todos los demás componentes que interactúan con él” (pp. 23). De estos enfoques se desprenden intervenciones, sean farmacológicas o psicoterapéuticas, basadas en el supuesto de que el objeto de la terapia es el individuo “enfermo”. Esta forma de comprender los fenómenos psicológicos, parte de la inclusión de la Psicología dentro del campo de las ciencias de la salud que tienen como uno de sus conceptos centrales el de la patología y de una visión mecanicista-causal de los fenómenos que han dominado nuestra cultura durante siglos. También se ha considerado que el comportamiento de un individuo es causa del comportamiento de otro y así es posible considerar que un niño es malo en la escuela porque la familia no lo ha educado adecuadamente.



Desde esta perspectiva el acento ha sido puesto sobre el análisis de los conflictos internos o intrapsíquicos de las personas y de sus problemas de personalidad. Se interviene aislando a la persona que presenta un comportamiento peligroso o anormal el cual se analiza en el microscopio en la fase diagnóstica y la terapia varía dependiendo de las circunstancias pero siempre dirigida a aislar el órgano enfermo del conjunto de las otras relaciones significativas.

Sin embargo el concepto de enfermedad mental individual ha entrado en crisis, y junto con él, toda la psiquiatría tradicional, ante el requerimiento de informaciones y la observación directa del contexto en que se originan determinados comportamientos. Un contexto que es de tipo relacional ya que es más probable que los problemas residan más a menudo entre las personas que en la persona que resulta la más implicada y se estigmatiza como el paciente designado. Entonces se considera un modo completamente distinto plantear el problema tomando la familia como un sistema del cual las personas forman parte, en cuyo seno el comportamiento diverso adquiere determinado significado.

Surge entonces el enfoque sistémico que puede considerarse como una de las aproximaciones alternativas al estudio de los procesos humanos. Su origen proviene de diversas vertientes tales como las nuevas elaboraciones teóricas que pretenden dar cuenta de las circunstancias que ocurren directamente en el trabajo clínico de la Psicología.

“Dos influencias fundamentales y entrelazadas organizaron el pensamiento de los terapeutas familiares: la teoría de los sistemas cibernéticos, homeostáticos, de realimentación negativa, y la teoría de los sistemas sociales normativos, estructurados jerárquicamente” (Anderson, 1997, pp. 45). Desde este punto de vista los problemas son considerados como fenómenos sociales cuyo desarrollo, persistencia y eliminación ocurren en un campo interaccional.

El síntoma sólo tiene sentido dentro del contexto familiar total y es una expresión de ese contexto. Más que un problema individual es una señal de que la familia experimenta dificultades en sus intentos de admitir factores de presión externos, cambios, o puntos naturales de transición, sin poder evolucionar hacia niveles de mayor complejidad. El síntoma permite mantener la homeostasis del sistema familiar. El papel

del terapeuta consiste en intervenir activamente para ayudar a la familia a aceptar las exigencias de las presiones exteriores, los puntos de transición, las etapas de desarrollo y el cambio mismo.

La base de las elaboraciones teórico metodológicas tiene sus raíces hacia el año de 1942 en Nueva York, donde Frank Freemont Smith director de la Fundación Joshia Macy Jr. propició uno de los giros epistemológicos mas importantes en el campo de la Ciencia al patrocinar una serie de conferencias que promovieron nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la ingeniería sino también en la biología y el área social.

Keeney (1983) afirma que es un error pensar que a lo largo de la historia de la psicoterapia se ha ido agregando diferentes paradigmas autónomos, como el psicoanálisis, el conductismo y la psicología humanista, ello en razón de que Bateson las consideraba igualmente materialistas cuyas premisas comparten la misma visión que postula un mundo material de objetos físicos regidos por las leyes de la naturaleza y la energía.

De lo anterior se desprende que en la base de la forma de hacer terapia está una epistemología ya sea lineal o la de tipo recurrente. No es suficiente tratar familias enteras, utilizar la paradoja terapéutica, funcionar con un equipo sistémico o aplicar una concepción interaccional. “Puede decirse que el aporte histórico de la terapia familiar consistió en brindar una manera diferente de prescribir distinciones, estableciendo el límite de un síntoma en torno de la familia y no del individuo. Esta distinción dio origen a una multitud de estilos y prácticas terapéuticas alternativas” (Keeney, 1983, pp35).

En lugar de centrarse en el individuo, Minuchin (1974) plantea que el terapeuta se centró en la persona en el marco de su familia, que es su contexto social mas inmediato, pero que puede abarcar otros contextos de los que forma parte como la escuela, las instituciones de salud, etcétera. Se entiende que las técnicas tradicionales de salud mental se originan en una fascinación producida por la dinámica del individuo, la cual ha orientado el trabajo por mucho tiempo, concentrando la atención en la exploración de la vida intrapsíquica erigiendo una frontera artificial entre el individuo y su contexto social, con la implicación de considerar a la persona aislada como el asiento de la patología. Paulatinamente se impone la necesidad de estudiar al individuo en el contexto.

Anderson (1997) plantea que el “desplazamiento desde los paradigmas psicoanalíticos hacia la idea de la familia no ocurrió porque los terapeutas decidieran que la familia debía ser el objeto de tratamiento. Ocurrió porque las teorías y prácticas tradicionales no parecían servir para entender a adolescentes inmanejables y a algunos individuos que tenían perturbaciones severas, como los psicóticos, y trabajar con ellos. Inicialmente se invitó a las familias para que los terapeutas trataran de entender y tratar mejor a estos pacientes. Rápidamente el foco se desplazó hacia la percepción que del tratamiento tenían los familiares del paciente, incluyendo su percepción del éxito o fracaso del tratamiento”. (Anderson, 1997, p. 44)

Diversos autores como Bowen (1960), Bell (1961), y otros coinciden en que los modelos de terapia mostraban haber agotado sus posibilidades para explicar algunos problemas clínicos como la esquizofrenia, así como algunos trastornos relacionados con la alimentación tales como la obesidad, la bulimia, la anorexia, etc. En ambos casos los tratamientos parecían ser largos y costosos o superficiales al atender principalmente las conductas sintomáticas. Éstas son las razones por las que Ackerman (1958, 1966) y Bowen (1960) consideran los problemas emocionales a la luz de las interacciones dentro de la familia, en el medio que las rodea y la dinámica de la psique, enfocando la atención al grupo familiar.

La experiencia ha mostrado que haber desviado el foco de una óptica individual a una sistémica, no es suficiente ya que la terapia resulta trunca y parcial si no permite incluir en su campo de indagación las otras realidades significativas que interactúan con la familia como la familia extensa, la escuela, el trabajo de los padres, el barrio, la vecindad, etcétera. Incluso es posible incurrir en una traslación literal de la patología del individuo a la familia, a la que se puede culpabilizar por los problemas presentados por la persona sintomática.

Aun más, se empieza a criticar que algunas modalidades del enfoque sistémico tienden a promover la jerarquía y el patriarcado, racionalizan desigualdades, censuras, subordinaciones y explotaciones y las consideran inevitables en los sistemas humanos, desestimando las conexiones entre el microdominio de la terapia y el macrodominio de la vida sociopolítica. Por otro lado se considera que la base de la formulación y el mantenimiento de los problemas era la realimentación positiva por lo que la patología

deja de ser necesaria para el desarrollo de conductas problemáticas y los síntomas ya no sirven a un propósito. Finalmente se incluye a los observadores dentro de lo observado dado que influyen e interpretan lo que estudian.

De acuerdo con Anderson (1997) surge un interés por el lenguaje desde el punto de la hermenéutica y las teorías socioconstruccionistas, que permite el surgimiento de una terapia posmoderna, que abandona las metáforas de la cibernética y de los sistemas sociales estructurados como una pirámide. Entonces se conceptualizan los sistemas humanos como sistemas lingüísticos surgiendo los conceptos de sistemas determinados por problemas y sistemas de disolución de problemas.

“Este cambio permitió describir, explicar, localizar y, por lo tanto, tratar los problemas en forma diferente. La terapia familiar también hizo público el proceso de la psicoterapia, que dejó de ser un suceso secreto y sagrado, para convertirse en un tema de estudio, observación e intercambio; quizás sea esta la contribución más importante de la terapia familiar a la incesante cadena de transformaciones teóricas y clínicas” (Anderson, pp. 58).

El desarrollo y consolidación de estas nuevas alternativas en las formas de llevar a cabo la terapia familiar en diferentes partes del mundo pero fundamentalmente en los Estados Unidos, provoca el interés no solo en los lugares donde surgen los nuevos modelos terapéuticos.

## **2.-Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.**

### **2.1.-Descripción del trabajo clínico, de las entidades, sedes y escenarios de participación y su análisis sistémico.**

La Universidad Nacional Autónoma de México, (Gaceta UNAM, 2007) se encuentra entre las primeras 100 instituciones de educación superior que brindan una educación de calidad en el mundo, y la primera en Hispanoamérica. Tan importante y dinámica es su actividad que el rostro del México actual no podría comprenderse sin su presencia, incidiendo en las más diversas disciplinas del conocimiento y en prácticamente todos los campos de la vida social, económica, política y cultural del país. Para ello forma profesionales con un alto sentido de responsabilidad y compromiso social, altamente competentes para brindar un servicio de calidad

Cuenta con una variedad de Programas de Maestría y Doctorado en las diferentes carreras que imparte, siendo uno de ellos el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología al cual pertenece la Residencia en Terapia Familiar que tiene como objetivo desarrollar en los estudiantes competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio durante un periodo de 1600 horas de práctica supervisada durante los dos años que dura el programa.

El conjunto de las actividades a desarrollar comprende la realización de tareas de investigación en donde se aplican los conocimientos teóricos y metodológicos adquiridos así como la calificación, análisis y reporte de los instrumentos seleccionados para su aplicación en algunas de las áreas de interés. Por otro lado se incluye la participación por parte de los estudiantes, quienes brindan atención clínica especializada a las familias y a personas que solicitan terapia familiar. Dichas actividades se realizan en sedes intramuros y extramuros.

Es importante mencionar que cuando la Residencia inicia en agosto de 2001, lo hace simultáneamente en dos entidades académicas, por un lado la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y por otro lado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Por parte de esta última entidad se han establecido tres escenarios clínicos, uno en la propia entidad académica a nivel intramuros que se ubica en la Clínica de Terapia Familiar en el edificio de Endoperiodontología perteneciente a la División de Investigación y Posgrado y los otros dos escenarios a nivel extramuros o sedes externas: uno en la Clínica del ISSSTE en Tlalnepantla y el otro en el Colegio de Ciencias y Humanidades en Azcapotzalco, Distrito Federal.

### **Sedes Extramuros:**

La Clínica Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla, esta ubicada en la Calle Xalapa No. 68 en la Colonia de Valle Ceylán, Tlalnepantla Estado de México.

Las sesiones se desarrollan dentro del consultorio con que cuenta la Clínica para el área de Psicología, el cual fue diseñado para un trabajo de tipo individual. Al no contar con cámara de Gessell las actividades se tienen que adaptar al espacio con que se cuenta, el cual es muy reducido. Los consultantes observan a todo el equipo de profesionales que participan, esto permite estar muy cerca de lo que ocurre, en donde para realizar el

análisis correspondiente tanto a la planeación, intervenciones y postevaluación, las personas tienen que salir del consultorio y esperar afuera mientras se realizan los comentarios.

En esta clínica se ha ofrecido servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar (División de Educación Continua UNAM Iztacala). La institución está de acuerdo en aceptar la propuesta de establecer un convenio formal para que los residentes de este programa puedan dar servicio dos días a la semana, turno matutino, en el área de Psicología de esta institución. Además ofrecen las facilidades necesarias para llevar a cabo investigación según los diversos proyectos que incluye el Programa de Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

El ISSSTE, de acuerdo con González (2000) tiene su origen en la ley que se publica el 30 de diciembre de 1959 en el Diario Oficial de la Federación, constituyéndose en la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto la asistencia a la salud como prestaciones sociales, culturales y económicas cuyos beneficios se extienden a los familiares de los trabajadores.

Con una población atendida de aproximadamente medio millón de derechohabientes en su mayoría de tipo rural, aplica una estrategia de tipo curativa, sanitaria y de planificación familiar, con lo cual se logra una disminución en el promedio de hijos por familia y aumenta la esperanza de vida. El esquema aplicado partió de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que planteaba una estructura de tres niveles de atención, el primero dirigido a la medicina familiar y los dos restantes encausados a la de especialidad. Actualmente, el ISSSTE sigue operando de acuerdo con este sistema, a través de 31 Delegaciones Estatales y 4 Regionales ubicadas en el Distrito Federal.

La Clínica de Tlalnepantla, forma parte del Primer Nivel de atención, que representa el primer contacto del derechohabiente con el sistema conformado por 109 consultorios Auxiliares, 917 Unidades de Medicina Familiar, y 100 Clínicas de Medicina Familiar. El Segundo Nivel está conformado por 12 Clínicas de Especialidades, 68 Clínicas-Hospital y 23 Hospitales Generales. El Tercer Nivel se integra con 10 Hospitales Regionales y un centro Médico Nacional. Para atender esta extensa red hospitalaria, el

ISSSTE cuenta con más de 17mil médicos, 20 mil enfermera, y alrededor de 5 mil paramédicos que, en su conjunto, otorgan más de 22 millones consultas anuales.

En los servicios que presta el ISSSTE da cuenta del cambio de significado y desempeño de la mujer en la sociedad mexicana, al tener cada vez mayor participación social y económica, sin que disminuya su tradicional papel dentro de la familia, registrando un crecimiento en la composición de la planta laboral cotizante, así como en el uso de los servicios médicos propios del género representando mas de 60 % de las consultas médicas otorgadas.

La problemática de salud de la mujer es tan amplia que incluye diversas enfermedades como las relacionadas a la salud mental, además de las propias de la mujer y la violencia intrafamiliar.

En virtud de que la esperanza de vida se ha incrementado en nuestro país, pasando de 56 a 75 años en promedio durante los últimos 40 años, la población de este sector se conforma por más de 9 millones de adultos mayores de 60 años. El ISSSTE, actualmente atiende el 17 % de sus derechohabientes registrados con una tendencia creciente calculando que para el 2020, el 50% de los derechohabientes estarían por encima de esta edad.

Pese a que la tendencia demográfica muestra un creciente envejecimiento, es innegable que la población joven sigue constituyendo en la actualidad la porción mayoritaria. De hecho el 19 % lo constituye la población adolescente, quien por su inexperiencia ante la vida los hace vulnerables a infinidad de problemas con posibles repercusiones en su salud física y mental, entre otros los embarazos no deseados con un promedio de 16.1 % de los nacimientos, enfermedades de transmisión sexual, las toxicomanías que requieren programas de apoyo psicológico y terapéutico.

México se ubica como el tercer país del continente americano con mayor número de personas infectadas por Sida. El ISSSTE no es ajeno a esta realidad revelando a través de un estudio que más de dos mil de sus derechohabientes presentan este padecimiento de forma activa con un ritmo anual de crecimiento de 16.7 %, lo cual tiene un impacto lacerante sobre los núcleos familiares a los que pertenecen los enfermos.

El ISSSTE cuenta con un Programa de Salud Mental Familiar, para atender a las personas que manifiestan algún tipo de trastorno mental que varía desde aquellos trastornos psiquiátricos serios, hasta otros más generales como la depresión, la ansiedad y la adicción al alcohol, este último generador de problemas a nivel intrafamiliar como violencia física o verbal y agresiones sexuales. Esta situación no sólo incide en la salud física y mental del alcohólico, sino que además repercute en la estabilidad emocional de todos los miembros de la familia. Este problema afecta al 9 % de los varones y al 1% de las mujeres entre 18 y 65 años.

El ISSSTE, al haber detectado 18 mil casos de adicciones y trastornos mentales entre su derechohabiente, estableció el Programa de Salud Mental Familiar y Adicciones como parte del Modelo Familiar Preventivo. Éste se concibe como un programa de atención por medio del cual los médicos de las Clínicas de Medicina Familiar cuentan con el apoyo de especialistas en Psiquiatría y Psicología, así como docentes y asesores con el objetivo principal de lograr la detección oportuna de los trastornos mentales en el Primer Nivel. Estas acciones permitieron detectar 817 mil 301 casos de adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilícitas (González. 2000).

Otra de las sedes esta ubicada en el plantel del Colegio de Ciencia y Humanidades Azcapotzalco de la UNAM, con domicilio en la Vía Aquiles Serdán No. 2060, Colonia Ex Hacienda del Rosario CP 2040, Delegación de Azcapotzalco México, Distrito Federal.

El CCH Azcapotzalco es uno de los planteles con que cuenta la UNAM para brindar educación media superior. Fue a partir del momento en que la primera generación de la Residencia en Terapia Familiar cursaba el tercer semestre cuando se incorpora como una de las sedes externas que contiene un escenario clínico para las prácticas de la Residencia en Terapia Familiar. Su aceptación fue resultado de las gestiones por parte de la responsable del Programa de Residencia en la FESI ante la Dirección General, la Secretaría Estudiantil y la propia Dirección del CCH Azcapotzalco, estableciéndose el acuerdo de proporcionar atención terapéutica a estudiantes, personal docente y administrativo del plantel que lo solicitara.

El mecanismo existente para la canalización de personas interesadas es a través del Área de Psicopedagogía, mediante un formato establecido para tal efecto.



La atención a las familias y personas que son aceptadas se desarrolla mediante dos tipos de intervenciones, una de tipo familiar y otra denominada terapia en red, las cuales son supervisadas por dos profesionales. Las sesiones se realizan en una clínica adaptada con las condiciones requeridas para el trabajo, contando con cámara de Gessell. En este escenario se elaboran las actas en forma literal, transcribiendo palabra por palabra, agregando el análisis minucioso de las intervenciones que se realizan.

El Colegio de Ciencias y Humanidades forma parte de los dos Bachilleratos, el otro es la Escuela Nacional Preparatoria, con que cuenta la UNAM. El primero tiene una programación de tipo semestral, el cual se cursa en tres años. Su proyecto fue aprobado por el Consejo Universitario el 26 de enero de 1971 durante el rectorado de Pablo González Casanova, para responder a la creciente demanda de ingreso a nivel medio superior en la zona metropolitana y al mismo tiempo para resolver la desvinculación existente entre las diversas escuelas, facultades, institutos y centros de investigación de la UNAM.

Las primeras generaciones de alumnos del Colegio tuvieron dos características distintivas que les permitieron asimilar estos propósitos educativos: estaban constituidas por jóvenes que habían interrumpido sus estudios de bachillerato, se encontraban inmersos ya en el mundo laboral y tenían una cercanía generacional, lo que los ligaba afectivamente con sus profesores.

El CCH Azcapotzalco abre sus puertas junto con los planteles de Naucalpan y Vallejo el 12 de abril de 1971. A lo largo de su historia el Colegio se ha ido transformando habiendo pasado por diversas etapas entre las cuales destacan: la creación de su Consejo Técnico en 1992; la actualización de su Plan de Estudios en 1996; la obtención del rango de Escuela Nacional en 1997, así como la instalación de la Dirección General, en 1998.

En la actualidad, el Colegio está integrado por un Dirección General, cinco planteles y un laboratorio Central, cuyas instalaciones están ubicadas en la Ciudad Universitaria de la UNAM, atiende a una población estudiantil de 60 mil alumnos, con una planta docente de aproximadamente 2 mil 800 profesores. Cada año ingresan 18 mil alumnos a sus aulas, y han egresado cerca de 700 mil alumnos. Su plan de estudios sirve de

modelo educativo a más de mil sistemas de bachillerato de todo el país incorporados a la UNAM.

Cada plantel tiene un director y secretarías de apoyo académico y administrativo, para atender los aproximadamente 5500 alumnos cada uno de ellos en sus dos turnos con que cuenta.

El Colegio de Ciencias y Humanidades persigue que sus estudiantes, al egresar, respondan al perfil determinado por su Plan de Estudios, que sean sujetos y actores de su propia formación y de la cultura de su medio, capaces de obtener, jerarquizar y validar información, utilizando instrumentos clásicos y tecnologías actuales, y resolver con ella problemas nuevos. Sujetos poseedores de: Conocimientos sistemáticos y puestos al día en las principales áreas del saber; actitudes propias del conocimiento, de una conciencia creciente de cómo aprenden, de relaciones interdisciplinarias en el abordaje de sus estudios, y de una capacitación general para aplicar sus conocimientos y formas de pensar y de proceder, a la solución de problemas prácticos. Con ello tendrán las bases para cursar con éxito sus estudios superiores y ejercer una actitud permanente de formación autónoma.

Además de esa formación como bachilleres universitarios, el Colegio busca que sus estudiantes se desarrollen como personas dotadas de valores y actitudes éticas sólidas y personalmente fundadas; con sensibilidad e intereses variados en las manifestaciones artísticas, humanísticas y científicas; capaces de tomar decisiones, de ejercer liderazgo con responsabilidad y honradez y de incorporarse al trabajo con creatividad, para que sean al mismo tiempo, ciudadanos habituados al respeto y al diálogo y solidarios en la solución de problemas sociales y ambientales(<http://www.unam.mx/antecedentes>).

### **Sedes intramuros:**

La sede intramuros es la Clínica de Terapia Familiar integrada a la FES Iztacala que se encuentra ubicada en Av. Barrios s/n Los Reyes Iztacala Tlalnepantla Estado de Méx. C.P. 54090 y teléfono 56231139. Forma parte de los servicios de salud que ofrece la Facultad a la comunidad y pertenece a la División de Posgrado e Investigación.

Es importante mencionar que la FES Iztacala surge en 1975 en que se crea como parte de la desconcentración , como respuesta ante el crecimiento de la demanda de ingreso a

los recintos de la UNAM, que se encuentran concentrados en su mayor parte dentro de las Instalaciones de Ciudad Universitaria.

Este Campus se encuentra conformado con carreras que pertenecen al área de la salud, de donde egresan, médicos, enfermeras, biólogos, dentistas, oculistas y el área de psicología. Como parte de las prácticas de estas carreras se encuentra integrada la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), que brinda atención a la comunidad universitaria como a la población externa que así lo solicita.

Actualmente la Clínica de Terapia Familiar cuenta con instalaciones propias ubicadas en la planta alta del edificio de Endoperiodontología mismas que fueron remodeladas y reinauguradas al iniciar el ciclo escolar 2006-2007. Cuenta con cámara de Gessell, con un espacio suficiente para realizar las actividades terapéuticas y de participación del equipo de observación y supervisión. Anteriormente se encontraba ubicada en el mismo lugar pero con un espacio muy reducido, lo que permitía que las actividades se desarrollaran en condiciones un poco difíciles.

En cuanto a la forma de trabajo es importante mencionar que cada uno de los casos se encuentra coordinado por un total de ocho supervisoras, dos por cada una de las familias atendidas por los dos equipos de terapeutas de cada generación.

El trabajo en la Residencia se desarrolla mediante la integración de dos equipos en cada generación con cinco miembros cada uno, llevando a cabo una rotación de modo que se accede a cada uno de los tres escenarios vigentes. La conformación de los equipos varía de un semestre a otro de tal modo que se logre incorporar la flexibilidad para trabajar con los diferentes compañeros de la generación.

En cada semestre se atienden dos casos por cada terapeuta, de tal modo que a un equipo le corresponde trabajar sus dos casos en el mismo lugar cuando son asignados al escenario de la Clínica de Terapia Familiar en Iztacala y al otro equipo tiene que trabajar sus dos casos uno en la sede de la Clínica del ISSSTE y simultáneamente el otro caso en la Clínica que se encuentra en la sede del CCH Azcapotzalco.

La participación en los escenarios clínicos, se efectúa en el primer semestre de programa en primer lugar como observadores, de la atención que llevan a cabo los estudiantes de la generación anterior, quienes a su vez inician la atención directa de

pacientes. A partir del segundo semestre se asignan casos para su atención, sólo con la presencia de los compañeros de equipo quienes forman el equipo de terapeutas, todos coordinados por las supervisoras responsables. Posteriormente durante el tercer semestre, además de los anteriores participantes se cuenta con la presencia de un equipo de observadores integrado por los alumnos de nuevo ingreso.

Finalmente durante el cuarto y último semestre se lleva a cabo la atención de los pacientes básicamente en una forma similar al segundo semestre.

No obstante la conclusión del semestre correspondiente de acuerdo con el calendario oficial, se realiza el seguimiento de los casos asignados que no hayan sido dados de alta al término del semestre. Ello repercute en acumulación de pacientes atendidos ya que además de los casos que no causan baja o no se hayan dado de alta, se agregan los nuevos casos asignados por el inicio de la nueva etapa de la residencia.

Otro aspecto de interés es el desarrollo de los casos y las sesiones, los cuales inician con la asignación de los consultantes a los integrantes de cada uno de los equipos de terapeutas. Cada día de trabajo calendarizado se ocupa para llevar a cabo la atención de dos y tres casos respectivamente cada 15 días a cada familia. A partir de este momento, como parte de la metodología utilizada, se realiza una primera llamada telefónica que permite recabar una información inicial al tiempo que se establece la cita para la realización de la atención en la clínica de que se trate. A la sesión se acude con un acta y planificación previamente elaborada por el terapeuta responsable.

Cada sesión se divide en tres etapas principales: la presesión, el desarrollo de la sesión y la post sesión. En la primera parte o presesión se realiza la planificación del caso mediante la revisión del acta correspondiente que permite determinar los objetivos a trabajar durante la sesión de que se trate; ello permite al mismo tiempo determinar las áreas a revisar, los objetivos terapéuticos, el modelo a aplicar y el tipo de intervenciones que se consideran mas importantes para dar respuesta a la problemática que se va presentando.

Durante el desarrollo de las sesiones, conforme se va efectuando la entrevista terapéutica por parte de las supervisoras, se mantiene una comunicación constante en la medida de lo necesario para realizar sugerencias de intervenciones, las cuales se ponen

en práctica por parte del terapeuta a quien en todo momento se deja la responsabilidad por la conducción directa del caso apoyado por el equipo terapéutico. Una vez transcurridos aproximadamente 40 minutos se hace una pausa en donde se hace una síntesis del caso y se estructura un mensaje final, etapa que concluye con su transmisión.

En la tercera etapa o post sesión se realiza una recapitulación de la sesión en su conjunto y se analizan posibles líneas de trabajo para las próximas sesiones.

Es importante aclarar que se aplican ciertos modelos terapéuticos dependiendo de los modelos que de alguna manera es posible decir se encuentran representados por cada una de las supervisoras así como de acuerdo a los objetivos terapéuticos y pertinencia según los casos. Como la revisión de los modelos es gradual en cada uno de los cuatro semestres, el dominio de los mismos por parte de los terapeutas se va logrando en la medida en que se lleva a cabo su revisión. En tal medida se va efectuando su aplicación, sin mengua para la calidad en la atención de los casos lo cual se equilibra con la intervención de las supervisiones de los consultantes.

## **CAPITULO II.-Marco teórico.**

### **1.-Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.**

#### **1.1.-Del modernismo al postmodernismo.**

En las líneas que siguen se pretende dar cuenta de un modo particular de ver la realidad de la Terapia Familiar, sin negar que existen otras maneras de hacerlo, sólo que el que aquí se retoma, el Modelo Sistémico, se considera un nuevo paradigma que se constituye en un enfoque, que permite dar cuenta de los acontecimientos psicológicos, de una nueva manera que incluye aspectos que los anteriores enfoques y paradigmas dejaban de lado.

De acuerdo con Ceberio (1998) “La experiencia muestra que lo que hacemos para lograr la felicidad, puede ser la causa de nuestra infelicidad. A esto Heráclito lo llamó enantiodromia.”(p. 24) El común denominador es “*hacer más de los mismo*” aunque nuestros esfuerzos todavía no hayan arrojado los resultados esperados. Quiere decir que el modo de ver el mundo y como mejorarlo no sólo resulta inútil sino contraproducente. De tal modo que no logramos escapar del mismo resultado, recurriendo a soluciones similares que surgen de nuestro sentido común durante mucho tiempo.” Surge entonces, la necesidad de construir nuevos métodos que obstruyan y replacen a las antiguas soluciones, en lugar de reforzarlas” (Ceberio, 1998 p.25).

Cuando esto ocurre es claro que necesitamos una nueva ciencia del cambio, que sea capaz de producir un giro, no sólo en la forma de abordar un problema en particular, sino también que resulte efectiva en el tratamiento del fenómeno como tal.

“Cuando se habla de psicoterapia nos referimos a la reducción del sufrimiento humano y no al logro de la felicidad final “(Ceberio, 1998 p.27).

Simón (1984) dice que epistemología se refiere al desarrollo de estructuras de pensamiento, así como a la lógica interna de los procesos emocionales. La estructura de conocimiento puede verse como su modelo del mundo y como marco de referencia de su conducta. La organización del modelo del mundo depende de la comunicación que tenga un individuo con su ambiente, es decir, de las estructuras y condiciones de ese mundo y el potencial del organismo para percibirlos. Se trata de un proceso dialéctico de adaptación interna y externa

Si el individuo no tiene conciencia, puede llegar al caos, aseverando su verdad como irrefutable y rigidizando la estructura de su sistema de interacciones.

Dell (1985), citado en Ceberio (1998), distingue en Bateson cinco usos del término epistemología, siendo uno de ellos el que la conceptúa como paradigma de paradigmas, mientras Kuhn (1975) dice que “se trata de una realización científica universalmente reconocida, que durante un determinado periodo de tiempo proporciona un modelo de solución sobre ciertos problemas“(Ceberio, 1998 p.27).

Una variable que se presenta como alternativa frente a una constante, el paradigma que se sostuvo durante siglos, da como resultado una crisis de las reglas que regían el conocer hasta el momento. Entonces viene un periodo de asimilación.

Se puede explicar un espectro más amplio de fenómenos y con mayor precisión. Este avance se logra descartando los significados, valores, creencias y metodología, previamente aceptados remplazándolos por nuevos conocimientos.

Las fuentes de cambio de paradigmas son los nuevos descubrimientos, la percepción de una anomalía que puede permanecer sólo señalada o que puede llevar a una inestabilidad, crisis e inseguridad que demanda el surgimiento de una nueva teoría.

El paradigma que justifica y construye un sistema determinado fracasa en satisfacer los requerimientos que se presentan y es allí donde surge la crisis. El fracaso de las reglas existentes conduce a la búsqueda de otras nuevas. Se ponen en marcha los mecanismos del cambio; ante ello se pueden asumir dos alternativas, por un lado se puede asumir la necesidad de revisar las reglas, las cuales se modifican llevando a un reacomodo y a una nueva dinámica; por otro lado se muestra una resistencia mediante el uso de mecanismos de defensa que decide la aplicación de las mismas reglas lo cual lleva a la perpetuación de la misma dinámica manteniendo la homeostasis.

“Las **crisis**, (dentro de la ciencia y las teorías) entonces son una condición previa y necesaria para el nacimiento de una nueva teoría. Aun los propios científicos no renuncian al paradigma que los ha conducido a la crisis. La dificultad radica en que es necesario un candidato alternativo para que ocupe su lugar. La decisión de rechazar uno y elegir otro (paradigma) surge de la comparación de modelos” ( Ceberio, 1998 p.31)

## **Modelos**

Los modelos son entidades conceptuales y no pueden ser ni más ni menos simples que la realidad, pues son otra cosa. Para Reynoso “un modelo es una construcción lógica y lingüística...no existe isomorfismo alguno... entre enunciados y realidades” (Ceberio, 1998 p.34).

Por lo tanto los hechos pueden ser objeto de estudio desde cualquiera de los modelos. “Entonces, si la mirada es diferente (de acuerdo al modelo que internalice) las construcciones de hipótesis resultantes de la observación también tendrán perfiles diferentes, coherentes con la epistemología de la observación” (Ceberio, 1998, p.37).

“La diferencia principal que se establece con los demás modelos es la de la circularidad, mientras que la epistemología que subyace al resto desarrolla la linealidad de pensamiento” (Ceberio, 1998, p39)

Una relación causal se denomina lineal cuando una serie de proposiciones no regresan, cerrando un círculo a su punto de inicio; lo que implica que nunca el resultado de algo va a ejercer sus efectos sobre su propio origen, por lo tanto no intervienen procesos de retroalimentación.

**Lineal** es un término que a veces ofrece confusión, principalmente cuando se trabaja con un modelo cibernético, orientado hacia las matemáticas.

Bateson (1979) diferenció los términos lineal y linear. “**Linear** es un término de la matemática, que describe una *relación tal entre variables...* representadas en coordenadas cartesianas... *el resultado es una línea recta.* **Lineal** es la relación entre una serie de causas o argumentos, cuya secuencia no vuelve al punto de partida. El opuesto de linear es no linear. El opuesto de lineal es recurrente” (Ceberio, 1998, p.40).

Los cambios de primer orden.

Los parámetros individuales varían de manera continua, pero la estructura del sistema no se altera. “El sistema que sólo esté capacitado para ejecutar cambios de primer orden regulara su estabilidad con relativa continuidad gracias al mecanismo de homeostasis ya que se basa en la retroalimentación negativa, en cuyo proceso autocorrectivo se



contrarresta la desviación que traspasa ciertos límites, en la dirección opuesta al cambio inicial que produjo la retroalimentación” ( Ceberio, 1998 pp. 40- 41).

Fue Asbih en 1952 quien acuñó el termino *primer orden*, refiriéndose a los cambios continuos y correctivos en un sistema, lo que equivale a que las soluciones intentadas para resolver un problema suelen sostener (o mejorar) el estatismo y la no-evolución porque a menudo se hace más de los mismo y cuanto más de lo mismo se repite, más del mismo resultado se obtiene.

En síntesis, todos los cambios cuantitativos que se efectúan dentro de un circuito conducen a un equilibrio estático (homeostasis), no existe modificación de corte cualitativo que permita un cambio en el funcionamiento, es la paradoja *cambiar para no cambiar*.

Cambio de segundo orden

Con respecto al **cambio de segundo orden** el sistema cambia cualitativamente en forma discontinua. Estos sistemas están mucho mas capacitados para adaptarse a los cambios del ambiente que aquellos que son regulados por cambios de primer orden y que no tienen capacidad de aprendizaje.

Fueron Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) en la década de los 60 quienes lo introdujeron a la Terapia Familiar, entendiendo que una pequeña intervención en un circuito de interacciones que rompiese con más de lo mismo (en términos cualitativos) podría provocar modificaciones significativas en los sistemas, generando así una nueva estructura de pensamiento y acción.

El cambio de segundo orden se caracteriza por ejercer un cambio en el conjunto de reglas que organizan y dirigen el orden interno de la estructura de un sistema; podría decirse un *cambio del cambio*, y de ahí el termino *segundo orden*. Se basa en un tipo de retroalimentación positiva que provoca una ampliación de la desviación, desarrollando nuevas estructuras

Esta somera revisión de los modelos que fundamentaron la forma de conocimiento, lleva a la conclusión de que “en el acto de observar y trazar una hipótesis, es importante

conocer cuál es el modelo que forma parte de nuestro patrimonio perceptivo". (Ceberio, 1998, pp. 33).

Desde esta perspectiva el *hecho* se constituye en un evento producido por el ojo del observador. Pero su forma de operación es a través de la recurrencia y así tenemos que es la misma cibernética la que nos lleva a conocer nuestra epistemología; así, es cibernético el proceso de conocer nuestra forma de conocimiento, como es circular y recurrente el acto de observación.

Las fuentes que aportaron al campo de la Terapia Familiar son:

- La Teoría General de los Sistemas. Por Ludwig von Bertalanfy, en la década de los 50, (aunque la primera formulación tuvo lugar en 1945).
- La cibernética, por Norbert Wiener en 1947.
- La Teoría de la Comunicación Humana.

El objetivo de estas teorías es estudiar los sistemas complejos cuya complejidad crea la capacidad de autoorganización, que tienen como finalidad organizar la complejidad. Dicha complejidad no es patrimonio del fenómeno en sí mismo. Los conceptos se centran en retroacción, *feed-back*, causalidad circular, y cualquier sistema puede ser observado desde esta óptica, desde una célula hasta una planta, desde un sistema solar hasta una colonia de hormigas.

#### Teoría General de Sistemas

Es con el auge de la Teoría General de Sistemas que se formula un nuevo paradigma alternativo a la epistemología tradicional y que explicaba los fenómenos desde una causalidad lineal: **el concepto de circularidad o recurrencia.**

La Teoría General de los Sistemas, se puede sintetizar de la siguiente manera: así el concepto básico de **sistema** es considerado como un conjunto de unidades interrelacionadas que actúan para cumplir un objetivo común; este concepto no tiene un referente empírico, ya que puede ser el individuo, la familia, el universo, etc. El sistema abarca al mismo tiempo tanto las partes como al todo.

De acuerdo con Bertalanffy (1968), algunos **principios de la Teoría General de los Sistemas son:**

- Todo sistema abierto tiene niveles de organización llamados subsistemas.
- Cualquier sistema abierto tiene límites espaciales (físicos) y dinámicos (relacionales)
- Todo sistema pertenece a un sistema mayor llamado suprasistema.
- Lo que interesa al sistema no son exclusivamente los elementos que lo componen, sino la totalidad de las interrelaciones que se mantienen entre sí.
- Todo sistema es capaz de autorregularse mediante los mecanismos de retroalimentación positiva como negativa.
- Todo organismo vivo es un sistema activo y abierto que cambia y evoluciona.
- El cambio en uno de los elementos del sistema, afecta a todo el sistema y no sólo a un elemento en particular.

Dichos principios establecen que existe un flujo continuo de información entre el sistema y su medio ambiente, así como que todo ser viviente tiene que observarse de una manera total y completa en su organización y no de manera aislada.

Se distinguen dos tipos de sistemas:

- Sistemas Cerrados:* En este tipo de subsistema no existe intercambio con el medio exterior, ya que no hay retroalimentación y no hay influencia externa, por lo que es difícil presentar cambios en el sistema y su estado final depende de su estado inicial.
- Sistemas abiertos:* Intercambian información con otros sistemas y se caracterizan porque tiene niveles de organización llamados subsistemas o suprasistemas.

Algunas de las **propiedades que caracterizan a los sistemas abiertos** y que se aplican a la interacción familiar son:

- Totalidad.*-Consiste en que cada una de las partes del sistema está relacionada de tal manera con las otras que un cambio en alguna provoca un cambio en las demás, comportándose como un todo inseparable y coherente. Por ejemplo, en una familia la

conducta de cada uno de los individuos está relacionada con la de los demás y a su vez están influenciados por ella.

*-Retroalimentación.-* Es la influencia que ejerce un sistema sobre otro, ya sea de manera positiva o negativa, pues sus elementos tienen que ver unos con otros a través de la retroalimentación o intercambio que puede ser en forma de energía, información o comunicación.

*-Equifinalidad.-* El equilibrio que se da dentro de un sistema no es unicausal; un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas lo que dificulta buscar una causa única del problema, por lo que la naturaleza de la organización es un aspecto determinante.

*-No sumatividad.-* Un sistema no se puede entender como la suma de sus partes, sino como una “gestalt”, es decir, cuando se da respuesta a una situación problemática dentro de una familia, uno de los miembros o toda la familia tendrán que enfrentar crisis frente al cambio, por lo que los cambios que se realicen dentro de la estructura familiar debe considerarla como un todo.

*-Calibración.-* Es la regulación, que consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro, entendido éste como un mecanismo de estabilización familiar.

*-Homeostasis.-* Se refiere a los periodos de retroalimentación negativa que interviene para minimizar el cambio; puede considerarse como la estabilidad del sistema, su estado de equilibrio o la vuelta al estado inicial.

*-Morfogénesis.-* Se refiere a la retroalimentación positiva, es decir, la formación y desarrollo de estructuras del sistema con tendencia al cambio, al crecimiento. Permite el desarrollo de nuevas habilidades o funciones para manejar los cambios y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que conforman a la familia que enfrenta el cambio.

*-Morfostasis.-* Se refiere a la capacidad de un sistema para mantener su estructura en un ambiente cambiante; a pesar de que pase por etapas de pequeños ajustes, éstos no conducen a cambios cualitativos.

Con base en la Teoría General de los Sistemas, se da un cambio epistemológico en cuanto al proceso terapéutico de la familia, misma que ya no se ve como un grupo de individuos, sino como una totalidad, con estructura propia, normas y objetivos. Esto puede ser constatado si se comparan la Terapia individual respecto a la sistémica.

La Terapia individual es un enfoque que obtiene datos e información sobre los miembros de la familia o el paciente en forma individual, el terapeuta es sólo un observador de los problemas, el cual sobre los datos arrojados por los pacientes realiza una interpretación para demostrarles lo que está pasando, apoyando a y dialogando con cada uno de los miembros de la familia. Retoma el pasado

La Terapia Familiar sistémica retoma la evaluación diagnóstica de la familia como una totalidad, es global, los problemas psicológicos individuales tiene su raíz en el sistema familiar más amplio del cual se forma parte, la familia; propicia la participación de todos y mejor pregunta en lugar de interpretar. Retoma las pautas disfuncionales actuales.

### **Cibernética**

Otra de las bases de la psicoterapia sistémica, es el concepto de *recurrencia o de causalidad circular*.

La conceptualización del proceso circular es aportada por la Cibernética, cuyo modelo se constituye por una unidad básica: **el mecanismo de retroalimentación** ¿Pero cómo es que surge esta nueva teoría?

Para ello es importante tratar el concepto de **realidad**. Existe una postura conocida como “**solipsismo ingenuo**”, que propone que el mundo tal como cada uno lo conoce, es enteramente construido por él mismo; esta concepción es tan limitada como la del “**realismo ingenuo**”, según la cual el mundo real esta “allí afuera” y nuestros sentidos no hacen más que forjar un modelo interno de él. Sin embargo Keeney siguiendo las obras de Castaneda y de Erickson sugiere que nuestro mundo de experiencia esta (al menos parcialmente) construido en forma social. Plantean que Gregory Bateson fue el profeta de una ciencia posmoderna, ya que vio que para dar el primer paso hacia la indispensable orientación filosófica de las ciencias humanas se necesitaba una nueva epistemología, que podría ser proporcionada por la cibernética.

Algunos de los presupuestos básicos planteados por Bateson (1982) que permiten entender la nueva epistemología en relación a las anteriores son los siguientes:

*-La ciencia nunca prueba nada.*-La ciencia a veces mejora las hipótesis y otras veces las refuta pero probarlas es otra cuestión. La verdad significaría una correspondencia precisa entre nuestra descripción y lo que describimos. En este sentido la verdad no es asequible.

*-El mapa no es el territorio y el nombre no es la cosa nombrada.*-Fue Alfred Korzybski quien hizo célebre este principio que nos dice que “en todo pensamiento, o percepción, o comunicación de una percepción, hay una transformación, una codificación, entre la cosa sobre la cual se informa...y lo que se informa sobre ella” (Bateson, 1982)

*- No hay experiencia objetiva.*-“Toda experiencia es subjetiva” pues la percepción siempre está mediada por determinados órganos sensoriales y vías neurales.

*- Las secuencias divergentes son impredecibles.*-Esta premisa indica lo erróneo de la concepción que plantea que “todo es, en principio, predecible y controlable; y si algún suceso o proceso no lo es en el presente estado de nuestro conocimiento, con un poco más de conocimiento y, en especial, con un poco más de habilidad práctica podremos predecir y controlar las variables indomadas” (Bateson, 1982)

*-Nada puede provenir de la nada.*-En el ámbito de la comunicación, la organización, el pensamiento, el aprendizaje y la evolución, “nada puede provenir de la nada” sin información lo cual se puede ejemplificar con la notable contradicción en la circunstancia de que el *ceró*, la total ausencia de todo suceso indicador, puede ser un mensaje.

*- La cantidad no determina la pauta.*-Es imposible explicar una pauta invocando una única cantidad, sólo un cociente entre dos cantidades es ya el comienzo de una pauta, ya que son de diferente tipo lógico.

*- La lógica es un modelo deficiente de la causa y efecto.*-Los “si...entonces...” de la causalidad contienen *tiempo*, mientras que los “si...entonces...” de la lógica son

atemporales. De esto se desprende que la lógica es un modelo incompleto de la causalidad. (Bateson, 1982).

- *La causalidad no opera hacia atrás.*-“La lógica a menudo puede ser invertida, pero el efecto nunca precede a la causa.” Con lo cual se demuestra que las denominadas “causas finales” “planteadas por la teleología no pueden determinar la secuencia antecedente que las precede y sólo son una falacia.

Lo cierto es que cuando los sistemas causales se tornan circulares, un cambio en una parte cualquiera del círculo puede considerarse como *causa* de un cambio, en un momento posterior, en cualquier variable y en cualquier lugar del círculo.

-*Por lo común, el lenguaje sólo destaca uno de los aspectos de una interacción cualquiera.*-“Siempre hablamos como si una “cosa” pudiera “tener” cierta característica. Pero esta manera de hablar no es correcta para la ciencia o la epistemología. Para pensar correctamente, conviene suponer que todas las cualidades y atributos, adjetivos, se refieren al menos a *dos* conjuntos de interacciones en el tiempo.

La piedra es dura “significa: a) que cuando se quiere introducir un objeto en ella resiste a la penetración, y b) que ciertas interacciones continuas entre las *partes* moleculares de la piedra las mantienen de algún modo unidas.” (Bateson, 1982).

El lenguaje utiliza una sintaxis de sujeto y predicado, lo cual supone que las cosas se pueden definir en función de sus atributos. Ello constituye una limitación posible de superar solo si se tienen en cuenta las relaciones internas a los objetos y procesos y su comportamiento en relación a otros.

-Las palabras “estabilidad” y “cambio” describen unas partes de nuestras descripciones. Si empezamos a investigar qué hay detrás de este uso de la “estabilidad”, hallaremos una amplia gama de mecanismos por ejemplo, en los niveles complejos la *vida* puede estar involucrada en hacer que nuestro objeto perdure en un *estado de cambio* capaz de mantener ciertas constantes necesarias, como la temperatura, la circulación de la sangre.

Todo enunciado del cambio exige precisiones. Un dicho como el francés “cuanto más cambia, más sigue siendo lo mismo” es producto de una confusión de tipos lógico.

Tanto lo que “cambia” cuanto lo que “sigue siendo lo mismo”, son proposiciones descriptivas, pero de orden diferente.

Keeney (1994) propone que se denomine **epistemología cibernética**, a este nuevo paradigma y para conocer éste exige analizar sus premisas básicas utilizando el lenguaje de la cibernética.

El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro mundo. Keeney retoma a G. Spencer Brown quien escribió “¡Trazar una distinción!”, para considerar que este “mandato básico, obedecido conciente o inconcientemente, es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología.” (Keeney, 1994, p. 33). Así mismo considera que lo importante es que el mundo puede discernirse de infinitas maneras según las distinciones que uno establezca.

Uno de los resultados en el aporte histórico de la Terapia Familiar consistió en brindar una manera diferente de proporcionar distinciones, estableciendo el límite de un síntoma en torno de la familia y no del individuo.

Así, es importante entender que la descripción es secundaria respecto del acto de obedecer una orden, mandato o prescripción de establecer una distinción, por lo tanto “el observador primero distingue luego describe”. Keeney retomando a Laing, afirma que lo que la ciencia empírica denomina **datos**, para ser más honestos deberíamos llamarlos **captos** ya que son seleccionados arbitrariamente por la índole de las hipótesis ya formadas. En tal sentido las preguntas y las hipótesis del terapeuta contribuyen a crear la realidad del problema que trata. Los terapeutas se suman a sus clientes en la construcción de una realidad compartida, merced a las distinciones epistemológicas que establecen (Keeney, 1994, p. 36).

Algunos de los conceptos fundamentales de la epistemología cibernética son:

Conocer el Conocer.-Así como para conocer cualquier fenómeno es necesario empezar por apreciar cómo fue construido, así debemos descubrir las distinciones primitivas que caracterizan el modo de conocer de cualquier individuo y por lo tanto la tarea del epistemólogo cibernético es identificar la manera en que un determinado sistema, familia o grupo de terapeutas especifica y mantiene ciertas formas de demarcación.



El punto de partida de la epistemología cibernética es, entonces, el observador que establece distinciones a fin de observar; y lo que el observador observa puede ser descrito.

Puntuación.-“Una idea básica para comprender la epistemología es que lo que cada cual percibe y conoce, deriva en gran medida de las distinciones que traza.”(Keeney, 1994, p. 40).

Esta idea que Watzlawick Beavin y Jackson designaron como la puntuación de la secuencia de sucesos”, es análoga al concepto de “indicación”, de Spencer Brown. Toda vez que un observador traza una distinción establece una indicación y señala que uno de los dos aspectos distinguidos es el primario, siendo el lenguaje la herramienta para imponer distinciones en nuestro mundo. La discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos es probable que esté en la raíz de numerables discordias en las relaciones personales. En tal sentido Watzlawick (1976) afirmó que “el ordenamiento de las secuencias de uno u otro modo crea lo que, sin exagerar podemos denominar realidades diferentes”. En consonancia es posible definirla como un contexto en el que pueden alterarse las premisas sociales (por lo común inconcidentes) relativas a la puntuación

Órdenes de Recursión.-Se refiere a la estructuración en función de niveles, estratos, órdenes, encuadres o marcos de referencia.

La explicitación de estas diferencias de órdenes o niveles constituye un procedimiento importante de la epistemología cibernética, el cual fue empleado por Bateson al recurrir a la “tipificación lógica”, herramienta conceptual derivada de los *principios matemáticos* de Whitehead y Russell.

La “teoría de los tipos lógicos” 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 este modo no se confundía niveles lógicos distintos. Russell planteó que la especificación del nivel lógico de un término, concepto o expresión impedía que este fuera autoreferencial (Keeney, 1994, pág. 45).

Recurción.-El uso de la tipificación lógica nos sugiere que nuestro mundo de experiencia está estructurado en forma jerárquica, sin embargo no debemos olvidar que esta jerarquía está estructurada en forma recursiva, de donde se desprende la necesidad de que el epistemólogo marque los órdenes de recursión que se invocan en cualquier descripción

Doble Descripción.-Cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, comienza a surgir una idea sobre el sistema total. ¿Cómo distinguir las pautas de relación? Para que haya una relación se requiere una doble descripción, pero si se afirma que cada una de estas partes está localizada dentro de una persona, se crea con ello un “principio dormitivo”, lo cual sólo se puede evitar si uno se aferra de manera rigurosa a la primacía y prioridad de la relación.

Dado que ninguna acción es una isla, que todas las acciones forman parte de una interacción organizada, se pueden destacar dos categorías del proceso de interacción: las de relación complementaria y relación simétrica, que se pueden definir así: simétricas son todas las formas de interacción que pueden describirse en términos de competencia, rivalidad. Complementarias son aquellas secuencias interaccionales en que las acciones de A y B se amoldan una a la otra.

Bateson comprobó que si la asimetría o la complementariedad no eran controladas se originaba una “cismogénesis” término que refiere al proceso de huida o de intensificación que, en caso de no estar bajo control genera una tensión intolerable y posteriormente el quebrantamiento del sistema de relación. En cambio combinando las interacciones simétricas y complementarias puede lograrse una especie de equilibrio.

Construcción de una realidad.-La diferencia entre la “**descripción del proceso**” basada en la experiencia sensorial y la “**clasificación de la forma**”, abstracción de orden superior, no es nada trivial. Normalmente los clínicos y sus clientes habitualmente confrontan el mundo sin realizar esa distinción. El problema reside en que estas abstracciones de orden superior creadas por los clínicos se convierten con frecuencia en los datos primarios de la terapia, reemplazando a su experiencia sensorial más inmediata, omitiéndose por tal motivo, una enorme cantidad de información de orden sensorial. Sin embargo la alternativa no consiste en centrarse en experiencia basada en

los sentidos, por lo tanto, es necesaria una concepción más inclusiva que considera que los organismos experimentan el mundo participando en una dialéctica entre los sistemas abstractos creados por ellos, en la forma en que sus órganos de los sentidos se frotan con ese mundo

Al distinguir entre la descripción basada en los sentidos y el armazón de relaciones simbólicas, nos estamos ocupando de la operación recursiva de un observador que traza distinciones. La dilucidación de esta operación recursiva de trazar distinciones, distinciones referidas a distinciones, y así sucesivamente, dentro de una jerarquía de *órdenes de recursión* que incluyen la acción, el contexto y el metacontexto, nos permite revelar cómo construimos y mantenemos una realidad.

### **Cibernética de primer orden**

Partiendo de estos presupuestos es que podemos distinguir “**dos clases de epistemología: la lineal progresiva y la recurrente**” (llamada también sistémica, circular o cibernética). La lineal es atomista, reduccionista y anticontextual, y se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones de los elementos aislados. Los terapeutas que usen esta epistemología entienden que su labor consiste en tratar de corregir los elementos malos, enfermos o locos en sus clientes. La epistemología recurrente, por el contrario pone el acento en la ecología, la relación de los sistemas totales y es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto.

En este caso los terapeutas entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución.

El *feed-back* es el nódulo central de la ciencia de la comunicación. La comunicación de retorno es la esencia de la interacción, en donde, nuestra conducta pauta y delimita la respuesta de nuestro interlocutor y ésta misma la que regulará nuestra conducta y así en sucesión recursiva.

Fue Wiener quien definió la idea básica de la cibernética: Retroalimentación, como: “un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de las técnicas de control. Pero si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema

puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (Bateson, 1954, pp. 49-50.)

La acción de corregir la desviación se pone en movimiento por la diferencia y el cambio se puede entender como la necesidad de mantener cierta regularidad y ésta misma, a su vez podrá mantenerse a través del cambio.

**Homeostasis** es el equilibrio estático, estacionario, en cambio Brand (1976, citado en Bateson, 1954) lo diferenció de la **Homeodinamia** que equivalía a un doble juego estabilidad cambio y equivale a lo que Maruyama llamó **Morfogénesis**; propiedad de aquellos sistemas más permeables al entorno con flexibilidad en las reglas de su funcionamiento, que le permiten frente a situaciones de crisis modificar sus pautas y reacomodarse a la situación.

Si la retroalimentación simple no es controlada por una de orden superior “se generará una intensificación de la ampliación de la desviación, surgirá el descontrol en el sistema” (Bateson, 1954, pp50-51)

En conclusión, el cambio adaptativo como proceso de aprendizaje con el objetivo del crecimiento surge del control del control y no del descontrol del sistema.

A toda esta etapa de la concepción cibernética se le llamó cibernética de primer orden.

El concepto de caja negra en donde un observador se posicionaba delimitando la información de entrada y salida marcaba el perímetro en dos espacios: el del observador y el de la familia. Por lo tanto, estas investigaciones no involucraban al observador en el campo de la observación.

### **Cibernética de la cibernética o cibernética del segundo orden.**

Esta se constituye con el ingreso del observador como un elemento más en el sistema representando una evolución de las ideas originales de la cibernética.

Heins Von Foerster en (1974, citado en Ceberio, 1998)) diferencia la cibernética de primer orden como la de los sistemas observados y la de segundo orden como la de los sistemas observantes, pero fue M. Mead en 1968 quien acuña el término de segundo orden; en este sentido las investigaciones de psicoterapia se distinguieron por dos fases:

En la primera se trataba de mantener la homeostasis del sistema familiar y las intervenciones se dirigían a fortalecer reglas, mandatos y mitos familiares que contrarresten la desviación de energía como ejemplo negentrópico.

En la segunda se enfocaron las necesidades de cambio, evolución y creatividad y las intervenciones ampliaban las desviaciones de energía y la inducción a la crisis provocando desorden (entropía) en el sistema para lograr una reformulación de reglas que instauraron un nuevo orden. Desde este nuevo paradigma la palabra “crisis” abandona su significado negativo para referirse al cambio dinámico de las reglas de funcionamiento de un circuito. Crisis es el efecto que se produce en todo sistema cuando se amplifica un tramo de la recursión de la energía; se genera un desorden en el sistema del funcionamiento que obliga a los integrantes, o bien a fortalecer las reglas existentes, retornando al estatus quo anterior a la crisis o bien a reformular las reglas y las funciones de cada uno produciendo un nuevo orden que lleve a una recursión diferente.

Es en la cibernética de segundo orden que se introduce al terapeuta en el campo de la observación, y se utiliza en la clínica sistémica el espejo unidireccional y el concepto de la labor de equipo; la elaboración de hipótesis será un acto co-constructivo. Desde este enfoque la mirada se dirige hacia una entidad que interactúa y genera un entramado de relaciones, caracterizado por un contexto que otorga significados, poblado de intercambios de información que pautan conductas de respuesta-emisión en forma permanente.

“La pregunta interna del terapeuta sistémico será: *Quién hace que, a quién, cuándo, en dónde, cómo*” (Ceberio, 1998, Pág. 54).

Un análisis cibernético puro excluye la dimensión temporal, por lo que serán tomadas en cuenta sólo las relaciones sincrónicas ya que el tiempo no puede revertirse, un pasado no puede modificarse, la narrativa de la historia es la que puede ser redimensionada.

El pasado dejará su impronta en la familia a través de la instauración de pautas, reglas, mitos, que rigen una dinámica determinada de este modelo interno llamado mapa, se

desarrollan conductas interactivas, en donde surge el fenómeno de circularidad en el aquí y ahora.

La historia no es el pasado sino el cuento que se narra, la familia, la pareja o los individuos sobre su pasado, de ahí que diferentes hermanos posean diferentes construcciones acerca de la historia familiar.

El espacio de la psicoterapia es un lugar donde se cuentan historias y las intervenciones terapéuticas posibilitaran redefinirlas con la finalidad de co-construir una nueva visión.

### **Constructivismo**

Existe la presunción de una realidad objetiva e independiente de un observador. Nada puede ser más obvio que esta creencia en una realidad objetivamente existente. Pero esto es todo lo que es: una creencia, llamada **objetivismo**.

En total oposición al objetivismo existe otra perspectiva de la realidad que plantea que tal realidad no es descubierta, sino inventada, construida: el **Constructivismo**.

Las primeras referencias del Constructivismo pueden ser encontradas en los fragmentos de los presocráticos: proposiciones claras e inequívocas, conforme a que de la realidad real solamente podemos tener una imagen, una interpretación.

En la perspectiva constructivista, entonces el mundo es creado por el que cree estar observándolo.

Es a partir de la cibernética de segundo orden que el “Constructivismo nace como un modelo teórico del saber y de la adquisición del conocimiento. Su planteamiento radical se basa en que la realidad es una construcción individual que se co-construye...entre el sujeto y el medio.” (Ceberio, 1998, p.74) El objeto observable se relativiza y la impregnación de significado –inherente al observador- que lo cubre convierte al acto cognoscitivo en subjetivo y autoreferencial

Kant, (1781, citado en Ceberio, 1998) expone que todos los seres humanos estamos limitados por nuestro aparato perceptivo y nunca es posible captar la cosa en sí. Por tanto el conocimiento sólo es atribuciones de significado provenientes del sistema de creencias que posea el observado y no la propiedad de la cosa en sí misma.

La selectividad perceptiva permite elegir solamente algunas particularidades del objeto que son relevantes al observador y nada más que para él.

Giambattista Vico (1710, citado en Ceberio, 1998), considerado el primer constructivista planteaba que el ser humano solamente puede conocer una cosa que él mismo crea.

En el transcurso de su vida una persona interactúa proporcionando y recibiendo información en forma permanente con su medio y ya desde su nacimiento, co-construye con otros generando estructuras particulares, a veces compartidas, acerca de la realidad; de esta manera elaborará una escala de valores, pautas de intercambio, normas que regularán sus procesos, un sistema de creencias, en síntesis, una historia que delimitará el perímetro de determinados patrones inherentes a ese sujeto y no a otros. Y este proceso es inflexible: generará la producción de significaciones y atribuciones de sentido que conformarán la selectividad de sus construcciones, que serán a su vez expresadas a través del lenguaje.

Será el lenguaje su entrada al mundo, la creación de un universo de significados que pautará un estilo, moldeará una interacción y producirán situaciones que construirán una realidad.

Esto es lo que se pone en juego en el momento de la observación, resultando tendenciosa y de apariencia ingenua, pero que favorece la creación de un determinado recorte o mapa de lo que llamamos realidad, que nos posibilita ver eso y no otra cosa.

Por otro lado Jean Piaget (1937), señaló acerca del desarrollo genético de la inteligencia, que en el proceso de constitución de la realidad, el niño no adquiere una representación fiel del mundo externo (realidad objetiva), sino que la construye y que esta se realiza a través de exploraciones parciales (Ceberio, 1998, p. 77).

Así, en este proceso se pone en juego el método de ensayo y error, procedimiento heurístico que le posibilita a un sistema buscar modificaciones conductuales cuando se encuentra en un medio desconocido para asegurar su adaptación. La epistemología se construye gracias a este método.

Lo que conocemos, entonces, es un recorte, una construcción que se adapta a un modelo conceptual previo, al cual, otras construcciones de posteriores actos cognitivos se adaptarán y lo enriquecerán y así recursivamente.

Cuando señalamos la tarea de reconstruir y reestructurar significados, no implica que se anulen las viejas significaciones; éstas no se abandonan, sino que, por el contrario, quedan ancladas y a su lado se colocan las nuevas.

Así, un terapeuta constructivista parte del supuesto de que lo que llamamos realidad proporciona numerosas posibilidades de descripción

Piaget señala que no existe ninguna construcción si no hay algún tipo de reflexión y es la que produce las conceptualizaciones que no pueden derivarse en forma directa de la experiencia sensorial.

Existen dos conceptos importantes, el de *equivalencia* y el de *identidad individual* debido a que inducen la noción de permanencia y son resultados de un proceso de abstracción, que permite establecer comparaciones que ejecutan distinciones del orden de la similitud o igualdad, ya sea porque pertenecen a la misma clase o porque introducen la variable temporal y nos llevan a decir que algo es la misma cosa.

Atribuir a algo una identidad individual presenta algunos problemas, en la medida en que cómo podríamos comprobar que cierto objeto ¿es el mismo objeto? en principio podemos afirmar que ese objeto es equivalente al de ayer, que es similar. Piaget resolvió esa dificultad conceptual y la llamó *externalización*. Debe haber, entonces un sitio mas allá del campo de la experiencia en el que el objeto pudo ser, mientras nos ocupábamos de experimentar otras cosas.

Por lo tanto, el paralelismo entre el flujo de experiencia y la permanencia de la identidad individual es el que nos posibilita seleccionar cualquier experiencia y realizar abstracciones e inferencias sobre ella, proyectándola a otra secuencia experiencial.

Este giro perceptivo permite comenzar a gestar nuevas interacciones, a partir de significados nuevos atribuidos al recuerdo, y son estas mismas interacciones las que refuerzan los nuevos marcos semánticos con que se revisten los vínculos y las situaciones.



Si pensamos las tres instancias temporales de pasado, presente y futuro, de manera recursiva, se desestructura la diacronía clásica. Los tres tiempos tienen una correlación directa y proporcional en donde se impregnan y superponen significados, influyéndose de manera continua; por lo tanto pueden estar bajo el dominio de un dinamismo constante; alrededor del presente, centrípetamente, oscilan el pasado y el futuro

La historia no es el pasado. El cuento que uno se cuenta acerca de su pasado no es el equivalente fehaciente de lo sucedido; son relatos de segundo orden en función de los investimentos semánticos, con los cuales nos aproximamos a las situaciones. Entonces una adecuada reformulación permuta esas atribuciones de significado, creando un relato alternativo. Si bien el pasado parece inmutable, al menos se modifica el sentido con que se construye la historia de ese pasado, con lo cual los hechos, personajes, situaciones, son los mismos, pero la mirada sobre ellos es diferente y este cambio, indefectiblemente, tendrá sus implicaciones en la pragmática presente, y por ende en la futura.

Desde el Constructivismo, se puede inferir que la razón de que algunos terapeutas se especialicen en el tratamiento de ciertas patologías, además del interés teórico, clínico y además de la dinámica interactiva, tiene que ver con su historia, en donde su rigidez o flexibilidad, se ensamblan como recurso o como obstáculo, de alguna manera con la de los clientes.

Si la observación del hecho es autoreferencial, cualquier inferencia descriptiva acerca de lo que vemos seguirá esta misma línea de subjetividad. Los conocimientos del percibiente están sesgados por su mapa y las propias construcciones que emergen del mismo.

Por lo tanto si la observación es autoreferencial, el evento es nuestro producto; mirando nuestra construcción, nos miramos a nosotros mismos.

Cualquier intervención en el ámbito de la psicoterapia será tendenciosa, a pesar de que se erige en nombre de la objetividad, puesto que dependerá por una parte de las hipótesis que el terapeuta construya del caso, de acuerdo con su complejo de abstracciones resultante de su estructura conceptual, y éstas contribuirán a crear la realidad del problema o una realidad alternativa.

De acuerdo con la perspectiva emergente de su mapa, el terapeuta, tenderá más a fijarse en alguno de los miembros de la familia, o preguntará o enfocará el diálogo, colocando mayor énfasis en algunos temas. En última instancia, el ciclo vital, el sexo, las situaciones particulares del momento de vida del terapeuta. Por lo tanto la labor del equipo sistémico por medio del espejo unidireccional, permite trazar diferencias en las puntuaciones de secuencia de interacción, y contar con una gama mas variada de descripciones que posibiliten construir una hipótesis más certera o por lo menos el resultado de la confluencia de numerosos puntos de vista, con respecto a lo que sucede. No obstante las hipótesis son el producto de la interacción, con lo cual la lectura no es unidireccional.

Si el misticismo y el racionalismo, dieron preeminencia a Dios y a la Razón, bajo la óptica de la linealidad del pensamiento ésto ofrecía algún tipo de seguridad con parámetros claramente establecidos. La Cibernética de segundo orden impuso la duda, involucrando al observador en lo observado, y anuló la atmósfera aséptica con que se concebía la percepción. El modelo constructivista, por su parte, planteó la subjetividad y relatividad de los juicios acerca de lo que se observa, por lo tanto, se desestructuró la rigidez del referente corrector de desviaciones.

La tarea epistemológica radica en descubrir las distinciones primarias que muestran como conoce el observador.

La circularidad autoreferencial de los juicios que aseveran verdades se pone en juego tanto en la vida cotidiana como en la investigación científica, haciendo necesario el conocimiento de la epistemología del observador: ya que una descripción implica a quien lo describe, por lo que es importante la descripción del observador, de lo que se deriva la necesidad de una teoría del observador.

Paúl Watzlawick (1988) señala que nuestros órganos de los sentidos nos proporcionan una imagen de la realidad que es factible comparar con aquella percibida por otras personas, para descubrir sorpresivamente que son idénticas; esta realidad es la que llamamos *realidad de primer orden*, que bajo la aparente simplicidad de concordancia de perspectivas, la posibilidad de percibirla es producto de procesos neurofisiológicos muy complejos, pero frecuentemente no nos detenemos en el interior del dominio de esta realidad: casi inevitablemente le asignamos un determinado valor, le atribuimos un

significado, por lo tanto ¿Quién podrá afirmar que lo que ve es absolutamente lo que es? si somos portadores de una historia experiencial que nos lleva a construir significados acerca de las cosas.

Del producto de esta atribución de sentido surge lo que se da en llamar *realidad de segundo orden*, realidad que siempre es el resultado de un acto constructivo, que involucra nuestro sistema de creencias. Es la que nos impide captar en forma pura sin inferencias de categorizaciones, la que transforma el acto de conocimiento en subjetivo y que por ser autoreferencial relativiza y particulariza nuestro producto de la observación

De esta manera se provocan los problemas humanos: las atribuciones de significado que le otorgamos a ciertos acontecimientos generan dos niveles de complicación: *la dificultad y el problema*. El problema podría ser definido como una atribución de significado a una dificultad que llevaría a bloquear el crecimiento de una persona.

“Decir que vivimos en un mundo de realidades de primer orden es guarecerse en la seguridad utópica de la objetividad. Entender que investimos los hechos de atribuciones propias, navegando en la incertidumbre y lo subjetivo resulta mas atrevido, pero convoca al respeto por las particularidades de nuestro propio mapa así como al de nuestro interlocutor” (Ceberio, 1998, p. 139).

Cuando hacemos referencia a las atribuciones de sentido y a las formaciones de significado que constituyen la realidad de segundo orden es viable pensar a través de qué instrumento logramos manifestar dicha realidad y es allí donde entramos al terreno del lenguaje.

Únicamente cuando nos introducimos al mundo de la semántica nos estamos refiriendo a una realidad de segundo orden a partir de lo cual podemos afirmar que si bien el código lingüístico nos proporciona la posibilidad de comunicarnos, la diferencia se produce en el ámbito de la significación.

Por lo tanto, *entendimiento no es homólogo a comprensión*, ya que podemos entender lo que el otro nos dice porque hablamos el mismo lenguaje, pero no siempre comprendemos la significación de lo que nos quiere decir, puesto que comienzan a actuar las atribuciones individuales.

Un rasgo característico del lenguaje, como sistema de comunicación es la posibilidad de hacer referencia a sí mismo; en el lenguaje es donde uno puede referirse al lenguaje.

La forma primaria de la comunicación matemática no es la descripción sino la imposición, lo cual puede ser ilustrado con la cocina donde lo dulce o salado indescriptible con palabras puede ser comunicado en forma de un conjunto de instrucciones, que se denomina receta; lo mismo sucede con la música, lo mismo ocurre en el ámbito de paciencia con el método científico donde sus pasos son órdenes que pautan la secuencia del proceso.

### **Teoría de la comunicación.**

Watzlawick (1991) afirma que un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. Esto puede llevar al observador a atribuir al objeto de estudio ciertas propiedades que quizás el objeto no posea. De hecho nuestro cerebro sólo puede percibir relaciones y pautas de relaciones.

Existe una contradicción entre la idea de procesos intrapsíquicos vs. interdependencia entre el individuo y su medio, la cual sirve de base para el surgimiento del concepto de intercambio de información en donde lo que se transfiere ya no es energía, sino información.

A partir de lo anterior se puede sostener que...”los sistemas interpersonales... pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es, a su vez, afectada por éstas”. (Watzlawick, 1991, p. 32).

Watzlawick (1991) distingue los siguientes axiomas de la comunicación:

1.-Uno de los planteamientos centrales es “**No es posible no comunicarse**”, el cual se refiere al hecho de que toda conducta es comunicación, en el que manejamos un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta que van desde la verbal, tonal, postural, contextual, etc., en que cada uno de ellos limitan el significado de los otros. Toda conducta tiene valor de mensaje y que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabra o silencio, tienen siempre

valor de mensaje. Tampoco podemos decir que la comunicación solo es intencional, consciente o eficaz cuando se logra un entendimiento mutuo.

**2.-Contenido y relación.-**Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, es sinónimo de **contenido** del mensaje, al margen de que sea verdadera, falsa, valida. El aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, a la **relación** entre los comunicantes.

Parecería que una relación sana se olvida del aspecto de la relación, en cambio las relaciones enfermas se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, desvaneciéndose la importancia del contenido. La relación puede entenderse claramente a partir del contexto en el que la comunicación tiene lugar. La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo la condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema de la percepción del self y del otro.

**3.-Puntuación de la secuencia de hechos.-** La puntuación organiza los hechos de la conducta y resulta vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. En psicoterapia se conoce como distorsión de la realidad: el problema radica en su “incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar su interacción, acompañada por las típicas acusaciones de maldad o locura. El dilema surge de la puntuación espúrea de la serie, a saber, la pretensión de que tiene un comienzo, y es este el error de los que participan en una comunicación” (Watzlawick, 1991, pp. 55,56).

**4.-Comunicación digital y analógica.-** Es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas, verbal o digital y no verbal o analógica. La relación entre un nombre y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida.

**5.-Interacción simétrica y complementaria.-**Son las relaciones basadas en la relación de igualdad o en la diferencia. En el primer caso los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y su interacción se considera simétrica. Ya sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse. En el segundo caso, la conducta de

uno de los participantes se complementa al otro. No se impone la relación sino que cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro.

## **1.2.-Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención:**

### **a).-Modelos sistémicos.**

#### **Terapia familiar estructural**

La terapia familiar estructural es un modelo desarrollado por Salvador Minuchin quien nació en Argentina en 1921 en el seno de una familia judía. Su formación corresponde a la de un médico psiquiatra. Emigró a los Estados Unidos en la década de los setentas.

De acuerdo con Desatnik (2004) Salvador Minuchin trabajó inicialmente con Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Berenice Rosman. En 1969 junto con Haley, Montalvo y Rosman desarrolló programas de entrenamiento para terapeutas que hacían énfasis en la supervisión en vivo, en el trabajo sobre experiencia directa y en el uso de videgrabaciones para aprender y aplicar las técnicas de la terapia estructural. Su esposa, Pat Minuchin ha desarrollado investigación y proyectos de atención psicosocial para poblaciones marginadas y de muy bajos recursos.

Ha desarrollado su modelo a partir de su práctica clínica con poblaciones marginadas en los Estados Unidos así como con familias con miembros con problemas psicosomáticos y del contacto que mantiene con los nuevos planteamientos de la terapia sistémica; de éstos se refiere al estudio de los individuos en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.

La terapia orientada desde este punto de vista se basa en **tres axiomas** (Minuchin, 1974):

- 1.- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. Ya que individuo y contexto se influyen recíprocamente

- 2.- Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- 3.- La conducta del terapeuta se incluye en el contexto de trabajo con un paciente o con su familia.

Desde este enfoque se concibe que los síntomas que presenta una persona son el producto del contexto en el que se desenvuelve. Por eso los miembros de la familia responden a las tensiones que los afectan presentando uno o más síntomas. El terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar su organización, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, lo cual se logra a través de modalidades alternativas de interacción entre sus miembros.

Para Minuchin (1974) la terapia estructural es una terapia de acción, su herramienta consiste en modificar el presente y el objetivo de las intervenciones es el sistema familiar. Con este objetivo confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar el sistema está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación, y socialización de sus miembros, Por lo tanto el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino para reparar o modificar su funcionamiento y realice sus tareas con mayor eficacia. En tercer lugar existen propiedades de auto perpetuación, por lo cual el proceso iniciado por el terapeuta será mantenido en su ausencia.

De acuerdo a este modelo la familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas, por lo tanto para el análisis de una familia el terapeuta se vale del siguiente esquema conceptual del funcionamiento familiar:

La familia realiza funciones que sirven a dos objetivos distintos: Uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma.

La familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad la cual posee dos elementos: un *sentimiento de pertenencia* y un *sentido de separación*. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos

familiares. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares y de la participación en grupos extrafamiliares.

La familia tiene tres componentes (Minuchin, 1974):

- *La estructura* de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- La familia muestra un *desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas* que exigen una reestructuración.
- La familia *se adapta a las circunstancias cambiantes* de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1984, p. 86 ).

Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, que establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntalan al sistema. Son mantenidas por dos sistemas de coacción, el genérico y el idiosincrático.

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambien, la existencia continua de la familia depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario.

En el sistema familiar se observan los siguientes subsistemas, individual, conyugal, parental y fraterno en donde sus integrantes se incorporan a diferentes relaciones complementarias a pesar de que suelen vivenciarse como una unidad en interacción con otras unidades.

Al analizar la estructura familiar se retoman los siguientes elementos:

Los límites de acuerdo con Minuchin (1974), están constituidos por las reglas que definen quienes participan de que manera y en que momento. La *diferenciación* de los mismos permite proteger la diferenciación del sistema, y esto se logra cuando dichos límites son claros y flexibles. Esto no siempre es así por la presencia de límites difusos



lo que lleva a que los subsistemas se encuentren excesivamente conectados, hay invasión y lo que pasa en un subsistema lo conocen los demás. Los límites son rígidos cuando las reglas no cambian a pesar de que la familia así lo exija, las actividades son rutinarias y si no se cumplen causan problemas. La comunicación entre los dos subsistemas es muy difícil y las funciones protectoras se ven perjudicadas. A estos dos extremos se les designan como *aglutinamiento* y *desligamiento*.

Además de los anteriores elementos también se consideran necesario realizar observaciones en la jerarquía, alianzas, coaliciones, triangulaciones, conflictos, geografía, y el territorio que tiene que ver con la centralidad o rol periférico que juegan los integrantes de la familia.

Estadios de desarrollo.

La familia no es una unidad estática sino en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. La familia esta de continuo sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera. Como todos los organismos vivos el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución, logrando mayores niveles de complicidad creciente.

Hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también periodos de desequilibrio, originados en el individuo y en el contexto. La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo en el que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas.

Este modelo de desarrollo incluye cuatro etapas principales organizadas en el desarrollo de crecimiento de los hijos (Minuchin y Fishman, 1981);

- La formación de pareja,
- familia con hijos pequeños,
- familia con hijos en edad escolar o adolescentes, y
- la familia con hijos adultos:

Cuando una familia demanda tratamiento sus problemas se deben a que tratan de mantener el estado de cosas lo cual los limita para enfrentar en forma creadora nuevas circunstancias.

Adaptación de la familia.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior. De hecho el estrés sobre un sistema puede originarse en las siguientes cuatro fuentes: *En el contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares, contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares, estrés en los momentos transicionales de la familia y estrés referente a problemas de idiosincrasia.*

Lo anterior demanda de una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas para que puedan crecer mientras el sistema conserva su continuidad.

Diagnóstico e intervención

La estructura familiar no es una entidad inmediatamente observable. Los datos se logran en el proceso de asociarse con la familia. Comienza señalando límites y pautas transaccionales y elabora hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no, ayudándose de la elaboración de un mapa familiar

En la terapia familiar las premisas del cambio plantean que éste se produce a través del proceso de asociación con la familia y su reestructuración de forma cuidadosamente planificada para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales.

Las indagaciones que realiza el terapeuta no siempre son sintónicas, en este caso las familias las descartan. Pero cuando responden, se pueden producir tres respuestas: asimilar sin dificultad la intervención del terapeuta a sus pautas transaccionales previas, lo que permite el aprendizaje pero no el crecimiento. Puede responder acomodándose a través de sus pautas transaccionales o de la activación de las pautas alternativas. Finalmente la familia puede responder como si se tratase de una situación completamente novedosa, convirtiéndose en una intervención reestructurante. Si la familia no la rechaza, se producirá un aumento del estrés en el sistema. La homeostasis de la familia se verá desequilibrada, abriendo camino para la transformación.

La función del terapeuta consiste en facilitar la transformación del sistema familiar lo cual incluye *tres pasos*, inseparables.

El terapeuta se asocia a la familia en una *posición de liderazgo*. Saca a la luz y *evalúa la estructura familiar subyacente*. Crea circunstancias que permitirán la *transformación de esa estructura*.

Desequilibrio en las transformaciones.

Para transformar es necesario que desequilibre el sistema, pero aplicando la técnica de compensación con flexibilidad para no ayudar a cristalizar la rigidez de la familia. Se necesita un profundo sentido de respeto para cada uno de los miembros para no perder a la familia.

Los pacientes evolucionan por tres causas: En primer lugar, se cuestiona su percepción de la realidad. En segundo lugar se les proporcionan posibilidades alternativas que les parecen adecuadas. Y, en tercer lugar, una vez que ensayaron las pautas transaccionales alternativas aparecen nuevas relaciones que se refuerzan a sí mismas.

En terapia familiar el diagnóstico es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con un proceso de unión con la familia.

La evaluación incluye seis áreas:

- 1.-La estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.
- 2.-La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes.
- 3.- La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
- 4.- El contexto de vida de la familia, con sus fuentes de apoyo y estrés en la ecología de la familia.
- 5.- El estadio de desarrollo y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio.

- 6.- Las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizadas para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Es claro que todos estos elementos son invisibles y sólo pueden percibirse a través de la acomodación y la exploración del sistema. El diagnóstico aparece en un mapa familiar, y se modifica constantemente a medida que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones restructurantes.

El empleo que el terapeuta hace de sí mismo en el sistema terapéutico es el instrumento más poderoso para promover un proceso de cambio en la familia. La coparticipación corresponde a una posición de cercanía, a una intermedia o rastreo y a una distante.

### Cambio

Es preciso cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar. La técnica es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte rumbo es la conceptualización que el terapeuta hace de la dinámica de la familia y el proceso de cambio, a partir de la meta del terapeuta.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1981) existen tres estrategias principales de terapia estructural de familia cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas: *cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.*

En relación con la estrategia de cuestionamiento del síntoma, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas son:

- Escenificación
- Enfoque
- Intensidad

Se cuestiona la estructura familiar debido a que las familias funcionales son sistemas complejos interrelacionados en un orden jerárquico. Los sectores disfuncionales a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Por ello la terapia de familia es en

buena medida un proceso en que se verifica la proximidad y la distancia. Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son:

- Fijación de Fronteras
- Desequilibramiento
- Complementariedad

Se hace el cuestionamiento de la realidad familiar, es decir del conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son:

- Constructos cognitivos
- Paradojas
- Lados Fuertes

#### **Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas:**

Es Milton Erickson quien sirve de inspiración para que en el MRI, de Palo Alto California, EE.UU. se desarrolle una conceptualización diferente de los modelos tradicionales, que tiene su concreción en las obras “Cambio” y “Tácticas del cambio”, que exponen la teoría que le sirve de base así como de las técnicas de intervención propias del modelo

Este modelo de terapia breve nace a partir del objetivo de comprobar qué podía conseguirse durante un periodo de tiempo estrictamente limitado a un máximo de diez sesiones de una hora, concentrando la atención en el principal desarreglo actual, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio que conociésemos o pudiésemos tomar prestadas de otros.

En el libro Cambio, Watzlawick y Cols. (1974), abordan el tema de la **persistencia** y el **cambio** en los asuntos humanos, en particular acerca de cómo surgen los problemas, para perpetuarse en algunos casos y para resolverse en otros. Muestra cómo fallan paradójicamente el sentido común y el comportamiento “lógico”, mientras que acciones tan “ilógicas” e “irracionales”, logran producir el cambio deseado. (pp.13).

Si observamos situaciones de la vida de las personas y familias, inmersos en un problema de un modo persistente y repetitivo, a pesar del deseo y de los esfuerzos realizados para modificar tal situación, surgen simultáneamente dos preguntas:

¿Cómo es que persiste esta indeseable situación? y ¿Qué es preciso para cambiarla?”  
(Ibidem, pp. 22)

Con el objeto de poder explicar lo anterior, el grupo del MRI, retoma dos teorías pertenecientes al campo de la lógica matemática:

- 1.-La teoría de grupos, y
- 2.-La teoría de los tipos lógicos.

En suma podemos decir que la teoría de grupos nos proporciona una base válida para pensar en la interdependencia entre persistencia y cambio. Pero no nos proporciona elementos para entender aquellos cambios que trascienden de un determinado sistema, para lo cual tenemos que recurrir a la *teoría de los tipos lógicos*.

Esta teoría considera el “concepto de colecciones de cosas” unidas por una característica específica común a todas ellas, sus componentes son designados como *miembros*, mientras que la totalidad misma es considerada *clase* en lugar de grupo. Un axioma esencial de la teoría de los tipos lógicos es la de que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser miembro de la misma” (Watzlawick y Cols., 1974, pp.26) Cualquier intento de ocuparse de uno en términos de otro está condenado al absurdo y a la confusión.

De los postulados de la teoría de los tipos lógicos se pueden derivar dos importantes conclusiones: a) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones y b) pasar de un nivel al inmediatamente superior supone una mudanza o variación, un salto, una discontinuidad o transformación, es decir un cambio de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que proporciona una camino que conduce *fuera* del sistema.

Resumiendo, existen dos tipos de cambios: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, (cambio de tipo 1), y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo (cambio de tipo 2).

Los grupos son invariantes al nivel del cambio 1 (es decir: al nivel del cambio de un miembro a otro, nivel en el que cuanto más cambian las cosas, más siguen permaneciendo las mismas), pero que están abiertos al cambio al nivel del cambio 2 (es decir: a cambios en cuanto a las reglas que gobiernan su estructura o su orden interno). (Watzlawick y Cols., 1974, pp. 30-32, ).

Recapitulando sobre el cambio se puede decir:

- a) **El cambio 2** es aplicado a aquéllo que dentro de la perspectiva del cambio 1 parece constituir una solución, debida a que dentro de la perspectiva del cambio 2, tal “solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver.
- b) Mientras que el **cambio 1** parece basarse siempre en el sentido común, el cambio 2 aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio
- c) Aplicar técnicas de cambio 2 a la solución significa que se aborda la situación en su “ahora y aquí”. Estas técnicas se aplican a los efectos y no a sus supuestas causas; la pregunta crucial correspondiente es *¿qué?* y no *¿por qué?*
- d) La utilización de técnicas de cambio 2 libera de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente.

La técnica de *reestructuración*.

Reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, el cual experimenta una situación y situarla dentro de otra estructura, que aborde los “hechos” correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos. La situación permanece inmodificada pero cambia el sentido atribuido a la situación, o como decía Epicteto en el siglo I, “no son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opiniones que tenemos acerca de ellas” (Watzlawick y Cols., 1974, pp. 120) El concepto de realidad no es la realidad *per se*, sino las “opiniones”, al significado y el valor atribuido al fenómeno en cuestión.

La reestructuración supone desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra.

Para la aplicación de tales principios se elaboró un procedimiento en cuatro etapas:

- 1.-Una clara definición del problema en términos concretos.
- 2.-Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar; lo cual evita quedar encerrado en soluciones erróneas, que no son mas que utopías.
- 4.-La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio, el objeto de cambio es la solución intentada.

### **Cuando la solución es el problema:**

Dificultades y problemas:- Dificultades se refieren a un estado indeseable que bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común, al nivel de cambio 1. Cuando hablamos de problemas nos referiremos a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades:

- 1) Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: *es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.*
- 2) Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable (por ejemplo; el hiato generacional o bien cierto porcentaje de alcohólicos dentro de la población general) o bien inexistente: *se emprende una acción cuando no se debería emprender.*
- 3) Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir de nivel lógico inmediatamente superior, o bien, se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1: *la acción es emprendida a un nivel equivocado.*

Resumiendo la idea acerca del origen y persistencia de los problemas: éstos comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, tal dificultad puede surgir de algún acontecimiento desacostumbrado o fortuito, siendo más probable que su comienzo esté en una dificultad corriente, vinculada con alguna de las transiciones que se experimentan periódicamente en el transcurso de la existencia – matrimonio, el



nacimiento de un hijo, el inicio de la asistencia al colegio, etc. -. La mayoría de la gente hace frente a estas dificultades en una forma razonablemente adecuada. Para que una dificultad se convierta en `problema , tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; y 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original.

Por lo tanto el enfoque del tratamiento y de la solución de problemas constituye la contrapartida de esta visión de la naturaleza de los problemas y de su persistencia. Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de “solución” otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema (lo cual incluye a veces cambiar la evaluación que se hace de la conducta por parte del cliente)

Además se piensa que existe la posibilidad de que un cambio inicialmente pequeño de la interacción en círculo vicioso, dirigido de modo adecuado y estratégico, pueda hacer que se inicie un círculo beneficioso, en el que un aminoramiento de la solución conduzca a un aminoramiento del problema, y éste a su vez a un aminoramiento de la solución, y así sucesivamente. Por tal razón se considera que el objetivo primordial de un terapeuta no tiene por qué consistir en solucionar todas las dificultades sino iniciar un proceso de inversión.

Para promover dicho cambio el modelo ofrece un conjunto de técnicas que se agrupan en dos clases de intervenciones, las principales y las generales:

Las intervenciones principales están constituidas por:

- 1.-El intento de forzar un evento que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- 2.-El intento de dominar un acontecimiento temido, aplazándolo
- 3.-El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
- 4.-El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
- 5.-La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Las intervenciones generales incluyen:

- 1.-No Apresurarse.
- 2.-Los peligros de una mejoría
- 3.-Un cambio de dirección.
- 4.- Como Empeorar el problema.
- 5.-La ilusión de alternativas.
- 6.-Rituales.

### **Modelo de Terapia Estratégica.**

Este modelo terapéutico fue básicamente desarrollado por Jay Haley y Cloe Madanés. El primero en su libro “Terapia para resolver problemas” (1976), plantea el desarrollo de técnicas específicas para la resolución de dilemas humanos. El enfoque terapéutico tiene por objeto principal solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente, haciendo hincapié, no en un método particular, sino en encarar cada problema con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica. La tarea del terapeuta consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente a fin de modificarlo.”(Haley, 1976, pp15.)

En el modelo de terapia estratégica un problema se define como “un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos. Un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa”. (Haley, 1976, pp. 16)

Haley (1976) plantea que la unidad de intervención es el contexto social donde se encuentra inmerso el individuo que presenta algún tipo de problema. Inclusive, el propio terapeuta, desde el momento en que es requerido para brindar sus servicios, queda integrado dentro de dicho contexto que rodea a la persona que presenta la queja. Ello ocurre en la manera en que contribuye a definir el problema, de tal forma que con tal definición es posible que haga mas difícil el cambio deseado.

De hecho considera la ampliación de la unidad social hasta donde la situación lo demande, de tal modo que puede ir más allá del contexto social familiar para incluir por

ejemplo la escuela, el equipo de profesionales hasta contemplar al mismo sistema económico. El terapeuta puede adoptar posiciones extremas, ya sea aplicando criterios estrechos que lo lleven a definir el problema como un caso de percepción distorsionada por parte del cliente, lo que es actualmente inaceptable o en su caso desde el extremo opuesto asumir un radicalismo que le permite decir que todos los problemas son de índole económica y cultural.

Por ello Haley (1976) declara que independientemente de su posición como ciudadano, como terapeuta “su obligación es definir la unidad social que él puede cambiar para resolver así el problema que le presenta un cliente” (pp.19)

El modelo estratégico demanda, para su aplicación, de la adopción de un criterio centrado en el problema de las personas que lo presentan. Algunas de las implicaciones de tal enfoque son, en primer lugar, que el terapeuta necesita determinar si su intervención terapéutica forma parte de alguna coalición o si está al servicio de algún tipo de control social de la sociedad en su conjunto. Por otra parte, requiere de ampliar su flexibilidad y espontaneidad que ayuden a adaptarse a problema en particular para cuyo tratamiento es inconveniente la aplicación rígida y estereotipada de cualquier técnica o método por muy eficaz que haya resultado en anteriores aplicaciones.

Para el modelo estratégico, como para otros, es muy importante la primera entrevista, la cual sigue los siguientes puntos:

- 1.- Etapa social, en donde además de saludar a la familia, se obtiene la información de cada uno de los asistentes, y se establece una relación empática, para que se sientan cómodos y sea posible obtener la colaboración que el cambio requiere;
- 2.-Etapa de planteo del problema: se indaga acerca del problema presentado.
- 3.-Etapa de interacción: donde se pide a los integrantes de la familia que conversen entre sí.
- 4.-Etapa de fijación de metas, en la cual se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr.

Técnicas de intervención:

Prácticamente todas las técnicas que plantea Haley proceden de Milton H. Ericsson, las cuáles fueron desarrolladas en el ámbito de la hipnoterapia. Tienen como objetivo

principal hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga experiencias subjetivas diferentes. Permiten intensificar la relación entre el cliente y el terapeuta, diciéndoles a aquéllos que hacer. Se usan para obtener información, observando la manera en que reaccionan al recibir una directiva.

Se considera que el terapeuta juega un papel muy activo, cuando realiza la impartición de directivas. Sin embargo el aspecto de la responsabilidad, es un asunto complejo, ya que no obstante que es el terapeuta quien determina ciertos cursos de acción un análisis detenido muestra que de alguna manera es el cliente quien indirectamente induce al terapeuta en el diseño de sus estrategias de intervención.

Tipos de directivas:

Hay dos maneras de impartir directivas:

- 1.- Decirles a las personas qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan, y,
- 2.- Decírselo con el propósito de que no lo cumplan, o sea de que cambien por la vía de la rebelión.

En el primer caso comprende dos tipos de directivas: a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo; b) pedirle que haga algo diferente. Esto puede hacerse mediante buenos consejos, lo cual supone que la gente ejerce control racional sobre sus actos, idea que quizás conviene desechar; -dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia. En este caso se propone introducir la acción.

- Directivas metafóricas.
- Tareas paradójicas.
- Ordalía.

### **Modelo de Milán.**

En 1967 se funda el Centro para el Estudio de la Familia en Milán, por Mara Selvini Palazzoli, conformándose un equipo entre otros por Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin. El paradigma que rige los trabajos de esta época considera que la llamada patología psíquica es producto de los trastornos de la comunicación. La Teoría de la Comunicación sirve de puente para la introducción de las ideas de sistema y contexto.

La elaboración del concepto de contexto se convierte en un nexo para el paso de la comunicación al juego. Retoman la idea espacio cuantitativa de Watzlawick (1991), para quien “un fenómeno sigue siendo inexplicable hasta que el campo de observación no es lo suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar (pp.22)”. De ahí se pasa al deslizamiento como la maniobra de un juego.

En 1971, se presenta un conflicto en el centro que ocasiona que Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata se separen del resto del grupo, al inclinarse por la aplicación de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética a la terapia. En 1982 se anuncia la disolución del nuevo grupo (Rodríguez, 2004). Selvini Palazzoli y Prata continuaron con la investigación acerca de la familia sobre todo con problemas de anorexia mientras que Cecchin y Boscolo se dedicaron a la investigación sobre formación y terapia. Influenciados por Maturana, Varela y Von Foerster atienden al sistema observador más que al observado como antes y a enfatizar lo que ocurre durante el proceso más que a la información final.

Una de las innovaciones más notorias del grupo de Milán es la inclusión de los rituales, que son prescripciones que cambian las reglas de la familia sin dar explicaciones. Parten de la convicción en cuanto a la necesidad de inducir a la familia a hacer antes que a comprender, lo cual es una expresión del abandono de toda estrategia parapedagógica o interpretativa, para privilegiar lo no verbal o analógico.

Posteriormente se desarrolla la intervención muy eficaz que se conoce como connotación positiva, que consiste en aprobar todas las conductas del paciente señalado y de los demás miembros de la familia. Parte del supuesto de que la conducta observable de la familia es autocorrectiva y tiende a mantener el equilibrio del sistema. Cualquier comunicación explícita de nuestra parte por promover el cambio sería anulado. De aquí se considera que para ser aceptado por el sistema familiar es necesario aprobar sus conductas que apuntan a la unidad familiar. Es una alianza con la familia en sus esfuerzos por defender la homeostasis en el momento en que se siente más amenazada. Este concepto ha quedado incluido en el de neutralidad. (Selvini, Palazzoli 1990).

En el libro “Paradoja y Contraparadoja” (Selvini Palazzoli, 1988) se parte de una hipótesis fundamental: “La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por

reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores” (pp.13). Por lo tanto influir sobre los síntomas implica cambiar las reglas, lo cual se enfoca sobre los puntos del sistema sobre los cuales convergen el mayor número de sus funciones esenciales.

Para el Modelo de Milán es el interjuego de la tendencia homeostática y de transformación lo que produce un equilibrio provisorio que garantiza la evolución. La rigidez de repetir las soluciones memorizadas produce un sistema patológico.

Parte de la epistemología sistémica que considera a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional sobre el conjunto: el poder se encuentra en las reglas del juego. El empleo de los conceptos de retroalimentación y función permite superar la lógica tradicional que considera que una cosa o un hecho tienen alguna propiedad, planteando que existe discontinuidad entre una clase y sus miembros, y cuando no se respeta ésta se produce una paradoja.

“En el funcionamiento de una familia con transacción esquizofrénica se elabora la hipótesis de la regulación por una simetría encubierta. El control efectuado en el caso de familias con niños psicóticos en relación con las familias de los abuelos paternos y maternos ha confirmado plenamente la afirmación de Bowen quién considera que “son necesarias por lo menos tres generaciones para tener un esquizofrénico. En las familias de origen, las soluciones encontradas a los problemas de cómo vivir, se expresan mediante normas rígidas y repetitivas. En la segunda generación, es decir en la nueva pareja además de las soluciones disfuncionales creadas por la primera generación surge otra disfunción fundamental: *la cautela a exponerse por miedo al rechazo*” (Selvini Palazzoli, 1988, pp. 32)

Dentro de los cambios del lenguaje es importante destacar el abandono del verbo SER, para emplear el de PARECER Y finalmente utilizar el de MOSTRAR., que permiten observar los efectos como si fuesen jugadas.

Algunas de la técnicas empleadas son:

- Connotación positiva
- Prescripción de la primera sesión

- Rituales familiares.
- De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo
- Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre los padres.
- Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa.
- Como recuperar a los ausentes.
- Como eludir la descalificación.
- El problema de las coaliciones negadas.
- Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie.
- Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema.
- Los terapeutas abandonan el rol paterno prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación.

En el desarrollo del Modelo de Milán la realización de la entrevista adquiere una importancia central, ya que todo lo que hace un terapeuta durante la misma se considera como intervención. Cada intervención puede tener efectos terapéuticos así como no terapéuticos, cuyos resultados son determinados por el paciente, no por el terapeuta

De acuerdo con Peggy Penn (1982) el desarrollo de la entrevista circular se funda en los principios de doble descripción, circularidad y cambio evolutivo, que explican los cambios en las coaliciones familiares a través del tiempo y la aparición de problemas relacionados con estos cambios.

Un síntoma se puede ver como parte de un circuito o secuencia circular de sucesos que tienen una estructura de retroalimentación, la cual incluye el síntoma. La unidad de mente es el circuito en donde hay un potencial para todo elemento del mismo para cambiar o reestructurarse a sí mismo cuando se introduce información.

El equipo de Milán planteó tres principios –neutralidad, hipotetización y circularidad-, para guiar al terapeuta en la conducción de entrevistas circulares, las cuales al igual que las preguntas reflexivas, tienen la virtud de producir cambios sin necesidad de una intervención final. Esto por supuesto mediante la aplicación de una cuarta directriz: elaboración de estrategias.

En cuanto al *primer principio de neutralidad* en el artículo “Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad.” Cecchin

(1989), plantea que es imposible permanecer neutral pues todo comportamiento tiene una carga política. El comportamiento de uno está siempre en relación con el comportamiento de otros, “actuamos en relación”. (pp. 9)

La neutralidad se considera como una postura de no involucramiento, la creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta que lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos que a su vez engendran curiosidad.

El pensamiento lineal no ayuda a construir un marco de curiosidad, pues tienen el efecto de terminar el diálogo. Cuando suponemos que tenemos una explicación, dejamos de buscar otras explicaciones y así renunciamos a una postura de curiosidad. Evitar determinar si las explicaciones son verídicas o falsas inventando múltiples interpretaciones favorece el desarrollo de una visión sistémica.

Si somos curiosos, actuamos abandonando la interacción instructiva y con ello el intento de dirigir a la gente. Ya que la curiosidad y la preocupación por el patrón generan respeto, que a su vez genera un sentido de curiosidad. Por lo tanto se respeta la integridad del sistema, lo cual acrecienta la curiosidad acerca de cómo ideas, comportamientos, y eventos participan en la creación el mantenimiento de la integridad del sistema. Y como no podemos inventar una familia, sólo nos queda interactuar de alguna manera que tal vez perturbará al sistema de tal forma que encontrará su propio guión nuevo.

Respecto al *segundo principio, hipotetización*, la curiosidad nos impulsa a seguir buscando descripciones y explicaciones diferentes. La hipotetización tiene que ver más con la técnica. Si no generamos hipótesis es que hemos aceptado la de la familia, estamos supeditados a la autoridad de los maestros, o buscamos explicaciones exactas, o usamos el verbo “ser”.

*El tercer principio de circularidad*, se convierte en una técnica alimentada por la curiosidad, para el desarrollo de hipótesis y el sostenimiento de la neutralidad, que permite la creación de curiosidad dentro del sistema familiar y del sistema terapéutico.

Asimismo permite socavar el sistema de creencias familiares que esta asentado en verdades y el uso del verbo ser. Esto se hace con preguntas orientadas al futuro. Si



somos curiosos, cuestionamos las premisas, las nuestras y las de la familia. Las familias intervienen en nuestro sistema ayudándonos a ser mejores pensadores sistémicos

El objetivo primordial del interrogatorio circular es proporcionar nueva información contextual a la familia. Consiste en la solicitud de información a cada uno de los miembros de la familia respecto a su opinión y experiencia acerca de la inquietud presentada por la familia; las secuencias de interacción relacionadas con el problema, así como las diferencias en sus relaciones fuera del tiempo establecido.

Permiten generar hipótesis y diseñar intervenciones a efecto de interruptor los ciclos disfuncionales de interacción y cambiar los mitos y creencias que sustentan el síntoma.

En resumen la primera entrevista inicia con preguntas circulares del tipo de la primera categoría, definición del problema, para conocer las perspectivas de cada uno de los miembros sobre la situación, se comienza en el presente, se explora el pasado y se averiguan las expectativas en relación a situaciones hipotéticas.

-Entonces se pasa a la segunda categoría la de secuencia de interacción, relaciones con el problema. Una perspectiva circular del problema se obtiene cuando el ciclo completo de las interacciones repetidas queda claro. Se exploran las soluciones intentadas sobre lo que pareció ser más o menos efectivo.

-Con la tercera categoría, la de comparación y clasificación se exploran las relaciones, creencias, valores mitos pensamientos y sentimientos.

-Una vez que las interacciones familiares y los sistemas de creencias se han aclarado y que las hipótesis han sido tentativamente confirmadas se aplican las preguntas las preguntas de la cuarta categoría o interventivas.

Peggy Penn (1982) plantea que el interrogatorio circular consta de nueve categorías:

- 1.-Información verbal y analógica.
- 2.-Definición del problema.
- 3.-Alineación de coaliciones en el presente.
- 4.-Una secuencia diferente.
- 5.- Preguntas de clasificación y comparación.

- 6.-Preguntas sobre acuerdos.
- 7.-Murmurar en presencia de otros: información triádica.
- 8.-Comparación de subsistemas.

### **Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones**

El modelo de terapia breve centrada en soluciones que se expone a continuación surge a principios de la década de los 80 y tiene como sus representantes más importantes a Steve de Shazer, así como Insoo Kim Berg. Trabajaron con el primero tanto Eve Lipchik como Michel Weiner-Davis quien se integra posteriormente al trabajo con William Hudson O'Hanlon.

Entre los pioneros más importantes del enfoque hacia las soluciones está Milton Erickson. Asimismo se encuentran antecedentes dentro de los trabajos realizados por la Clínica de Terapia Breve Del Mental Research Institute (MRI), y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC).

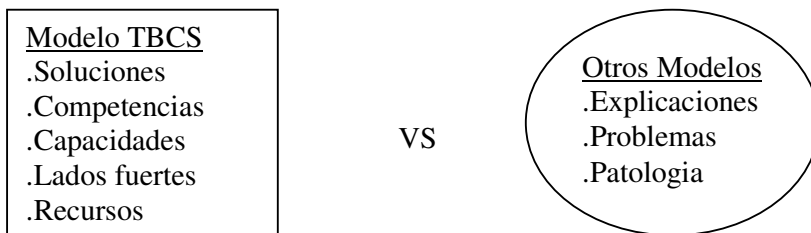
Bases del Modelo:

En este centro se desarrolla el modelo con las siguientes características esenciales:

a).- Se centra en las soluciones y en los aspectos positivos.-El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, y dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y ampliar estas secuencias de solución.

b).- No existe la resistencia, los clientes realmente quieren cambiar aunque no siempre sigan las sugerencias del terapeuta. Esto cual enseñan a los terapeutas cuál es el método más productivo para ayudarles a cambiar. Por lo tanto cada cliente tiene una forma única de cooperar.

c).- Utiliza una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones y cómo llegar a ellas. La construcción de soluciones tiene menos que ver con las quejas específicas que traen los clientes, por lo que las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que el terapeuta sepa mucho sobre el problema, e incluso sin saber nada sobre él.



d).- Suscitar imágenes de lo que podría o debería ser: ver potenciales y evocar acciones. Para ello se aplican las tareas de fórmula o tareas de la primera sesión como la tarea de la sorpresa y la tarea genérica. Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien; parece producir aun más cosas positivas.

e).- Existe una influencia inevitable de las **expectativas** sobre las acciones y percepciones. Por ello el modelo afirma que los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto las positivas como las negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia.

Puesto que las expectativas influyen sobre lo que se consigue, los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los consultantes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo. Mantenemos premisas que se centran en los recursos y las posibilidades, que se pueden convertir en profecías autocumplidoras.

- Cada cliente es único. Requieren de intervenciones específicas.
- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. Solo tiene que recordarlas o aumentadas.
- El cambio es constante.- Te comportaras como si el cambio fuera inevitable
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos. No hay una forma única valida o correcta de vivir la vida. Usted no puede cambiar a los clientes; sólo ellos pueden cambiarse a si mismos;
- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas. Existen puntos de vista

más o menos útiles, es decir las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución.

- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. Dice Lipchik (2004), como no podemos cambiar el pasado, debemos concentrarnos en el futuro.
- El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos. Sin embargo Lipchik plantea que la TCS avanza a paso lento

Adicionalmente Lipchik(2004) menciona que las emociones son parte de todo el problema y de toda solución.

Supuestos teóricos sobre la pregunta del milagro.

**La definición del problema** es función del proceso de evaluación, mismo que está influido por las metáforas y presupuestos del terapeuta respecto a las personas y la naturaleza de los problemas, así como por la teoría.

Ya que la experiencia de las personas está muy influida por los contextos en los que viven, la “realidad no es algo dado, fijo, estático. Está influida por nuestra cultura y por las interacciones con los demás”, por el lenguaje y palabras que usamos y por la visión del mundo que tenemos. (O’Hanlon, 1990, pp.66)

En vez de buscar los verdaderos sentimientos, problemas o puntos de vista de los clientes se prefiere influir y co-crear activamente estas experiencias modelando y configurando un problema presentado más sólido.

Por ello es que siempre empezamos todas las primeras sesiones con la premisa de que es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un “problema”. Se ayude a las personas a ver su situación de una forma nueva.

Si no se logra deshacer el problema, entonces la prioridad es lograr que el problema parezca más manejable, reduciendo el tamaño del problema a los ojos del cliente.

**La herramienta fundamental para la intervención terapéutica es el lenguaje** ya que permite la posibilidad ya sea de solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad así como para cuestionar las certezas inútiles. Por eso se considera el lenguaje

como el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable. Está dirigido a producir cambios en la percepción y en la conducta. La esencia de estos métodos es la utilización de ***presuposiciones***. Las presuposiciones son formas de hablar que presuponen algo sin afirmarlo directamente.

Como terapeutas se dan claves y señales tanto sutiles como obvias de las propias premisas y la visión del mundo y acerca del cambio, por ello es esencial que se tome conciencia de ellas y se manejen apropiadamente.

Una descripción inadecuada permite la permanencia del problema así como una descripción correcta permite la solución del problema. De ahí que si se permite que una persona cuente su problema, de alguna manera se deja que seduzca o que se adopte su visión del mundo que justifica su problema. Si la descripción fuera correcta, el problema estaría solucionado, si el problema no está solucionado, la descripción es falsa.

Se recomienda: adaptarse al lenguaje del cliente; adoptar su modalidad sensorial considerando las formas visual, auditiva y sensitiva y encausar el lenguaje del cliente, para quitar el empleo de etiquetas fijas y negativas, llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano.

Una acción importante es despatologizar o normalizar las situaciones de los clientes.

**La pregunta del milagro** realmente es una secuencia de preguntas. Se emplea como un instrumento para construir con los clientes objetivos bien definidos los cuales tienen que ser pequeños, conductuales, descritos como “empezar algo, presencia de algo, interaccionales, alcanzables, y que los clientes perciban que conseguirlos implica “trabajar duro”.

Se puede empezar con una pequeña introducción a la pregunta del milagro a fin de crear un escuchar atento:

“Permítame que les haga una pregunta un tanto complicada y extraña...Supongan que esta noche, mientras están durmiendo sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven...”

Trabajo sobre las excepciones.

La **pregunta de excepción** lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tuvieran. Al ampliar la descripción de estas ocasiones, puede ser que los clientes descubran soluciones que habían olvidado o en las que no habían reparado, o bien los terapeutas pueden encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras.

Las excepciones son las conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.

Se van construyendo y pueden desglosarse en los siguientes pasos:

- 1.-Suscitar el tema de excepciones.
- 2.-Marcar de tal modo que la excepción no pase inadvertida a los ojos del cliente y que suponga una diferencia que haga la diferencia.
- 3.- Ampliar la excepción.
- 4.-Atribuir el control, construir la excepción como algo deliberado, y
- 5.-Seguir preguntando que mas excepciones se han presentado, volviendo a marcar, ampliar.

**Las preguntas de escala** están destinadas a facilitar el tratamiento ya que miden la propia percepción del cliente de sus cambios y metas.

Es importante clarificar que se puede utilizar con cualquier persona que sepa que 10 es “en cierto modo” mejor que 0, y que 5 es en este tipo de escala mejor que 4.

Existen clientes que no son capaces de describir excepciones, o de contestar a preguntas orientadas al futuro, en este caso lo más indicado es reunir información detallada sobre el tema retomando el enfoque de terapia breve centrada en problemas. Para ello se reúne información muy específica sobre los marcos de referencia en los que los clientes sitúan el problema y las circunstancias y la secuencia de eventos cuando sucede el problema.

El modelo postula que las formas fundamentales de cambio pueden iniciarse desde:

-Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática.-La acción, patrones de conducta, interacciones, lenguaje no verbal, tiempo y ritmo.

-Cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática. -La visión tiene que ver con los puntos de vista, patrones de atención e interpretación, explicaciones, evaluaciones, creencias, presunciones e historias de identidad.

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

-La experiencia.- Sensaciones, pensamientos, fantasías automáticas, invitaciones.

-El contexto, comunidad de la gente con la que estamos.

Para modificar la queja, el modelo plantea que el terapeuta realice intervenciones sobre el patrón de la queja, sobre el patrón del contexto, tareas de fórmula y connotaciones positivas.

## **b).-Enfoques terapéuticos posmodernos.**

### **Terapia Narrativa**

Este modelo de trabajo tiene como sus fundadores a Michael White, trabajador social, quien es codirector del Centro Dulwich en Adelaida, en Australia del Sur; y a David Epston, antropólogo codirector del Centro de Terapia Familiar de Auckland, Nueva Zelanda. Es a partir del Segundo Congreso de Terapia Familiar Australiana en Adelaida, realizado en 1981 que desarrollan una profunda amistad y una asociación de trabajo profesional, a pesar de los miles de kilómetros que los separan. De parte de Cheryl White procede la influencia del enfoque feminista hacia esta nueva manera de hacer terapia.

Para entender el surgimiento de la Terapia Narrativa es preciso ubicarla como parte del **postmodernismo**. Payne (2002) considera que la vida humana es demasiado lábil, única, polifacética, incierta y compleja para que se puedan alcanzar conclusiones mediante el conocimiento experto. Se considera que es más apropiado -y no por eso el

único o superior-, el pensamiento que permite la interpretación de los sistemas humanos.

White (1980) afirma que fue a través de los escritos de Bateson como llegó a conocer el **método interpretativo**, el cual parte de la premisa que plantea que “Dado que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere un acto de interpretación” (White, 1980, pp. 20) Retoma los planeamientos que hace Bateson respecto a que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinada y restringida por su contexto receptor; es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo.

La narrativa afirma que el método interpretativo en vez de proponer que “cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, plantea que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento” (White, 1980, pp. 21). Por esta razón White dirige sus observaciones hacia cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo al hacer esto, contribuyen sin darse cuenta a la supervivencia y a la carrera del problema. Al ver las cosas de esta manera difiere de los teóricos que consideran que el problema de alguna manera es requerido por el sistema; por lo tanto más bien se centra en las exigencias del problema para su supervivencia y por los efectos que tienen esas exigencias sobre las vidas de las vidas y las relaciones de las personas, por ello afirma “he propuesto que las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema” (White, 1980 , pp. 21).

La analogía del texto le permitió considerar que la organización refleja la interacción de “lectores” y “escritores” en torno a ciertos relatos o narraciones. Esto le llevó a proponer su terapia como de mérito literario.

Por considerarla como un producto de los avances más recientes de las ciencias sociales, el modelo prefiere la adopción de la analogía del texto, en virtud de que si bien una manifestación del comportamiento se produce en el tiempo, de modo tal que cuando se le presta atención ya no se está dando, el significado que se adscribe a ese comportamiento se prolonga en el tiempo. Fue esta adscripción de significado lo que



llamó la atención de los investigadores que, en su esfuerzo por entenderla, apelaron a la analogía del texto.

La obtención de significado y sentido de continuidad, tiene como costo el hecho de que cualquier narración no puede abarcar jamás toda la riqueza de nuestra experiencia vivida. Ello ocurre por la aplicación del mecanismo de selección que nos permite dejar de lado, de entre el conjunto de hechos, aquéllos que no concuerdan en los relatos dominantes, que tanto los demás como nosotros desarrollamos acerca de nuestra identidad. En consecuencia tales relatos son constitutivos pues modelan nuestras vidas y las relaciones.

El pensamiento de White y Epston se ha visto influenciado por una de las ramas de la psicología social, el Construccionismo Social, que enfoca las relaciones entre personas y las normas sociales y culturales que las moldean, en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas. Por ello considera que la evolución de la vida de las personas y sus relaciones se vinculan con la relativa indeterminación de todos los textos. Esto implica que cuando una persona acude a terapia es porque existen relatos dominantes, en la medida en que no dejan espacio suficiente para la presentación de los relatos preferidos por la persona, o porque encuentra inútiles, cerrados e insatisfactorios ciertos relatos, dado que no incluyen suficientemente la experiencia vivida o se hallan en contradicción con aspectos importantes de esta experiencia.

Por lo tanto, un resultado aceptable sería la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentan como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

Lo anterior se logra a partir de todos aquellos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante, a los cuales White, siguiendo a Goffman (1961, citado en White) llama “acontecimientos extraordinarios” y que incluyen todo tipo de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, que tienen una localización histórica, presente o futura, y que el relato dominante no puede incorporar.

La analogía del texto nos proporciona algunas ventajas como proporcionar un contexto sociopolítico de la experiencia de la persona; además nos permite estudiar la acción y los efectos del poder sobre la vida y las relaciones.

El principal teórico que plantea esta nueva visión alternativa del poder es Michael Foucault, quien “sostiene que nosotros experimentamos sobre todo los efectos positivos y constitutivos del poder, que estamos sujetos al poder por medio de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Estas verdades, a su vez se construyen o producen en el funcionamiento del poder (Foucault 1979, 1980, 1984<sup>a</sup>, citado en White, 1993, pp. 35, 36).

Externalización del problema.

“La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía.” (White, 1997, pp. 53).

Las personas inicialmente relatan, de acuerdo con la analogía del texto, una descripción saturada del problema, la cual constituye un relato dominante de la vida familiar. La externalización permite una nueva descripción de sí mismos y de sus relaciones, no saturada del problema, permitiendo el desarrollo de una historia alternativa, a partir del descubrimiento de ciertos hechos que contradecían el anterior relato.

Este abordaje, hace disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.

- ✓ Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante los intentos de resolverlo.
- ✓ Facilita la cooperación de las personas entre sí y que se puedan unir en una lucha común contra el problema.
- ✓ Amplia las oportunidades de que las personas actúen para alejar su vida y sus relaciones de la influencia del problema.

- ✓ Es posible afrontar de modo más eficaz y menos tenso problemas que parecían más serios.
- ✓ Se pasa de un monólogo a un diálogo sobre el problema.

En este contexto de externalización, “no son la persona ni la relación las que constituyen el problema. Es el problema lo que es el problema, y por tanto la relación de la persona con él se convierte en el problema” (White, 1997, pp. 55).

La externalización ayuda a las personas a recuperar la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida; para este propósito se ha desarrollado un modo de plantear las preguntas que ayuden a las personas a localizar, generar o resucitar historias alternativas.

Preguntas de influencia relativa.

Es desde la primera entrevista que se emplean estas preguntas consiguiendo que las personas se involucren inmediatamente en la tarea de separarse del problema. Las preguntas de influencia relativa se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero ayuda a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. El segundo las insta a describir su propia influencia sobre la vida del problema.

Estas preguntas ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que incluye el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.

Un paso muy importante es “bautizar” el problema, con lo cual se adquiere la sensación de autonomía frente al problema. Inicialmente se emplean definiciones generales o muy específicas.

Acontecimientos extraordinarios.

A pesar de que la exploración incluye diversas áreas de influencia, no es necesario ser exhaustivos; con sólo identificar un acontecimiento extraordinario es posible iniciar la construcción de nuevos significados. Esta afirmación se sustenta en el presupuesto

fundamental de la terapia breve que considera que es suficiente un pequeño cambio para iniciar transformaciones mayores en el sistema.

Dichos acontecimientos extraordinarios se encuentran al hacer una revisión histórica de la influencia de las personas sobre la vida del problema, y a veces se producen en las mismas sesiones, gracias a la curiosidad del terapeuta quien contribuye a que se hagan más perceptibles. También pueden situarse en el futuro, los cuales pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema o investigar las esperanzas de liberarse de ciertos problemas.

Cuando una persona busca ayuda es muy importante que el terapeuta considere aquello que pueda ser significativo para dicha persona y que no se deje dominar por sus propios criterios respecto de cuáles son los avances en la vida de las personas y sus relaciones. No importa tanto el tamaño sino la dirección de los pasos dados por las personas, que se retomen como acontecimientos extraordinarios.

En la práctica de la entrevista a los casos atendidos se emplea un método deconstructivo, que tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas; esas llamadas verdades divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas. Este método hace extrañas esas realidades y prácticas familiares, es decir “vuelven exótico lo doméstico”, con lo cual se consigue la reapropiación del yo. Esto en el sentido de hacernos más concientes de la medida en que ciertos modos de vida y de pensamiento modelan nuestra existencia y así podemos estar en condiciones de decidir vivir de acuerdo a otros modos de vida y pensamiento.

Dentro del proceso de deconstrucción se plantean como tareas esenciales:

- la deconstrucción del relato
- la deconstrucción de las practicas de poder y
- la deconstrucción de las prácticas discursivas.

*Deconstrucción del relato.*- Brunner (citado en White (1997), al referirse a los textos, propone la idea de que las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia. El panorama de acción está constituido por a) hechos eslabonados en b) secuencias particulares a través de c) la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con d) tramas específicas.

El proceso de interrogar se estructura mediante la aplicación de dos metáforas, una tomada de la literatura y otra de la antropología. “La metáfora literaria es la de componer y recomponer, en donde la persona que responde a las preguntas del terapeuta, cuenta, vuelve a contar su relato del yo, incorporando nuevos subargumentos. La metáfora antropológica es la del rito de paso. Al responder a las preguntas del terapeuta la persona atraviesa por tres etapas. La primera de separación donde la persona se disocia de las percepciones dominantes de su historia, situación o identidad. La segunda es limítrofe o transicional: la confusión inducida por la primera se junta con la conciencia de nuevas posibilidades para el cambio. La tercera etapa es la de reincorporación; los redescubrimientos y nuevos haberes de la persona son refrendados y reforzados al ser compartidos con personas para ella significativas y al escuchar sus opiniones” (Payne, 2002, pp131-132). Se emplean preguntas referidas al panorama de la acción, panorama de la conciencia, y relativas a la experiencia de la experiencia

*Deconstrucción de las prácticas del poder.*-Foucault (1979,citado en White, 1997) identifica el panóptico de Bentham como el modelo ideal de la forma moderna de poder, de las tecnologías de poder que determinan la conducta de los individuos y los someten a ciertos fines o a cierta dominación, a una objetivación del sujeto. Ese modelo establece un sistema de poder en el cual la fuente de poder permanece invisible para quienes lo experimentan; las personas permanecen aisladas en su experiencia de sometimiento, al tiempo que se encuentran sometidas a la mirada escrutadora y al juicio normalizador; como a las personas les es imposible saber cuándo son objeto de vigilancia, deben suponer que siempre lo son; se incita a las personas a evaluarse continuamente a si mismas, a vigilarse y a obrar en sus cuerpos y sus almas para hacerlas dóciles.

*Deconstrucción de prácticas de saber.*-Sobre todo las disciplinas profesionales han logrado establecer prácticas y técnicas de lenguaje que fomentan en las personas la creencia de que los miembros de esas disciplinas tienen acceso a una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y de la naturaleza humana.

La deconstrucción se puede lograr cuando el terapeuta se considera como coautor, al realizar un esfuerzo concertado a fin de crear un contexto donde las personas tengan el privilegio de ser los autores primarios. Alentándolas a que evalúen constantemente los efectos reales que la terapia tiene en sus vidas y que determinen por sí mismos si esos efectos son preferidos y hasta dónde no lo son.

“La narrativa analiza el problema de la responsabilidad planteando que existen problemas que no se externalizan porque se ubican en las acciones de un miembro: el donjuanismo, la violencia y el abuso” (Payne, 2002, pp. 71). Es decir, la externalización no debe ser usada para definir prácticas de opresión. “White sugiere que cuando el problema incluye gente que experimente opresión la externalización debe emplearse con respecto a las *actitudes, creencias, y estrategias que mantienen la opresión*” (Payne 2002, pp84). Esto debido a que si bien se considera la opresión como algo inequívocamente malo, las conductas opresivas que una persona ha elegido se derivan de las creencias que circulan en su contexto social. En tal sentido es que “desde luego cualquier intento de sermonear, confrontar o acusar al opresor es ineficaz y, más aún, una nueva acción de poder que repite la dominación que pretende contrarrestar” (Payne, 2002, pp84-85)

“La terapia narrativa toma en consideración los verdaderos efectos de los problemas en la vida real de los pacientes; no es una terapia de apoyo. Sería un abuso de la externalización usarla para minimizar o negar la realidad de la experiencia de la gente” (Payne, pp73).

### **Equipos Reflexivos.**

Es el propio Tom Andersen quien fija el año de 1974 como el punto de partida en el desarrollo de este modelo de trabajo. Posteriormente trabajó como profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø, en Noruega, lo que le permitió

organizar un equipo de trabajo cuyos resultados mostraron que se presentó una baja de 40 % en la internación de dichos pacientes. Por otro lado, el programa educacional los puso en contacto con terapeutas como Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Philip Seligman. Se alejaron respecto de los modelos más estructurales y estratégicos, y posteriormente del milanés que enfatizaba más el proceso de la entrevista que las intervenciones al final de la sesión. Esto último se dio dado que era muy difícil que todo el equipo estuviera de acuerdo con una intervención ya que cada miembro del equipo luchaba por hacer prevalecer su propia sugerencia. Así surgió la idea de que el sistema estancado pudiera ver más de cerca el proceso terapéutico. La aplicación de su nuevo planteamiento les llevó tres años, la cual vio la luz en marzo de 1985.

Revertir la luz y el sonido permitía una libertad sorprendente a la relación entre el equipo de terapeutas y la familia. Los terapeutas dejan de ser los únicos responsables. La denominación de reflexivo se asigna en virtud de que la reflexión es “algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta” (Andersen, 1991, pp. 34) Esto los impulsó a cuestionarse de qué manera los diversos conceptos y reglas afectaban a los propios terapeutas. Asimismo los llevó a desechar la utilización de hipótesis ya que consideraban que la información que recibían con antelación los perjudicaba y los alejaba de las personas en lugar de acercarlos.

De Bateson tomó la idea de que el hombre ve y describe su entorno en función de las diferencias que ve. Que son tantas las diferencias disponibles que no se tiene la posibilidad de prestarles atención a todas y en consecuencia siempre hay más para ver que lo que uno ve. Por lo tanto, dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación. El problema es que hay personas que creen que sólo hay una historia correcta.

También retoma el trabajo de la fisioterapeuta noruega Bulow-Hansen quien desarrolló un método fisioterapéutico para personas que sufren de lesión muscular. De esta experiencia dedujo las conclusiones de que “hay tres tipos de diferencias pero sólo una de ellas causa una diferencia, la apropiadamente diferente.” Aplicando esto a las conversaciones cambio la palabra diferencia por inusual. Sólo lo apropiadamente inusual produce una diferencia.

Andersen explica cómo los escritos de Maturana (1978) y Maturana y Varela (1987), (citados en Andersen, 1991) promovieron una modificación en dichas conceptualizaciones. Ellos plantean que si una situación perturba a una persona puede reaccionar de dos maneras posibles, en primer lugar puede aislarse de la perturbación protegiéndose a sí misma, conservando la organización que representa o en segundo lugar si permite que tal perturbación externa ingrese en la organización que representa, se desintegra.

De lo anterior Andersen plantea que para “continuar la conversación con una persona debemos respetar su necesidad básica de conservar su integridad, para lo cual hay que aprender a ser sensible a sus signos, que a menudo son indicaciones sutiles de que nuestra participación en la conversación ha sido demasiado poco usual”. (Andersen, 1991, pp42).

El modelo clínico acepta todas las descripciones y explicaciones que se ofrecen de alguna situación que exista y promueve la ulterior búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado.

El cambio puede ser visto como una limitación o como una evolución. En el primer caso se le relaciona con la actuación o conducta de una persona cuando este cambio es resultado de consejos o imposiciones externas. Por lo tanto la presión externa se experimenta como una amenaza a su integridad. Para defenderse la persona normalmente se cierra a ese acto externo de imposición o de consejo.

El segundo tipo de cambio se considera que viene de adentro, cuando se amplían las premisas del actuar, los aspectos del conocer y del sentir. De este intercambio surgen nuevas ideas para conocer, sentir o actuar, o nuevas ideas para utilizar las posibilidades que un repertorio ya tiene.

Es importante dar a las personas la oportunidad de decir no a la forma, al contenido o al contexto de la conversación y escuchar lo que las personas dicen, sin buscar nada debajo de las palabras. Al escuchar y reflexionar sobre lo que sería importante para seguir hablando, encontramos lo que Andersen llama “aperturas”, que permiten



formular las siguientes preguntas. A la vez, permiten valorar si existen signos de qué tan usual o inusual se está trabajando. Para Andersen trabajar a su ritmo y prendido de sus propias descripciones le producía una sensación de intranquilidad.

Por lo tanto, considerando que cada una de las personas que participa tiene la tendencia a “quedarse prendido de *una* descripción del problema, tiene *una* explicación para el mismo y, por lo tanto y naturalmente, tiene *un* significado sobre como resolverlo.” (Andersen, 1991, pp. 56.) Sólo la conversación permite que emerjan nuevos significados; estas conversaciones sólo se detienen cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí; también cuando está involucrada una situación de prestigio la gente tiende a aferrarse aún más a sus significados.

En esta parte Andersen ( 1991), retoma el concepto de organización de Maturana (1978) y Varela y Maturana (1987), quienes la consideran como unidades compuestas de dos o más unidades simples, de tal modo que combinadas tienen ciertas características. Aplicando esta idea a la terapia se puede considerar que una organización es el agrupamiento de dos o más personas que tienen por lo menos una idea de interés en común. Mientras tengan esta idea que los conecte, la organización se mantiene. Si las ideas desaparecen la organización se disuelve.

La posibilidad de que un sistema estancado se mueva se da partir de que comiencen a hacerse preguntas nuevas y no las mismas que las personas se hacen una y otra vez. Esto puede lograrse a través de la estructura del equipo reflexivo que ofrece la posibilidad de que quienes lo consultan, a medida que lo escuchan, se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

Este modelo también integra la curiosidad como parte del trabajo del terapeuta quien tendría que estarse preguntando por las descripciones y explicaciones que de alguna manera se han quedado afuera, tratando de identificar las preguntas que no se hicieron y que podrían haberse hecho. Incluso se plantea que sólo se puede contribuir si la conversación que efectuamos nos hace sentir curiosidad.

Este modelo considera que las preguntas poco usuales son las que crean la mayor de cantidad de nuevas aperturas. Se refieren a descripciones, explicaciones, las relacionadas con cambios de actividades y las preguntas sobre el futuro.

Al elaborar las preguntas se parte de la idea de que la gente no se relaciona con el tema problemático que está afuera sino con lo que interpreta como tema problemático. Se recomienda omitir lo que la persona no quiere que se mencione, evitar dar connotaciones negativas y reflexionar sólo sobre la conversación.

### **Enfoque Conversacional Colaborativo.**

El enfoque de trabajo de tipo colaborativo considerado por sus autores más bien como una filosofía tiene como sus representantes a Harlene Anderson y Harry Goolishian quienes desarrollaron un trabajo conjunto a partir de 1977 en el que se funda el Galveston Family Institute (actualmente el Houston Galveston Institute), en colaboración con Paul Dell y George Pulliman.

Sus autores consideran que el lenguaje es generativo, la esencia del diálogo y, en consecuencia la esencia del proceso terapéutico. Enriquecen esta nueva conceptualización al contacto con otros terapeutas como Kenneth Gergen, Lynn Hoffman y de Tom Andersen entre otros.

De acuerdo con Gergen (2001), el diálogo sobre el significado es parte de un movimiento “que se aleja de la idea tradicional que ubica el significado en la mente individual para postular que son las relaciones las que lo crean. Pasa así de una construcción mental a una construcción social” (pp. 12). La hermenéutica según Anderson (1999) retomando a Chessick, considera que “la significación en una relación diádica es generada por el lenguaje y no reside en el entendimiento de los participantes individuales sino en el dialogo mismo” (p76).

Las **premisas** filosóficas que sustentan el enfoque de acuerdo con Anderson (1999) son:

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.

- Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
- Una mente individual es un compuesto social y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por los individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
- El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo y opera como una forma de participación social.
- El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, en las que también se genera.

Para Anderson la integridad de la otra persona es muy importante, invitan a la expresión de múltiples voces y permiten que el terapeuta haga públicos sus pensamientos (Anderson, 1999, p. 105). Por ello, la nueva perspectiva plantea una colaboración entre terapeuta y cliente que tienda a ser menos jerárquica, autoritaria y dualista y más horizontal, democrática e igualitaria.

La **terapia** es *“un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, una búsqueda conjunta de posibilidades”* (Anderson, 1999, p. 28); un modo en el que el terapeuta participe en las relaciones con sus clientes, conformando un sistema terapéutico, el cual es definido por Anderson (1999) *“como un sistema lingüístico relacional en el que dos o mas personas (como mínimo, un cliente y un terapeuta) generan significación”* ( p. 112). Dichos significados son únicos y apropiados para esa situación y para las personas que participan en la conversación.

Los sistemas terapéuticos se forman en función de su pertinencia comunicacional, son producto del dominio lingüístico, y existen sólo en nuestras descripciones, en nuestro lenguaje. *“Un sistema terapéutico, por lo tanto desarrolla su propio lenguaje y sentido en función de su organización y de su forma específica de disolver el problema”* (Anderson, 1999, p.112)

## Definición de problemas.

Una persona acude a terapia cuando llega a un punto de quiebra conversacional y de pérdida del sentido de autonomía, ya sea como individuos, como miembros de una familia o de otro sistema relacional. Han perdido su capacidad de dialogar y la fe en sus posibilidades de resolver con eficacia sus problemas; han perdido el sentido de competencia y de dominio de si mismos. Los significados, la narrativa y la historia le limitan la libertad para encarar problemas y les inspiran en cambio una sensación de empobrecimiento.

Se parte de la premisa de que un terapeuta no puede descubrir en qué consiste el problema verdaderamente. La tarea del terapeuta es crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones o narrativas problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades. Cuando esto sucede los problemas comienzan a disolverse.

La conceptualización que elaboraron acerca de lo que son los problemas, los llevó a plantear que el problema crea el sistema, que consta de la preocupación inicial a la cual se le fueron agregando otras durante su desarrollo. El problema es el sistema de significado creado por la preocupación. El sistema de significado es un grupo de personas conectado alrededor de la idea de hacer algo en cierta situación. En consecuencia si la idea desaparece, el sistema y con ello el problema, se disuelve.

Se considera inadecuado emplear el concepto de familia ya que cuando se le define es frecuente que se mezclen mitos, prejuicios, anatemas y valores que se imponen al cliente y que le limitan; es importante destacar que se trabaja con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas.

Shotter (1993, citado en Anderson, 1999) considera que lo que diferencia una situación problemática de la que no lo es, es una diferencia en la manera de ser; esto es como él o ella intentan colocarse, posicionarse o situarse en relación con quienes lo rodean, lo que se logra a través del lenguaje, al desplazarnos a nuevas posiciones en relación con nuestro propio contar y así a nuevas narrativas de nosotros mismos.

## Posición del terapeuta.

El terapeuta parte de una posición de multiparcialidad, en la cual se alía simultáneamente con todos los participantes. Es diferente de la neutralidad, donde se pretende no aliarse con nadie. Esta postura permite que el propio terapeuta corra el riesgo de cambiar, ya que en un proceso dialógico, existe una influencia mutua donde el propio terapeuta está tan expuesto a cambiar como el cliente.

La otra postura que se asume es la de no saber, “el no saber alude a la actitud y creencia del terapeuta de que él no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca puede comprender completamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de ser informado por el otro y de aprender más sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho.” (Anderson, 1999, pp.185-86). Participar con una actitud de interés y respeto de modo tal que el cliente se sienta escuchado y confirmado. Crear un espacio para el otro constituye el primer paso para ser capaz de hablar con, de dialogar, de cambiar.

## El proceso de la terapia.

La **conversación**, para Anderson (1999), es uno de los aspectos más importantes de la vida, ya que siempre se mantiene una conversación constante con los otros y consigo mismo. Considera que es a través de la conversación que las personas forman y reformulan sus experiencias vitales, crean y recrean su manera de dar sentido y entender, construyen y reconstruyen sus realidades y a sí mismos, y en este sentido algunas conversaciones aumentan y otras disminuyen las posibilidades. Cuando las posibilidades aumentan, tenemos la sensación de que podemos encarar lo que nos preocupa o perturba, ya sea nuestros dilemas, problemas, dolores y frustraciones, esperanzas, intenciones y acciones.

La conversación terapéutica es pues la conversación dialógica. Que consiste en encontrar formas nuevas de dialogar acerca de las partes de las historias de los clientes que les preocupa o alarman. Cuyo objetivo no es descubrir información sino crear sentidos y comprensiones.

La conversación dialógica se caracteriza por la indagación compartida: el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, etc. La indagación compartida es un proceso de participación conjunta de ida-y-vuelta, de dar-y-recibir donde uno habla con el otro mas que al otro. Los participantes no suponen que saben lo que el otro quiere decir o quiere y cada participante se compromete a aprender sobre el otro y a tratar de entenderlo, buscando significaciones por medio del lenguaje.

La conversación dialógica permite la creación de un espacio que el contexto cotidiano del cliente quizá no permita. Requiere de una disposición del terapeuta para aprender y que permite despertar la curiosidad en el propio cliente. Las construcciones fijas, congeladas, fonológicas comienzan a cambiar. Lo que emerge depende de la propia conversación no de teorías externas. La comprensión que se logra consiste en un acercamiento a la experiencia de la otra persona, sin que podamos entender completamente lo que significa para ella. Por otro lado, en la terapia, el recurso de lo no dicho y lo todavía no dicho, es decir lo inexpresado, alude a los pensamientos y conversaciones internas, privadas del cliente. Incluyen tanto pensamientos aun no formados como los aun no hablados. Este recurso reside totalmente en los aspectos inventivos y creativos del lenguaje y no en la estructura psíquica, biológica o social. “Esta capacidad para el cambio reside en la capacidad de las personas de existir en el lenguaje con otros, y de crear y desarrollar, a través del proceso lingüístico, realidades que tiene sentido para ellas y que les permiten reorganizar continuamente su vivir mutuo, y desarrollar –nuevas descripciones de si que las capacitan, en lugar de incapacitarlas” (Anderson, 1999 p.167).

La conversación es, desde esta perspectiva, la actividad central de construcción del cambio en el proceso terapéutico. Incluso se llega a considerar, que los límites del lenguaje nos marcan los límites de nuestro mundo. Definen nuestra capacidad de comprender y explicar. Nuestros destinos se abren o se cierran en términos de las historias que construimos para comprender nuestras experiencias. En la conversación la novedad se desarrolla continuamente en dirección a la disolución y a cultivar una nueva percepción en el cliente respecto a su capacidad personal y su libertad. Así los problemas no son resueltos sino disueltos

El ejercicio “como si” fue propuesto (Anderson 1999), para promover un dialogo interior y exterior en los participantes y en el cliente. Se le utiliza tanto para la consulta como para el aprendizaje. “La idea central consiste en pedir a los integrantes del equipo que escuchen la historia presentada por el cliente “como si” fueran una de las personas que el cliente incluye en su relato. Una vez concluida la conversación entre el cliente y el terapeuta, los integrantes del equipo presentan sus reflexiones desde la posición “como si”. Posteriormente el terapeuta vuelve a conversar con el cliente sobre los aspectos que le hayan generado más curiosidad al escuchar al equipo. Finalmente se le pide a los participantes en general que compartan sus experiencias acerca del proceso seguido”. (Beltrán, 2004, p. 214)

### **c).-Algunas reflexiones sobre los modelos expuestos.**

Ha concluido la exposición de un panorama más o menos completo de algunos de los modelos que a la fecha constituyen lo que se conoce como Terapia Familiar Sistémica que incluye aquéllos denominados como enfoques Sistémicos y los Posmodernos.

En su conjunto, constituyen el esfuerzo de los científicos de las más diversas áreas y de los diferentes terapeutas familiares sistémicos y posmodernos por dar respuesta al sufrimiento humano y a la búsqueda de una vida de mayor calidad de aquellas personas que acuden a clínicas y consultorios psicológicos por una respuesta a sus problemas. En este sentido, representan actualmente lo más novedoso en las ciencias y por tanto una gran riqueza cultural, científica y técnica en el tratamiento de los dilemas humanos

La forma y el contenido de cada uno de los modelos lleva el estilo de los profesionales que los desarrollaron, de su historia personal, del contexto en que vivieron y de aquellos descubrimientos con los que tuvieron oportunidad de contactarse, pero desde mi punto de vista, el tipo de familias y las problemáticas que llevaban a la terapia fueron el principal estímulo en su elaboración. Como dicen, Goolishian y Kivell, (1981, citados en Anderson, 1999) “Hoy es casi imposible dar a la familia un significado único, porque las familias vienen en muchos tamaños, formas, y variedades, incluyendo las que tienen relaciones de sangre y las que no” (p. 123)

Afortunadamente la Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna están alerta ante los riesgos e implicaciones de constituirse en la voz dominante, la voz profesional designada por la cultura, que suele hablar por las poblaciones marginales, sexuales, económicas, étnicas religiosas, políticas y raciales y decidir si la terapia es necesaria, qué clase de terapia, y con cuál finalidad y, en consecuencia, a veces a sabiendas o sin quererlo los terapeutas subyugan a los clientes en aras de las influencias del contexto más amplio de tipo primariamente patriarcal, autoritario y jerárquico.

Parto del supuesto de que los modelos surgen, se desarrollan, se aplican y tienen su ocaso adaptándose o no a la realidad de su objeto de estudio ya que realizar lo contrario, sería forzar a que las familias se adapten a los modelos existentes, lo que se convertiría en un claro ejemplo de la sentencia filosófica que plantea que “si la realidad no se ajusta a la teoría peor para la realidad”. Quizás logremos como terapeutas sentirnos más identificados con las bondades de cierto modelo y nos causen incomodidades todos los demás, lo que probablemente nos lleve a cuestionar y oponernos a la aplicación ya sea de intervenciones, por ejemplo, de tipo estratégico por considerarlas monológicas y manipulativas al ser dictadas por el punto de vista del terapeuta. Gergen (2001) considera que estas reacciones no están del todo justificadas ya que lo más importante sería determinar cuándo la intervención de tipo estratégica es benéfica o no.

Dichos modelos obviamente, no son la primera ni la última aproximación a su objeto de estudio, tampoco pueden tratarse como si por fin se hubiera encontrado la única y más importante de las verdades correspondientes a este campo científico. Esto demanda de un espíritu crítico profesional y científico que permita por una parte hacer uso en forma flexible y dinámica de cada uno de dichos modelos y por otro lado tener una actitud de investigación que permita vislumbrar nuevos derroteros que promuevan el desarrollo de las teorías, métodos y técnicas de intervención que permitan resolver los problemas, tanto los conocidos como aquellos que vayan surgiendo con la evolución de los contextos sociales y culturales de los que las familias forman parte.

Es la propia Anderson (1999) quien expresa la idea de que la terapia familiar desarrolló una resistencia a su propia institucionalización, quizás a que Gregory Bateson y otros pensadores de la teoría social nos sensibilizaron para las innovaciones en las ciencias, las humanidades y la filosofía. De tal modo que pareciera que la terapia familiar hubiera



producido un “gen reflexivo” que por diversos motivos y caminos aun se sigue desarrollando en respuesta a nuevas fuentes de perturbación.

En el mismo tono, Gergen (2001) plantea la conveniencia de “apartarse de la opinión común equivalente a retar fuertemente el statu quo y los convencionalismos, ofreciendo nuevas formas de indagación auténticamente nuevas” (p 14).

### CAPITULO III.-Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.

FAMILIA Y ESCENARIO CLINICO *	MOTIVO DE CONSULTA	TERMINO DE LA TERAPIA	SESIONES	OBSERVACIONES.
Gómez Plaza FESI	La escuela solicita que Ana busque ayuda psicológica, por problemas de conducta. Sus calificaciones son aprobatorias de 7 y 8.	Baja.	4	Faltó dos sesiones sin avisar. Manifestando su interés de continuar en terapia.
Rodríguez Méndez FESI	Rechazo de la niña hacia el padre, que dificulta la convivencia entre ellos. Están en proceso legal posterior al divorcio respecto a derechos y obligaciones paternos sobre la hija. El juez decidió se suspendan las visitas y pide que asistan a terapia.	Alta	14	Se hizo seguimiento vía telefónica.
Méndez Bora. CCH	Baja tolerancia a la frustración de la hija. Se muestra aislada y obtiene bajas calificaciones.	Alta	15	Se hizo seguimiento vía telefónica.
Sánchez Mares ISSSTE	Bajo rendimiento académico y problemas de conducta del hijo.	Baja	3	Se hizo seguimiento del caso vía telefónica.
Mora Carmona FESI	Rebeldía de las hijas.	Alta	1	No existía un motivo de consulta consolidado con la orientación fue suficiente.
Gamiño Herrera FESI	Apoyo psicológico a los hijos para superar la separación marital por violencia.	Baja	1	Dejó de asistir 2 sesiones sin motivo justificado.
Amador Quezada. FESI	Depresión, infidelidad y separación	Baja	3	Dejó de asistir. No fue posible realizar contacto telefónico
Corona Jiménez FESI	Problemas de comunicación y relación abuelos, hija, nieta.	Alta	8	Se hizo seguimiento por vía telefónica.

\* Los nombres de las familias y de sus miembros fueron modificados para mantener su anonimato.

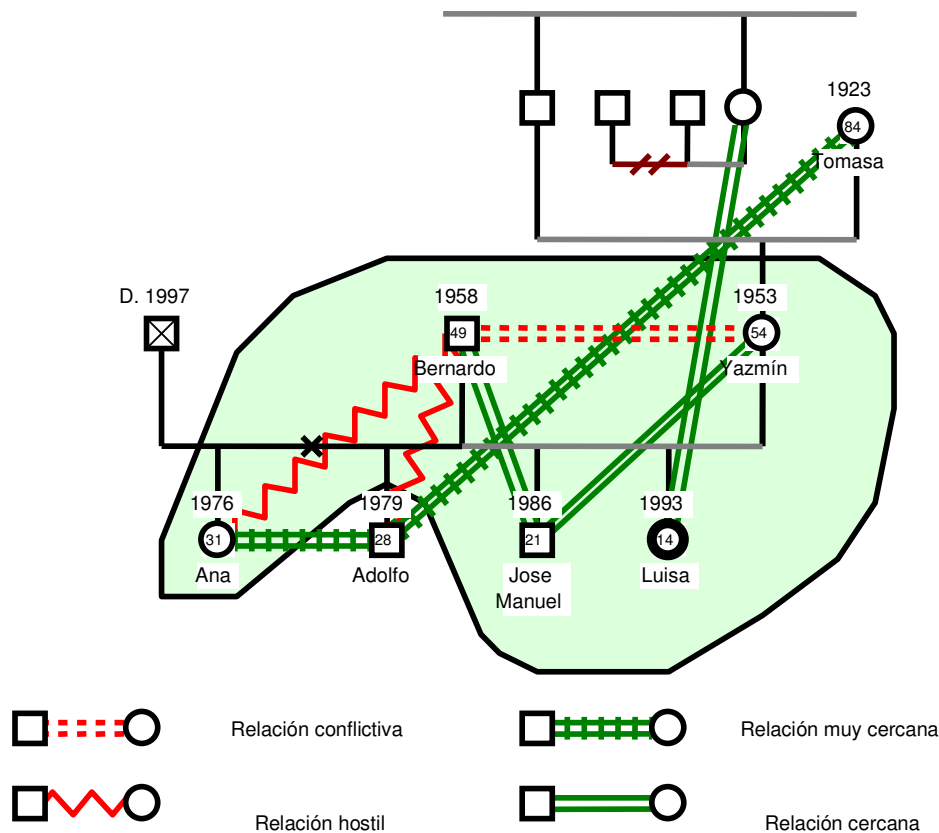
### III: 1.-Habilidades clínicas terapéuticas

#### III.1.1.-Integración de expedientes de trabajo clínico.

##### Caso1: Familia Gómez Plaza.

Se trata de una familia compuesta por el señor Bernardo de 46 años de edad con estudios de preparatoria. La señora Yazmín de 51 años de edad con estudios de secundaria. Ambos trabajan en un negocio familiar. La señora proviene de un primer matrimonio en el cual procreo dos hijos; Ana de 29 años y Adolfo de 26 años. Del matrimonio actual nacieron dos nuevos hijos, José Manuel de 19 años estudiante de preparatoria y Luisa de 12 años estudiante de secundaria.

##### Genograma:



**Motivo de consulta:** La señora Yazmín solicita atención a partir de que en la escuela secundaria donde asiste su hija sugieren que Silvia reciba ayuda psicológica, ya que no hace caso a la orientadora, es un poco tosca en su relación con las compañeras de la escuela y en ocasiones no lleva sus tareas. Sus calificaciones son aprobatorias de 7 y 8.

La madre tomo la decisión de asistir a terapia, independientemente de la opinión de su esposo.

### **Análisis Teórico metodológico:**

#### **Resumen: problemática de la familia.**

La madre en primer lugar, presenta una descripción de la hija Luisa, a quien considera portadora del problema. Explicando *en forma lineal* la problemática, debido a los continuos cambios de profesoras dentro de la escuela primaria. Piensa que lo anterior contribuyó a que su hija cuente con mínimos hábitos de estudio, falta de orden en sus actividades y tenga mala letra.

Sin embargo, considera que han desatendido a la joven, motivados por la necesidad de hacer productivo el negocio familiar. Comenta que Ana trabaja, José Manuel estudia y juega al tiempo que ambos padres trabajan y todos, el fin de semana, quieren descansar. En cambio Luisa quiere salir, pero como no hay nadie que la acompañe, parece un “duende” en casa; se para, se sienta, se sale de casa y oye radio. Ante esta situación Luisa se refugia con una tía de la señora Yasmín, quién vive su segundo matrimonio sin tener hijos, considerando a Luisa la posible heredera. Esto molesta al esposo de la tía, quién reacciona con gritos y gestos de desagrado hacia la adolescente, que a su vez regresa a casa platicándoles lo ocurrido posiblemente en busca de atención que no encuentra en ningún lado.

No existen antecedentes de tratamiento para la situación que reportan en relación de la menor.

La familia se encuentra viviendo la etapa de hijos adultos producto del primer matrimonio de la señora que enviuda y la etapa de hijos adolescentes del posterior ensamble familiar. Parece como si no terminara de lograrse exitosamente la integración, debido a que los hijos mayores no aceptan al padrastro con pleno derechos sobre el manejo de la autoridad sobre ellos, ni aceptan el trato que le brinda a su madre. Estos hijos forman de esta manera un subsistema filial, que se convierte en una coalición contra el padrastro. Y que ante la actitud vacilante de la madre que se siente atrapada por su propósito de conservar su nuevo matrimonio, el hijo varón, Adolfo, participa en una coalición con la abuela materna, al grado de que se va a vivir con ella. La madre queriendo quedar bien con todos, no lo hace con nadie, buscando un

acercamiento y una integración familiar que no termina por llegar. Se ve inmersa dentro del dilema de no defender plenamente a sus hijos mayores, para no arriesgar la tranquilidad de los hijos menores, ante esto se ve precisada a aceptar a su nuevo esposo, con un alto costo tanto físico como emocional.

La madre está sobrecargada de tareas en las que su esposo no le ayuda, pero si le gusta mandar. Ella dice que se casó buscando un apoyo y siente que solo encontró “otro hijo más”. Dice que sus hijos Ana y José Manuel son dependientes y a éste último su papá lo protege, pero que Luisa es muy positiva e independiente como su hermano mayor.

La relación de la pareja se ve oscurecida por la intervención de premisas de género que llevan al señor a creer que el dinero lo maneja el jefe de la familia. Lo cual es vivido por la señora así como por sus hijos como un mal manejo, formando por esto una coalición contra el señor Bernardo. A pesar de la sobrecarga que representa la relación con su esposo, la señora Yazmín le justifica la pasividad, al mostrarse éste muy agobiado y por padecer discapacidad auditiva desde hace 5 años. Situación que permanece estable debido a que el señor Bernardo no quiere adquirir los apoyos necesarios, probablemente para no evidenciar su problema, bajo la premisa de que “es mejor ocultar el problema que ser maltratado y estigmatizado socialmente. El aislamiento del señor parece falta de interés y de responsabilidad, cuando probablemente existe una carencia de recursos de comunicación para la convivencia familiar, social y laboral, que se traduce en una falta de apoyo a su esposa e hijos. Asimismo en la madre existe la premisa de que “por la pasividad que viven su esposo e hija no van a poder solos” y ella tiene que ayudarlos.

### **Hipótesis:**

Se elaboró la hipótesis de que la señora está sobrecargada, por lo cual ella misma quería, al principio del proceso terapéutico, establecer un contrato de un trabajo más individual.

Se consideró por el equipo que la señora está presionada por la relación con el esposo quien no cumple con lo que le corresponde. Cuando ella trata de reclamar el esposo se niega o se enoja, la señora no abre un espacio para hablar sus necesidades, y eso se traduce en síntomas diversos como gripa, neuralgias, cansancio, agobio. Pero dado que el señor padece una discapacidad auditiva y visual y por todo lo que el ha sufrido y

sufre, ella lo justifica, por lo cual la señora se ve aún mas presionada, y esto le causa conflictos con sus hijos. Ana Silvia se muestra sensible a la situación del papá y de la mamá ya que tiene unas “antenas” que le permiten detectar con facilidad los problemas, lo que la sobrecarga. Se considera que es una lástima que por estar viéndolos Luisa pierde su tiempo en la escuela y sus momentos para jugar.

Al avanzar el proceso terapéutico se considera importante incorporar otros elementos a la hipótesis inicial, que ahora considera que la pasividad del esposo, de Juan Antonio y de Luisa activan a la señora para ayudar, apoyar, lo que la sobrecarga y hace mas pesado sobrellevar, bajo la premisa de “no van a poder solos” y justifica y perdona al esposo por que sufrió en el pasado. Al ayudar y apoyar a las personas que le rodean provoca mas pasividad en ellos. La capacidad de ayuda tiene un límite, hay cosas que no podemos hacer a menos de sobrecargarnos, con un alto costo y con mayores dificultades. Lo mismo le pasa a Luisa que quiere echarle el hombro ¿pero que tanto puede ayudarla en lo que necesita? El esposo se muestra pasivo poniendo de esa manera sus límites, Luisa trata de mostrar su autonomía poniendo límites. La señora justifica al esposo pero a Luisa no, porque no quiere que a su hija le pase lo que al papá, además porque ella se siente la persona directamente responsable de su hija ¿ante la falta de resultados positivos, en que papel quedaría como madre?

Se intensifica la ayuda materna, la hija obtiene calificaciones bajas, la mamá se acerca ofreciendo apoyo, Luisa se despreocupa. Ante esto el equipo considera que en la familia se tienen que poner límites para que cada quien haga las tareas que les corresponden.

### **Función del síntoma:**

Luisa no siempre es escuchada en casa, quizás por ello muestra conductas en forma de inquietud. Por lo cual tiene el reto de identificar nuevas formas para expresar lo que no le permiten decir y lograr que la escuchen.

El mal comportamiento escolar de Luisa es una forma de distraer a los integrantes de la familia de otras situaciones conflictivas más importantes. Uno de éstas es el hecho de sentir un trato diferencial en relación a su hermano Juan Antonio. Situación que la mamá trata que su hija no vea, pero sin lograrlo. Ya que para el padre el hijo varón es el foco en donde se ven reflejadas las premisas de género.

Entonces la madre plantea la doble relación conflictiva que mantiene con su esposo, quien en el negocio familiar trabaja menos, es impuntual, la critica por lo que ella hace y se adueña del manejo del dinero poniendo limites y trabas en su utilización.

### **Modelo aplicado e intervenciones terapéuticas:**

El modelo bajo el que se aborda el caso es fundamentalmente el Modelo estructural, a través del cual se trabajan los siguientes:

#### **Objetivos:**

*Consolidar el significado terapéutico de la ayuda psicológica:* En relación de la asistencia al proceso terapéutico, la señora cree que para él señor significa, ser juzgado y ver sólo los errores. A quien no le gusta ser contradicho porque posiblemente esté traumatado. Desde una *posición de experto* se plantea que estas sesiones no son para juzgar a nadie sino para buscar alternativas a las situaciones que presentan las familias. A pesar de que se hizo la invitación al señor para que fuera a las sesiones, nunca lo hizo comentándole a la señora Yazmín, que él creía que “nadie te va a solucionar tus problemas”.

*Manejo adecuado del secreto:* Se realiza una *connotación positiva* de la decisión de la señora Yazmín de acudir a terapia, asimismo se considera que es importante investigar lo que pasó al no dar el padre su consentimiento. La señora informa que su esposo no sabe que asistirían a la sesión, comentando que después le informará y está segura que él aceptará. Esta situación le causa temor a Luisa al considerar que se le está mintiendo al papá, lo cual podría llegar a discusiones con su mamá, a gritos e incluso, confirmando la suposición del equipo, de que pudiera haber agresión física. Por ello *se valida el sentimiento de temor de Luisa ante la conducta violenta del padre*. El manejo que se hizo del *secreto* en relación al padre, fue el adecuado a pesar de la apatía mostrada por el señor. El equipo *valida* que la señora haya abierto el tema en la familia con el esposo como una muestra de favorecer la comunicación y que se retome un enfoque paulatino en la reapertura de un espacio de dialogo y expresión.

*Destriangulación de Luisa:* Es importante enfatizar la necesidad de descargar a la chica. Lo anterior se lograría desafiando a la mamá para hablar más, aprendiendo a decir lo que le pasa, tomando sus decisiones sin culpa. Se *connota positivamente* el comportamiento escolar de Luisa por haber traído a la familia a terapia. Diciéndole que

la situación de la escuela es importante que ocurriera porque de esa manera logró que su familia asistiera a terapia de psicología. Que recibir atención psicológica es positivo y en ningún sentido la va a perjudicar. Y que con ello ya debe estar contenta y que desde ahora debe tratar de dedicarse a su aprendizaje escolar y a vivir la etapa de la adolescencia por la que está atravesando.

La joven muestra algunas conductas de interés adicionales por las actividades escolares, *validando* que haya dedicado mayor tiempo a dichas tareas, aún cuando la mayoría de los jóvenes no lo hace.

Se lleva a cabo una *reorganización jerárquica del tema familiar*, ya que el equipo considera que el mal comportamiento escolar de Luisa es una forma de distraer de otras situaciones familiares conflictivas más importantes. Esto permite que se exprese la doble relación conflictiva que mantiene la señora con su esposo quien trabaja menos pero se adueña del dinero, bajo el supuesto que ella no sabe administrarlo.

*Favorecer la integración familiar del señor.*- Se hace *foco* cuando la señora comenta que el señor tampoco ve bien y usa lentes y que a pesar de tener 7 años menos que ella él se agota mucho. Dice que su mayor presión es el dinero. *Validando* lo que le ocurre al señor se le dice a la señora que es muy difícil la situación de discapacidad de su esposo al no oír y no ver bien, *se le ilumina* que obliga a su propia hija a “ser su oído y su vista”, que eso es costoso y difícil al igual que tratar de aparentar que no se tiene ninguna dificultad, (*Intervención metafórica*), que crea la apariencia de que se invade y arremete al señor como si no se le dejara ser el mismo y por ello Luisa se preocupa tratando de ser un interprete, de explicarle y lo aconseja para que salga adelante en las situaciones comunicativas.

*Se interviene tratando de flexibilizar la adopción una sola posición.*- Se *ilumina* la sobrecarga, lo cual la debe agobiar mucho, que debe ser muy pesado querer ser siempre la fuerte y no mostrarse débil, querer alimentar a sus hijos y no apapacharlos. Desde una *postura de experto* se le dice que esto tiene costos para su salud. Finalmente se le plantea el *desafío* de que el señor tiene que enfrentarse a su discapacidad y que puede aprovechar el espacio de la sesión como un espacio de libertad donde no se juzga a nadie.



La hija Luisa detecta cuando su madre está presionada y quisiera ayudarla pero no puede hacerlo y su esposo parece no poder escucharla aunque quiera, por lo que le planteo que su única salida parece ser Luisa. A quién cree con capacidad para obtener no 9 o 10 sino 12 de calificación, pero que falta que se decida.

Comenta que ella tiene el dilema de dar de comer o apapachar, ya que a ella tampoco la abrazaron de niña y que mejor se puso una “coraza”. Que prefiere no verse débil ya que su primer esposo la atacaba más. Dice que mejor se aguantaba su llanto (y en este momento llora) Piensa que sus hijos sufrirían de verla triste, lo cual se confronta con Luisa, quién dice que prefiere a su madre de todas las maneras en que ella es realmente.

*Se trabaja la culpa que tiene la madre de no haber estado con los hijos mayores.* La madre se cuestiona si no estará abandonando a su hija, incluso la hija mayor la presiona para que atiendan mas a Luisa, para que le den lo que a ella le hizo falta.

Se presentan desacuerdos por diversos motivos pero en especial por el manejo del dinero. Ella se enoja y se guarda ese enojo. Ella comenta que el dice que ella “es un monstruo” porque lo presiona. *El equipo considera importante iluminar que esta sobrecarga, y los enojos se traducen en gripas y neuralgias.* El señor le adjudica a la ausencia del hijo Aldofo los problemas de ella lo que la señora no acepta responsabilizando al señor directamente.

En este momento el equipo considera conveniente *explorar la familia de origen de la señora, cuestionando la premisa de la realidad, en particular ¿De donde viene la idea de que tiene que trabajar los doble lo triple?* Se le pregunta que ¿Si en este momento le platicara a su papa como trabaja que le diría?, ¿Como se sentiría? Tienen un local de fiestas, para cuya adquisición tuvieron que vender su casa (en este momento llora) y dice que su sueño es tener una casa, y dice que no la ha tenido, se siente muy frustrada porque siempre ha trabajado mucho para una casa y no la ha tenido. Por eso trabaja a este ritmo para que a sus hijos no les pase nada. Pues ella como niña y adolescente dice que vivió una vida plena, no le faltó nada.

Por esta meta de la casa, trabaja lo doble, lo triple y se le *desafía* diciéndole que debe ser difícil trabajar mas que los demás y no tenerla se convierte en una carga mas, en una frustración y quizás la inmoviliza de alguna manera y esa carga se traduce en una

gripa, neuralgia, cansancio, agotamiento y en otras tantas cosas. Trabajar tanto y tan sola, más que los demás parece resultarle más difícil, parece más difícil de soportar. Quizás al mostrar esas consecuencias en lugar de acercarla, al agotarla la aleja quizás más de la meta y esto no le ayuda.

Asimismo se cuestiona el mito de lo que significa ser, una buena mujer y madre, sacrificada, abnegada, que todo ese esfuerzo va a ser inútil, y eso como se lo va a heredar a Luisa. Mientras que otras personas dejan de hacer lo que tendrían que hacer.

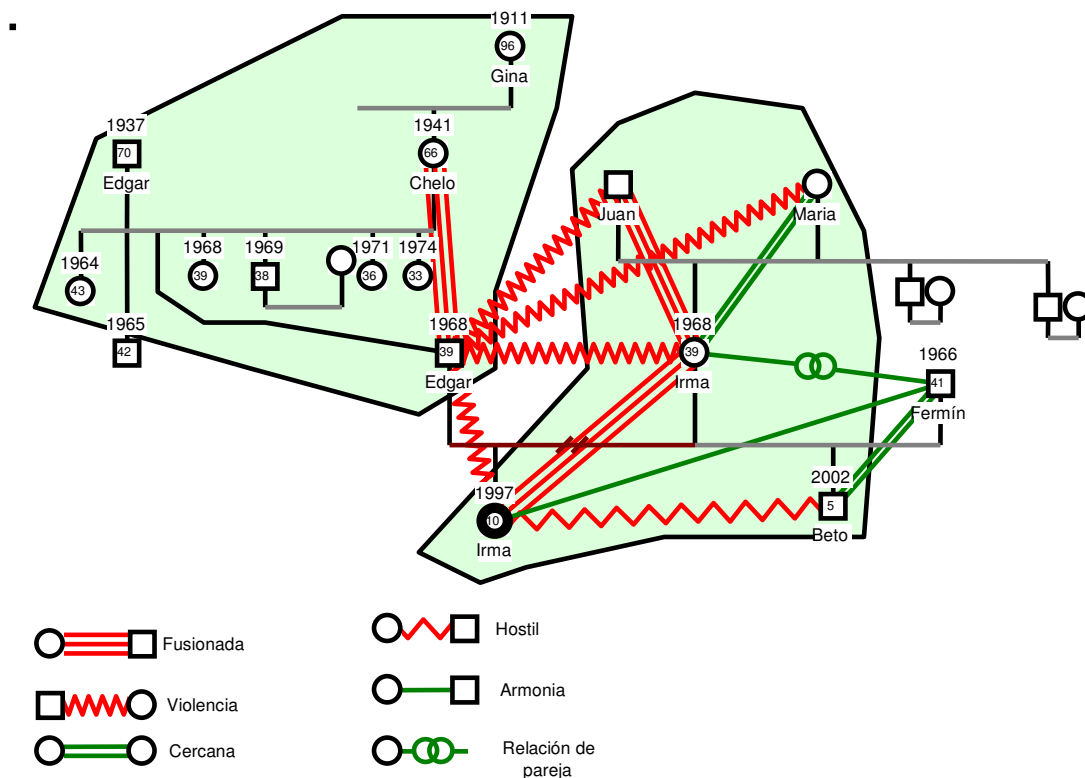
*Situación actual:* El caso fue trabajado durante 4 sesiones y dado de baja por incurrir en las faltas estipuladas por el reglamento. El equipo de terapeutas considero que seria más conveniente comunicar a la familia la importancia de la asistencia más sistemática. Por tal motivo el caso fue canalizado para su atención con otro terapeuta.

## Caso 2: Familia Rodríguez Méndez.

La familia Rodríguez Méndez vivió hace 5 años un proceso de divorcio; está conformada por el padre, Edgar de 37 años, la madre, de 37 años. Ambos procrearon a la hija Irma de 8 años. Ambos padres son ingenieros. El padre trabaja en el negocio que tiene establecido un hermano suyo, la madre es empleada en una fábrica. La niña acude a un colegio particular.

Es importante mencionar que también existe un medio hermano de la niña, de 3 años que la señora procreó con una nueva pareja (Fermín de 39 años), sin que se hayan casado o vivan juntos, pero con el que mantiene una relación estable.

### Genograma:



**Motivo de consulta:** Los padres y la niña son canalizados por orden de un juez, quien decidió se suspendan las visitas por parte del padre a condición de que lleven a la niña a terapia junto con su madre, a modo de no alterar el estado emocional de la menor, debiendo llevar comprobantes de su asistencia. La medida se tomó en virtud de que anteriormente el juez autorizó que el Sr. Edgar la viera cada 8 días por 2 hrs., lo cual

ocurrió durante un año, periodo durante el cual la niña se muestra grosera, avienta cosas, se tapa los ojos y se muestra enojada con su padre.

### **Análisis Teórico metodológico:**

#### **Resumen: problemática de la familia.**

Se trata de una pareja que se divorció hace cinco años por iniciativa del esposo. La señora comenta que él no cubría sus necesidades por lo que solicitó en el DIF, que él cumpliera con los gastos. Por este motivo el señor presentó la demanda de divorcio, planteando la diferencia de caracteres, problemas económicos y la falta de madurez de la pareja.

Durante dos años posteriores la madre llevó a la niña a un centro de convivencia por parte del juzgado. De pequeña la niña fue a estimulación temprana a la CUSI de la ENEP Iztacala.

Hace tres años y medio que regresaron a vivir a la casa de los padres de la señora Irma, por lo que la pequeña mantiene una cercanía afectiva con los abuelos. Esta situación hace partícipes a los padres de la señora con relación al divorcio, cuya dinámica piensa la señora Irma, causó la hipertensión arterial del padre.

Cuentan con casa propia la cual visitan sólo los fines de semana. La señora prefiere vivir con sus padres argumentando que sería abrumador y se quebraría la cabeza para atender a sus dos hijos ya que tampoco vive con el padre de su otro hijo aunque mantiene relaciones con él.

Solicitan atención a la Clínica de Terapia Familiar, durante el turno vespertino, por lo cual se remitieron a una terapeuta externa, pero exigían comprobantes de pago, a partir de lo cual se retoma nuevamente el caso en la clínica de terapia familiar de Iztacala. La terapeuta externa trabajó con la niña con el objeto de disminuir su enojo, quien supone que la niña está siendo triangulada por la madre en contra de padre.

A la primera sesión acuden el señor Edgar, la señora Irma y la pequeña Irma. Cada uno define el problema de la siguiente manera: La niña al ver que su papá se acerca para saludarle simplemente muestra su rechazo sin explicar el motivo, el señor Edgar plantea

que por orden del juez deben asistir a terapia la señora y su hija, debido a que la niña lo rechaza porque la madre de alguna manera la manipula. La señora dice que la niña lo rechaza porque el señor no tiene las habilidades para tratar a una niña de la edad de su hija, que es una persona irresponsable que quiere ejercer todos sus derechos y no cumplir con sus obligaciones de padre, sobre todo en lo material, por lo cual él es quien debe recibir terapia. Ambos padres coinciden también que quien debe recibir terapia es la niña, sobre todo porque es la que se considera como la persona que tiene el problema.

Se trata de una familia que vive una etapa de divorcio no resuelto emocionalmente con hijos en edad escolar, combinado con el proceso de reconstitución de una nueva familia por parte de la madre de la niña que también viven la etapa de niños pequeños. Por tal motivo la señora se reintegró con su familia de origen.

El subsistema conyugal compuesto por Irma y Edgar quedó roto con el divorcio por el que atravesaron. Actualmente la señora Irma forma parte de otro subsistema conyugal integrado con el señor Fermín, su nueva pareja. El subsistema parental estuvo conformado inicialmente por el Edgar y por Irma, posteriormente al regresar a la casa de la familia de origen de la señora, los abuelos pasan a formar parte de las personas a cargo de Irma. A dicho subsistema se ha integrado el Fermín al formar una familia reconstituida y procrear un hijo varón. La madre muy probablemente hace partícipe a la hija en el subsistema conyugal como parte del conflicto que mantiene con su ex pareja, por lo cual se podría plantear que la triangula.

Lo anterior representa de alguna manera un conflicto de jerarquías dado que la madre excluye al padre del ejercicio de cualquier autoridad, la cual ejercen en forma indiscriminada los abuelos, la madre y hasta el padrastro de la niña, por lo cual se habla de cierta rebeldía en general de la menor, ya que existen contradicciones en cuanto a manejo de la niña dado que no se establecen los límites adecuados de acuerdo a la situación familiar.

Al parecer existe una tendencia hacia el aglutinamiento respecto a cada familia de origen por parte de cada una de las ex parejas. La señora llegó a hablar de que pareciera que quienes se divorciaron fueron las familias y no sólo la ex pareja. Esto contribuye a dificultar cualquier arreglo en relación del manejo parental de Irma, con la consiguiente

descalificación por parte de toda la familia de la señora de cualquier intento de acercamiento de parte del padre hacia su hija.

Es importante tener en cuenta que los intentos de acercamiento afectivo del padre hacia su hija muestran una contradicción con ciertas premisas tradicionales, como la de que “un buen padre” tiene que ser sólo un buen proveedor”. También se aleja de aquella que plantea que “la educación y la relación afectiva es responsabilidad de las madres”. Por otro lado es coherente con la creencia de que “un padre que quiere a sus hijos tiene que velar por ellos”, “que para que un persona crezca en forma normal requiere la presencia de ambos padres”. En cuanto a la definición del problema mantienen una visión lineal al enfocar la problemática como un problema de tipo individual, además atribuyendo el control de los problemas en la relación sólo a la otra, parte evadiendo cualquier responsabilidad en el juego donde todos participan.

### **Hipótesis:**

-El **rechazo** de la hija en contra del padre esta relacionado a que la madre esté triangulando a través de la hija sus resentimientos contra su ex pareja. La niña esta involucrada en un conflicto de lealtades, en relación a la posibilidad de que sienta que traiciona a la madre si acepta la presencia y cercanía del padre, invalidando el coraje y resentimiento por su ex pareja. El costo de ello es una menor individuación y desarrollo de su autonomía en el establecimiento de las relaciones que incluyan a su padre.

-Existe un **conflicto legal** por los desacuerdos de los padres en torno a la negativa de la madre para que el padre vea a su hija con el argumento de que ésto le causará a la hija daño emocional; y la negativa del señor a proporcionar el apoyo que su hija necesita, argumentando que la pequeña al ser grosera y al mostrar cierto rechazo hacia él, no se ha ganado dicho apoyo, y además por considerar que se convierte en apoyo a una señora que ya no lo quiere y está formando una familia reconstituida.

-No se ha resuelto el **duelo** por las pérdidas de la familia intacta ocasionada por el divorcio. Esto se traduce en descalificaciones que se presentan a través de una escalada simétrica, que los lleva a mantener una lucha de poder, en la cual pretenden evitar ser vencidos y humillados, a tal grado que no les importa implicar a la hija, jugando un juego donde todos pierden.

-La madre de la niña mantiene relaciones de pareja con la cual han procreado otro hijo, con la pretensión de formar una **familia reconstituida**. Posiblemente existe la necesidad de la madre de mostrarse completamente libre de ataduras de su antiguo matrimonio que le permitan estabilizar su nueva familia.

-Los abuelos maternos de la menor mantienen una **coalición** con la hija contra su ex esposo además de que ejercen funciones parentales en relación a su nieta.

### **Función del síntoma**

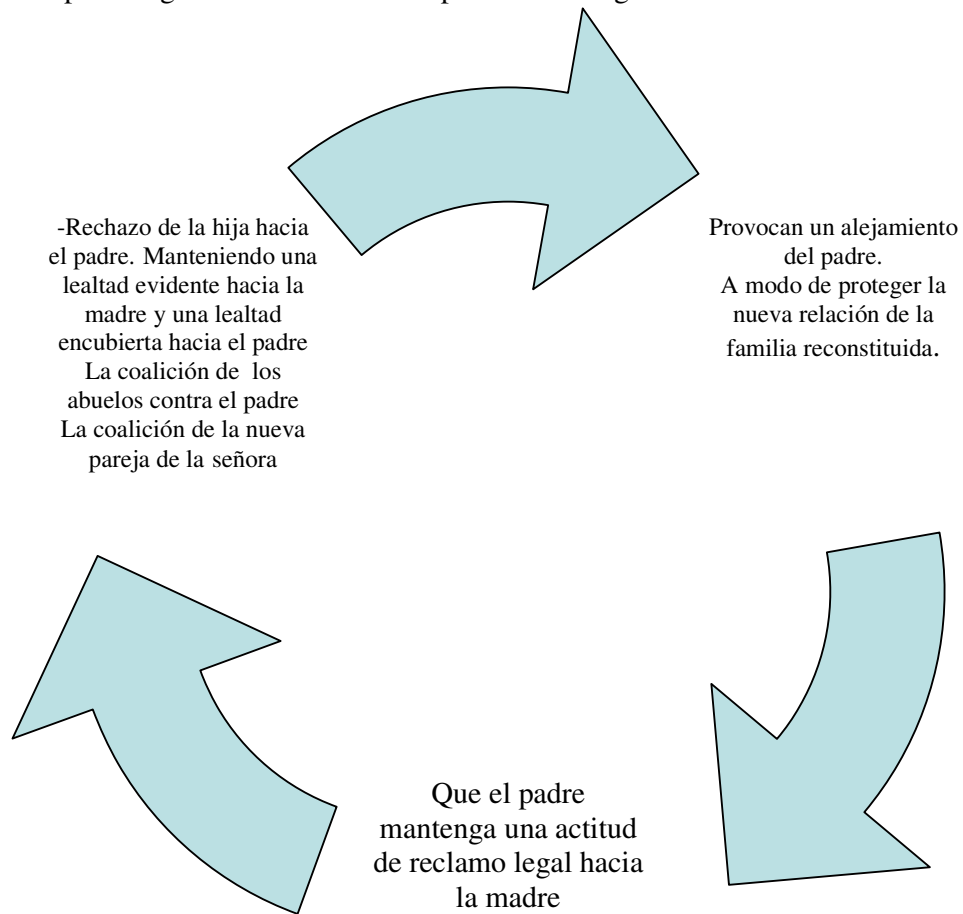
Se da un divorcio por desacuerdos, que se convierte en una escalada simétrica, pero como la señora establece una nueva relación de pareja pretende crear las condiciones que le permitan formar una nueva familia reconstituida, para ello siente la necesidad de alejar al ex esposo y esto solo lo puede lograr si la hija que es el vínculo forzoso o inevitable con el ex esposo, rechaza al padre, el cual incrementa por medios legales la pelea personal que mantiene con la ex esposa, tratando de ejercer de un modo contencioso su derecho de seguir viendo a la hija. Esto se convierte en el mayor obstáculo para que la madre logre finalmente construir su nueva familia y su estabilidad, lo que incrementa su enojo hacia su ex esposo. No le es suficiente la ayuda de su hija con su actitud hacia el padre también intervienen sus padres formando una coalición que mantienen un conflicto en incremento.

La hija con su rechazo ayuda a la madre a mantener alejado al padre, de ese modo le es leal a la madre.

La hija protege su acercamiento hacia el padre de modo que se vea como algo forzado y no verse obligada a traicionar a la madre.

El **conflicto legal** con la ex pareja permite a la madre obtener el apoyo incondicional de sus padres para obtener la ayuda que no obtuvo y no obtiene de su ex pareja. Por otro lado pretende mostrar a su nueva pareja que la antigua relación está completamente agotada de modo que observe que en lugar de amor existe odio entre ellos por lo que no podrán llegar a ningún tipo de acuerdo que ensombrezca su nueva relación. De este modo el nuevo esposo tendría que aceptarla sin ninguna reserva. El riesgo es que la madre se instale en la posición de víctima.

Una expresión gráfica de la anterior hipótesis es la siguiente:



### **Modelo aplicado e intervenciones terapéuticas.**

El caso se trata de abordar fundamentalmente bajo el enfoque del **modelo estructural**, al final se emplea el modelo de soluciones,

### **Objetivos**

1.-Uno de los objetivos principales que fue planteado es el de “*Modificar el contrato de trabajo de uno de tipo coercitivo a otro de tipo terapéutico*”, esto en virtud de que de ello depende muy probablemente la colaboración de la familia en el proceso de cambio.

Se usó la técnica de *Consejo profesional* para mostrar a los pacientes la importancia de hacer una distinción entre un proceso de tipo jurídico, judicial que se lleva a cabo en los



juzgado y otro de tipo terapéutico como en el caso de la terapia familiar. Se ha hecho *foco* en aquellas expresiones que denoten el uso de lenguaje de tipo judicial como el uso de la palabra licenciado o doctor, e *intensidad* al plantear al señor la repetición de mensajes sobre qué haría diferente que tuviera otros efectos en relación de los objetivos que busca. Dentro del proceso terapéutico se ha llevado a cabo la *validación* del interés y esfuerzo realizado por acudir a la terapia

2. Simultáneamente se ha tratado de “*Cuestionar la definición del paciente designado*”.y la “*idea de control lineal*”, ya que se ha pretendido considerar la responsabilidad de todo lo que ocurre en actos individuales que no tienen nada que ver con las pautas de relación sino mas bien como producto de las características individuales. Esto se hizo a través de la aplicación de la técnica de *complementariedad*, de modo que se visualicen las conductas en un contexto mas amplio, en el que cuenta mucho la forma de recortar o puntuar los sucesos.

3.- Revisar y modificar el modo de “*Establecer acuerdos que permitan modificar los límites entre los padres y la niña*”, de modo que puedan cumplir con la función parental que no se pierde aún y cuando se produzca un divorcio que afecta fundamentalmente a la relación conyugal. De hecho ello permitió lograr una serie de acuerdos sobre quién paga la cuota de la terapia, la firma por parte del padre de un pasaporte por el período de un año, asunto que durante varias sesiones apareció como relevante, así como las salidas al parque para que el padre viera a la hija.

4- En cuanto a la construcción de la realidad fue propuesto el objetivo de “*Cuestionar la premisa referida a el modelo ideal de ser padre, la perspectiva de ser hijo*”. Esta situación demanda del análisis de las premisas de la realidad respecto a cómo se es buen padre, donde se pueda rescatar la figura paterna sin idealizaciones o mistificaciones, de manera integral.

Algunas de las premisas detectadas son, “un buen padre tiene que ser sólo un buen proveedor”, también se aleja de aquella que plantea que “la educación y la relación afectiva es responsabilidad de las madres”. Por otro lado es coherente con la creencia de que “un padre que quiere a sus hijos tiene que velar por ellos”, “que para que una persona crezca en forma normal requiere la presencia de ambos padres”.

En este sentido se ha aplicado constantemente la técnica de *lados fuertes* con el propósito de rescatar las capacidades de ambos padres que no han querido reconocer en la otra persona.

Ante un sistema de creencias rígido, se decidió aplicar el ejercicio del *equipo reflexivo* por parte del equipo de terapeutas y supervisión. Asimismo se aplicaron diversas *intervenciones de tipo metafórico*, que parecen haber tenido mayor impacto en el señor que en la señora. Y que en el señor permitieron la autorización del pasaporte y de evitación de un enfoque legal para acercarse a uno más de corte terapéutico. Lo que no ha sido tan fácil de lograr en la señora.

5.- Fue planteado el “*Delimitar los subsistemas vinculares de la niña*”, para lo cual se aplicaron las *preguntas circulares* y el “*establecimiento de límites*”, para lo cual se aplicaron las técnicas de *fijación de fronteras* y el *desequilibrio* de los subsistemas y de las jerarquías. Ello se ha traducido en modificar la invitación de diferentes personas a las sesiones, de modo de ir separando los diferentes holones. Se ha tratado de disminuir el modo como la madre influye en la hija, reordenando el espacio. También haciendo *foco* sobre ciertas pautas como cuando la madre responde por la hija, o cuando la madre realiza descalificaciones del padre o a la abuela en presencia de la hija. También se ha aplicado una *alianza alternante* tanto con el señor como con la señora.

6.- De acuerdo a los últimos resultados observados en el trabajo terapéutico se propuso: “*Replantear los objetivos de trabajo*” de modo que se observen mayores avances, motivo por el cual se ha considerado la posibilidad de aplicar el *modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones*. En este sentido se ha aplicado la pregunta del milagro a modo de determinar por parte de la señora el nuevo objetivo de trabajo por un periodo de 8 sesiones más, al término del cual se verá la posibilidad de terminar o hacer un nuevo contrato.

Finalmente una observación importante es que cada vez se ha logrado precisar con mayor claridad la diferencia entre objetivo y técnicas terapéuticas. También es importante aclarar que no todos los objetivos han sido logrados o implementados en las sesiones realizadas como los siguientes:

“Trabajar el enojo de la madre e hija en relación del padre”. En el caso de la señora, se aborda el lenguaje de las emociones y sentimientos quien se ve en la necesidad de utilizar el lado racional de las palabras que se contradicen con los sentimientos que manifiesta en relación a su ex pareja. ¿Cómo decirle a su hija que acepte, ame y se acerque a un señor por el que ella siente ira y rechazo?

*Se efectúa un nuevo contrato de trabajo abierto.* En este sentido la señora elige trabajar el comportamiento de su hija ya que considera que la situación con la expareja está completamente resuelta. Se trabajan las excepciones al comportamiento de desobediencia de la hija y se connota como un comportamiento tendiente a a autonomía propio de la adolescencia. Entonces la señora narra una serie de comportamientos que hablan de una hija con muchas cualidades, bien integrada a la escuela con buenas calificaciones, que participa en diversas actividades. Las preocupaciones de la señora se le redefinen como producto de una buena madre preocupada por el bienestar de su hija, lo cual se puede constatar en el desenvolvimiento general de la hija.

En este momento se considera que no existe ya materia de trabajo por lo que conjuntamente con el equipo se considera pertinente dar por terminado el contrato terapéutico, y se realiza el cierre.

La madre muestra su agradecimiento por el tratamiento.

**Situación actual:** El caso fue dado de alta al término de 15 sesiones.

Se llevó a cabo una llamada telefónica de seguimiento para verificar la situación, expresando la señora que el señor no mantiene comunicación con ellas y que continúa recibiendo la pensión mínima establecida.



### **-Antecedentes familiares, y del problema:**

En la clínica de la adolescencia le dijeron que Elena heredó la situación del padre, pero la madre considera que el padre la tiene más arraigada. El psicólogo le levantó la autoestima y le dijo a la madre que no la sobreprotegiera.

La madre dice que la joven mostraba la frustración al fracasar en tareas que ella había planeado, ya no quería hacer nada, se molestaba y se metía a su recámara “por la frustración” o, si una amiga le decía que iba a ir a verla a cierta hora y no llegaba se molestaba, pero que de alguna manera antes se callaba todo lo que sentía y se mostraba apática y con depresión, lloraba y tenía dolores de cabeza. No pedía nada. En cambio ahora es otra historia, si antes no hacía la tarea ahora sí, si antes no ayudaba en casa ahora sí; baila hawaiano.

La señora tiene miedo que vaya a recaer, quiere saber cuánto dura el problema ya que el psicólogo le dijo que la joven era propensa al alcohol y a las drogas por la frustración ya que siente que nada le sale como ella piensa. La madre piensa que “su hija es presa fácil de los drogadictos”. Por eso querían cambiar de turno a su hija de la tarde a la mañana, porque ven que la gente es más grande de edad. El director le dijo que tiene que sacar mejores calificaciones para que la puedan cambiar de turno.

La joven tenía problemas de la vista y de la columna, y que a los 7 años le quitaron las amígdalas por tener altas temperaturas. Fue un proceso muy largo de años en el que la tuvieron que operar de amigdalitis, con tres intervenciones quirúrgicas, siendo la última exitosa. La semana pasada la llevaron a consulta, mencionando la joven que la fastidia el ambiente médico.

La madre piensa que la hija se siente así porque quizás percibe que ella tiene más preferencia con su hijo varón, piensa que al joven le atienden mejor que a ella. La relación de pareja no va bien y comenta que el esposo es menor 10 años que ella. La madre se considera sobre protectora y piensa que ha hecho mal, pero que siente terror a que le pase algo. El señor no considera que necesite atención. El señor va a AA, desde hace 12 años, y que desde entonces es deportista, que no toma ni fuma.

La madre comenta que proviene de una familia donde son 9 hijos de padres que nunca vivieron juntos. Su papá no oye, no ve y tiene presión alta, que apenas se puso grave y

quiso pedirles perdón pero solo ella y otra hermana se acercaron a él, pero ninguno de los hijos varones. La señora en febrero del 2004 lo mandó llamar para ofrecerle atención médica pero él ya cuenta con servicio médico.

Entre los hechos sobresalientes de su familia de origen informó que hace menos de un año falleció el hermano mayor que ella. Asimismo una hermana de la señora tiene un tumor en la cabeza lo cual lo mantienen en secreto “a voces”, otra hermana tiene cisticercosis, que le producen dolores de cabeza y dificultad para ver, desde hace dos años. Asimismo informa que la hermana mas chica de 34 años tiene esquizofrenia, que veía y oía cosas, que tenia depresión, y obsesión por el novio por lo que la canalizaron al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino y a ellos como familiares a tomar cursos para saber como cuidar a la joven. Dice que le administraron medicamentos que la tienen bien controlada, pero “no quiere trabajar, y presenta sobrepeso. La hermana menor del papá vive con él porque también tiene esquizofrenia.

#### **Antecedentes de tratamiento:**

Estuvo en tratamiento en la Clínica de la adolescencia, del Departamento del Distrito Federal, donde observaron cambios para bien. Sin embargo no sabe si el psicólogo la dio de alta, pero para la madre quedó inconclusa la situación. Al acudir al C.C.H. el director del plantel ante la inquietud de la madre la canalizó al área de psicología.

#### **Análisis Teórico metodológico:**

##### **Resumen: problemática de la familia.**

Toman la decisión de solicitar terapia para saber si el problema de poca tolerancia a la frustración de la hija ya concluyó. La madre considera que desde pequeña la hija se mantenía apartada y hermética al no comentar lo que le sucedía en la escuela. En la secundaria no sabe si por los procesos hormonales la hija mostraba cambios más severos no quería interactuar con ellos como padres.

La familia se encuentra viviendo la etapa de hijos adultos y adolescentes que acercan a la pareja a la etapa de nido vacío, situación que genera tensión a los integrantes del sistema familiar por partida doble, por un lado la demanda de individuación de la hija y el logro de una mayor autonomía y por otro, la posibilidad de salida de los hijos del núcleo familiar

Lo anterior se manifiesta cuando la hija comenta que, a pesar de la edad, el papa le sigue diciendo que es su bebida. Que le hacían fiestas como si fuera una persona más pequeña lo que la molestaba. Fue a raíz de la secundaria que la hija empezó a aventar la puerta para encerrarse y dejar plantados incluso a todos los amigos que la buscaban. Entonces fue en la adolescencia cuando se agudizó la situación. Actualmente en la preparatoria, la joven dice que no se adapta fácilmente con las compañeras quienes le dicen que se muestra “payasa” y le reclaman que a ella le es más fácil acercarse con los compañeros. Ella por su parte, considera que hablan mucho de ella y siente que de esa manera la agraden. Existen dificultades con las calificaciones, obteniendo algunas reprobatorias.

El padre es el que duda más de que la hija obtenga buenas calificaciones, y la propia hija se da cuenta de que no se esfuerza lo que se requiere. Lo anterior los hace pensar que está desubicada, posiblemente porque se encuentra en la adolescencia en búsqueda de una identidad.

Por su parte la madre, quien es diez años mayor que el esposo, al parecer lucha contra esta diferencia de edad al mostrarse preocupada de inyectar en casa el humor que no tuvo en su familia de origen, en la que existe probablemente un duelo no resuelto por la muerte reciente de su hermano menor. Por esto, ocasionalmente la hija regaña a la madre invirtiendo los roles, como si esta fuera la hija mostrando conductas de adolescente. De lo anterior se observa a la madre asumiendo un rol filial y dando lugar a que la hija retome un papel parental y actúe como “viejita” al igual que el padre, quienes formando una alianza prefieren mantenerse encerrados en su cuarto que asistir a las reuniones familiares. El cuadro de las alianzas queda completo cuando la hija menciona que su madre y el hijo tienen el carácter más parecido.

Esta sensación acerca de la existencia de una distancia emocional entre ella y su esposo causa frustración en la señora, quién se expresa mediante la queja de no salir a bailar cuando le gusta mucho, por ser muy alegre y optimista. Así han sido años de no acudir a ningún lado, ni al cine como pareja, cada quien por su lado. Incluso a las reuniones familiares la ha dejado sola con sus hijos, manteniéndose en un papel periférico, logrando conservar la distancia que a él le conviene para mantenerse alejado de su esposa. Entre otras razones que el señor expone para no salir, están, que no le gusta,

que no está de humor o que no tiene dinero. Además antepone su asistencia por doce años a las reuniones al grupo de AA, a las que asiste a partir de las cinco y termina a las 9 de la noche durmiéndose muy temprano, con la justificación de ser muy metódico. La madre además sospecha que el señor tiene una aventura con otra persona y piensa que por eso no atiende a su hija.

La madre muestra su inconformidad triangulando o involucrando a los hijos, expresando que a éstos y no a ella, les da pena que sus amigos sepan que su padre fue alcohólico y que asiste al grupo de AA. Esta situación inició desde que el señor tenía doce años, cuando sus papás cumplieron 25 años de casados, él se emborracho y se dio cuenta de lo placentero que era mediante la embriaguez, el poderse liberar de miedos, traumas, estado que le atraía buscar hasta que le afectó al desempeño de su vida laboral y familiar. Llegó a perder la conciencia y a olvidar lapsos de tiempo, lagunas mentales, momento en que al parecer tocó fondo y asistió a un grupo de AA, hasta la fecha. Hace doce años que no toma. El señor dice que “el alcoholismo es un síntoma que tiene como fondo una perversa enfermedad del alma”. La señora descalifica esta actividad al expresar que no le sirve al señor ir al grupo de AA, en donde sólo está atascado.

El señor justifica el distanciamiento de la pareja mediante su asistencia a AA y comentando que le gusta correr los fines de semana y aunque le pide a los familiares que lo acompañen casi no lo hacen. Anteriormente dedicaba esos fines de semana para ir con su propia familia de origen, que organiza fiestas por cualquier motivo, y preparan comidas ricas que a todos les gusta disfrutar.

Entonces el señor habla de su “responsabilidad” en su trabajo, describiéndose como una persona cumplida y valorada por lo cual puede pedir permisos para asistir ocasionalmente a las terapias. Sale de su trabajo a las 5:30 hrs., ésto le da la oportunidad de ir al CCH por su hija los días martes y viernes, ya que su empleo queda muy cerca de la escuela de su hija.

Dado que el acercamiento como pareja no se logra, utilizan el holón parental para mantenerse unidos, mantienen una actitud de sobreprotección sobre la hija menor porque observan riesgos de agresión en el contexto del CCH y por los riesgos de drogadicción, distracción e inmadurez. En esta área de la dinámica familiar la pareja triangula el conflicto a través de la hija, quien interviene rebelándose porque el señor le



llama la atención de tal modo, que lo siente como agresión, valoración que comparte la madre y refuerza en la hija. Al mismo tiempo ambos padres mantienen a la hija en un rol infantil vigilando incluso las amistades que ella tiene, ya que consideran que parece elegir sólo amistades de familias desintegradas, con violencia intrafamiliar o con problemas de drogadicción.

El tono de voz que emplea el señor, sirve a la señora para bajar a su esposo de la jerarquía parental al reclamarle la forma de corregir a su hija y para descalificar su autoridad como padre, que estarán sirviéndole a la madre para expresar sus resentimientos y enojo que tienen como pareja. Este desequilibrio en el subsistema parental se expresa cuando desde el punto de vista del señor se descuida el consumo de energía eléctrica, el teléfono, el aseo, el orden en la casa y el cuidado de los perros. Para el señor es muy preocupante que se despilfarre un dinero que no tienen. El señor percibe que no le escuchan, no le hacen caso y los demás sienten que el señor llega enojado por su trabajo o de la calle y se quiere desquitar con ellos. Que “sólo anda buscando cualquier detallito para regañarlos y gritarles y que no ve las cosas buenas. Que debería llegar y darles un besito y platicar tranquilamente”. El señor parece que usa radar o lupa para detectar los detalles. El señor trata de corregir y educar a los hijos, pero la madre no se lo permite.

Uno de los puntos importantes es el estilo “atiborrado” de comunicación de la señora que enfada a la hija y al padre y que ha provocado burlas de parte de los hijos porque sienten que la señora exagera al platicar con exceso de detalles. Por otro lado los padres se hablan desde el punto de vista de la hija como si se ordenaran, por lo que sintiéndose no escuchados prefieren mantenerse aislados y en ocasiones aplicándose la ley del hielo en lugar de llegar a los gritos y los golpes.

Frecuentemente los conflictos y desacuerdos entre la pareja se presentan en presencia de los hijos, sobre todo de la hija, que interviene en un subsistema que no le corresponde. Cuando la intervención de la hija es evidente el padre trata de evitarlo ya que considera que esto es inadecuado.

Algunas de las premisas que se manifiestan en la dinámica de la familia son que “una pareja se debe mantener unida por el bienestar de los hijos”, “la responsabilidad de la estabilidad de la familia es responsabilidad de la mujer”, “los valores de la familia

tradicional son superiores a los de la familia moderna” y que “las adicciones y las enfermedades psicológicas son hereditarios”.

### **Hipótesis:**

Se plantea como hipótesis inicial que “el síntoma de la paciente designada atrae la atención de la familia que se acerca a la etapa del nido vacío, permitiendo encubrir los conflictos de pareja así como distraer la atención de la madre ante la diversidad de situaciones angustiantes en su familia de origen, entre otras el duelo por la muerte reciente del hermano menor y las enfermedades psiquiátricas de algunas hermanas. Asimismo se considera que el síntoma muestra la protesta por la enfermedad física”.

Una vez iniciado el tratamiento se desarrolla la siguiente hipótesis: “La hija al parecer ha decidido sacrificar las experiencias de su etapa, como una forma de solidarizarse con el padre quien se encuentra en el dilema de vivir encerrado para evitar ser absorbido por los riesgos de las fiestas y caer nuevamente en las garras del alcohol, al tiempo que permite a la madre ser la “joven” de la familia. La hija mostrándose como chiquita esta tratando de encubrir la tensión de la pareja. Por eso se comporta como en forma infantil, para distraerlos. Ayudan asimismo, al hermano a convertirse en el estudioso y en buen hijo.

**Modelo de intervención:** Modelos Estructural y de Milán.

### **Objetivos e Intervenciones.**

1.-*Precisar el motivo de consulta* para el cual se aplica el cuestionamiento circular, utilizando preguntas de tipo reflexivo. Se parte de un “joining” de tipo intermedio o rastreo y se aplican metáforas y coro griego para desafiar el papel de ayudante de la hija quien se comporta como una niña en lugar de hacerlo como adolescente.

2.- *La destriangulación de los hijos a través de la expresión de emociones y sentimientos* utilizando la técnica de esculturas con la que se pone de manifiesto la distancia emocional familiar. Con esto se manifiesta el padre aislado y enojado, la madre distraída y los hijos en medio del conflicto entre los padres, triangulados. Se logra que ambos padres admitan esta situación y que la señora permita que su esposo ingrese como padre en la dinámica familiar.

3.-*Cuestionar las premisas de la realidad y creencias, mediante la exploración de las familias de origen de ambos padres.* El esposo cree que procede de una familia disfuncional y analfabeta “donde no era ni es querido”, reconsiderando la situación de compartir las atenciones con varios hermanos. La madre piensa que viene de una familia desintegrada, por lo que trata de que eso no ocurra en su familia actual, sobreprotegiendo a sus hijos. Se rescata la necesidad de aprender a no ser rígida como la madre y a respetar la libertad de decisión de las personas que los rodean, a excepción de las situaciones de riesgo. Se cuestiona la creencia de que hablar claro es riesgoso y ser sensible implica debilidad y lleva al fracaso en cumplir las responsabilidades.

4.-*Se trabaja el duelo por la muerte de una mascota familiar, expresándose la tristeza, el dolor y la culpa por lo que no hicieron.* Se prescribe un ritual de prender veladoras y la elaboración de cartas. Se obtienen las enseñanzas de la pérdida.

Se trabaja el duelo por la muerte de un hermano hace un año con quien su madre fue cruel, reflexionando las diferencias entre un trato duro con agresión y la firmeza requerida para educar a los hijos, y entre las enseñanzas de preocuparse en presencia de los seres queridos y el remordimiento por lo no hecho.

5.-*Se realiza el cuestionamiento de la estructura o reestructuración enfocando el tema de cómo ser un buen cuidador, se aborda para expresar por parte de la madre el descuido que ella sufre con su esposo, lo que da lugar a que sea el hijo quien trate de cubrir esta necesidad, y a que la hija cuestione el tiempo que le dedica al grupo AA, alejándolo de la familia; de esta manera expresa el dolor y enojo de la madre y facilita que el padre siga encerrado.* La madre interviene directamente acusando a su esposo de proveer poco dinero, ser apático en casa y darle muchas vueltas a los asuntos de importancia. También se encarga de reconocer que el señor apruebe la terapia en el CCH, el acercamiento a sus hijos y una mayor comprensión y tolerancia hacia ella. (Regulación de la distancia emocional en la familia)

Asimismo surge el tema de las comparaciones al servicio de las coaliciones lo que lleva a la madre a clasificar al hijo como el bueno y acusar a la hija como parecido al padre y por tanto condenada como él a sufrir el riesgo de las adicciones contra las que él lucha, también la acusa de hacerse la víctima, optar por el lado más cómodo y fácil de hacer las cosas

El conflicto en la pareja aparece en el hijo a través del tema de los tipos de familia tradicional y moderna donde los roles de género se están rompiendo, utilizándose la técnica de coro griego para cuestionar parte de las premisas de la realidad.

6.-*Destriangulación de la hija.*- La madre define el aislamiento, el ser huraña y el silencio de la hija como surgidos desde la infancia y por lo tanto propios de la naturaleza de la joven. Mediante la escenificación se abre el espacio para la expresión de afectos, creyendo la hija la versión de la madre de no expresar ostensiblemente su cariño. Lo que en realidad mostraría su alianza con ella con lo cual el padre quedaría completamente aislado. Sólo el hijo puede hacerlo para tratar de cubrir el afecto que el padre tendría que darle a la madre. Se validan las formas diferentes de expresar afecto, lo que permite a la madre ver el cariño de la hija.

La madre muestra el síntoma de atiborrar o hablar en exceso, motivada por el miedo de hablar claro y debido a la necesidad de sentirse escuchada. Se utiliza el interrogatorio circular explorando las modalidades de comunicación familiar. Se encontró que dicho síntoma activa en los hijos la burla hacia ese comportamiento y el silencio del padre. Sólo fuera de casa la escuchan. La hija observa como si sus papás se ordenaran y sólo logran molestarse, negándose a aceptar consejos de ella, y ella rechazando el pedirle favores. De ese modo se mantiene la distancia como pareja, quedando la relación parental como el área que justifica la permanencia. La hija trata de salirse de la triangulación planeando que ella no es culpable del conflicto entre los padres. Se ilumina esta conducta mediante el consejo experto de que son los padres quienes ayudan a los hijos y no a la inversa.

La hija en una ocasión incurre en la conducta de emborracharse lo que crea gran resonancia en la familia. El padre le pega a la hija para “ayudarla” y la madre le roba la voz; se interviene devolviéndole la palabra a la hija quien nombra el problema como “comparación” en donde ella se ve a sí misma lastimada por creerse desvalorizada en relación al hermano. La madre, en un intento de mantener a la hija triangulada, plantea que es el padre quien la desvaloriza por la infidelidad. La hija buscando reconocimiento recurre al alcohol manteniendo una unidad efímera.

Al sentirse liberada del conflicto familiar, la hija recobra la alegría, se inscribe a clases de box y se interviene iluminando los lados fuertes. Establece nuevas amistades, sobre las que la mamá mantiene una vigilancia “con lupa” por los posibles riesgos. La señora se percató que la hija se sale del conflicto que de nada vale el sacrificio de sus hijos ni el de ella para quitarle la coraza al señor y obtener su cercanía.

Se promueve la expresión clara de sentimientos y el establecimiento de límites claros entre el subsistema conyugal y parental. Los padres persisten en la triangulación de la hija, se aplica la delimitación de fronteras entre subsistemas sacando a la hija de la sesión mientras se tratan temas de pareja. El señor plantea que sólo se ponen de acuerdo como padres y como pareja son muy distintos por la diferencia de edades. El solo ofrece comprensión, mejor convivencia y entendimiento como padres. Se connota el silencio como la peor de las agresiones.

La señora observa que su objetivo de mantener una familia integrada es aparente y a un alto costo para todos, y al ver que sus hijos sufren mantiene la queja. Se interviene iluminando los lados fuertes de la pareja y se utilizan preguntas de futuro. La señora se siente responsable por la unidad de la familia.

Como una forma de avanzar en el cuestionamiento de las premisas de la realidad referida a que “un matrimonio se debe conservar a cualquier costo por el bien de los hijos” e instalarlos en el cambio ya iniciado, se utiliza una metáfora de los dos costales, uno lleno de reclamos y otro dorado, que les ha permitido permanecer por 20 años, y así podrían seguirse otros 20 años juntos soportándose. Esto sumando a que recientemente una de las hermanas de la señora fue diagnosticada con manía-depresión hace que la madre relacione la pasividad de su hija como un riesgo, tiene kilos de más y no se esfuerza lo significa la posibilidad de depresión. El padre expresa claramente la premisa de que los síntomas de su hija “obedecen a una herencia biológica”.

Se utiliza la técnica de trampas para modificar la persistencia de ambos padres por desviar el conflicto, centrando la atención en los problemas de la hija. Ante ello se rastrea el significado de las enfermedades en la familia en relación a su hija. Se confirma la actitud de madre amorosa y preocupada por la salud de su hija usando metáforas de tener las antenas bien puestas, pero usando la lupa de la sobrevigilancia.

Ante los cambios se atribuye a ellos el control de los mismos, se amplían y ante el escepticismo de la señora se normalizan las recaídas. Adicionalmente se cuestiona el significado de tener una pareja como alguien que nos brinde solo atenciones materiales ampliándolo a alguien que nos da afecto.

En la última sesión (15) se realiza el **cierre del proceso terapéutico**, la señora confirma que se mantiene la buena relación con el esposo y que su hija pasó uno de sus exámenes. Salen a correr todos en familia, van de visita con los suegros de la señora, comen juntos. La señora trata de adaptarse platicando menos, pues ya se siente escuchada. La madre ve atrás la apatía e indiferencia de la hija, sabe que tiene que ser una madre mas firme. Se interviene planteándole la necesidad de pulir las formas de decir las cosas. Se le valida que ella ha sido como un motor para su familia.

Para evaluar el proceso terapéutico se aplica la pregunta de escala donde para la madre la hija llega con una calificación de un tres, y al momento de la evaluación se encuentra en un 8 o 9 y quisiera que llegara a un 10, dice que sólo le hace falta realizar un poco de esfuerzo. Se hace el cierre diciéndoles que saben qué hacer para salir adelante y también para retroceder.

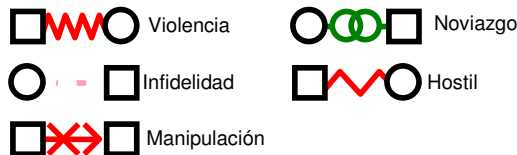
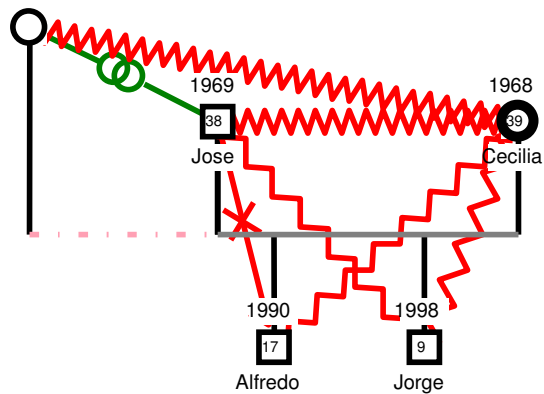
Finalmente se hace la entrega un diploma.

**Situación actual:** Se desarrollaron 15 sesiones y la familia fue dada de alta finalizando así proceso terapéutico. En llamadas de seguimiento la familia refiere situaciones que han podido resolver por si mismos.

#### Caso 4: Familia Amador Quezada.

**Miembros que integran la familia:** El señor José Manuel Amador Ortiz de 37 años, con estudios de secundaria, empleado; la señora Cecilia de 38 años de edad, con estudios de secundaria y carrera comercial, trabaja en una fabrica. Alfredo Amador Quiroz de 16 años estudia la preparatoria abierta y Jorge Amador Quiroz de 9 años de edad cursa 4º año de primaria

#### Genograma:



**Motivo de consulta:** La señora plantea que solicita la atención por presentar depresión debido a la infidelidad del esposo (quien también es alcohólico), con el cual han intentado separarse. Comenta la señora que a pesar del dolor que siente quiere que se quede, sin embargo cuando siente coraje quiere que se vaya ya que se la pasa reclamándole y lo corre. Comenta que han involucrado a los hijos en el problema. El hijo mayor se muestra rebelde y con coraje y se la pasa en la calle con los amigos. El hijo menor ha bajado de calificaciones llegando a 6 y se muestra más agresivo.

#### Antecedentes familiares y del problema:

Se trata de una familia que había asistido a terapia familiar anteriormente por motivo del alcoholismo que presentaba el señor, con repercusiones sobre los hijos, con síntomas de

indiferencia e incomunicación que habían logrado superar con el proceso terapéutico aplicado.

En una ocasión la esposa al descubrir la infidelidad de su esposo se dirigió hacia la otra mujer con la que se peleó a golpes.

Como resultado de la infidelidad ella entró en depresión e incluso llegó a bajar aproximadamente 12 kilos de peso. En ese tiempo asistió con una psicóloga, y fue después de dos citas que la dan de alta, habiéndole prescrito imipramina (antidepresivo), la cual también le fue suspendida.

Desde septiembre de 2005 en que descubrió la infidelidad la señora ha tratado de separarse del esposo lo cual ha ocurrido por algunos episodios. A finales de febrero del 2006, la señora solicitó en el DIF divorcio voluntario, por lo cual el señor se ausentó durante una semana sin embargo llegaron a un convenio ante el DIF que incluye: -El señor debe evitar relacionarse con la señora (lo cual no ha ocurrido, ya que el señor vive actualmente en casa)

-El señor debe entregar una pensión para la manutención de los hijos, excluyendo a la señora.

-Se estableció un programa de visitas para ver a los hijos.

A raíz de la demanda ante el DIF ella está trabajando en una fábrica por las noches, lo cual le ha permitido lograr su independencia económica y personal. Sin embargo el señor se regresó a casa planteando su compromiso de restablecer su matrimonio. Como parte de ello incluso se han puesto de acuerdo en que cada uno se haga cargo alternadamente de la preparación de alimentos un día cada quien.

#### **Análisis teórico metodológico:**

#### **Resumen: problemática familiar:**

Se trata de una familia que vive la etapa de hijos adolescentes, atravesando además la crisis por la presencia de infidelidad cometida por el esposo, quien la niega, desvaloriza y finalmente trata de normalizarla.



Después de la etapa de depresión y mucho dolor, la esposa se encuentra en una etapa donde siente mucha tristeza y coraje por lo cual sus reclamos se expresan mediante agresión verbal y física.

La señora no ha perdido la esperanza de rescatar su matrimonio y por ello toma la decisión de condicionar al esposo, diciéndole que la oportunidad que él pide de mantenerse juntos depende de que reciban un nuevo tratamiento psicológico, por ello es que deciden asistir a terapia como una alternativa que la señora plantea para evitar la ruptura definitiva del matrimonio. El le pide una oportunidad prometiéndole que hará todo lo que ella le pida.

Sin embargo el señor decidió continuar asistiendo al gimnasio, lo que originó desconfianza en la voluntad del señor de querer parar la situación de infidelidad. Además el señor no asiste a la primera sesión, al parecer porque estaba aun con aliento alcohólico. Esto desilusiona a la señora nuevamente porque se siente sola en el esfuerzo y de alguna manera engañada por las promesas de su esposo.

Las fronteras entre el subsistema conyugal y el filial se hacen difusas debido a que la pareja involucra a los hijos en el problema ya que las peleas tenían lugar frente a los hijos, por otro lado el papá para “demostrarle” a la esposa su fidelidad, recurre al intento de formar una coalición para evidenciar que la madre está equivocada, para lo cual tomo la decisión de hacerse acompañar por el hijo mayor para ir al gimnasio. El hijo menor de nueve años obtiene bajas calificaciones, le contesta a la madre en forma grosera y sugiere la posibilidad del suicidio, argumentando que en esa familia “cada quien hace lo que quiere”. La relación del esposo con la amante constituye otra coalición contra la esposa engañada

Algunas de las premisas observadas de parte de la esposa son, en primer lugar, que “el ideal de toda mujer es lograr formar un matrimonio”, “que la responsabilidad por la conservación del mismo es de la mujer, sin importar los costos”, así como por parte del esposo, de que “la esposa es la responsable de las tareas del hogar” el que “la infidelidad es algo normal o no tiene relevancia para el matrimonio y la familia” y que si llega a ocurrir “es culpa de la mujer”. Esto último se observa cuando elude la responsabilidad de su propia infidelidad y con el propósito de culpar a su esposa expresa que desde un principio él la invitaba a salir cuando salía a jugar fútbol y ella se

negaba hasta que la dejó de invitar y “cuando ella quiso, él ya no”. La señora explica que no salía con él porque no le gustaba que bebiera y sin embargo él siempre lo hacía. Mencionó que durante mucho tiempo se mantuvo callada hasta que llegó el momento en que se atrevió a decirle que bebía demasiado.

Confirmando las premisas asumidas por el esposo la señora asume parte de la responsabilidad y la culpa por la infidelidad del esposo, se describe como callada y sin la capacidad de expresar sus sentimientos. Asimismo se asume como dependiente, miedosa, con falta de firmeza y valor, para aplicar las soluciones. Cree que ello se debe a que en su familia de origen fueron seis mujeres y que siempre alguien la acompañaba.

Ahora el cónyuge cree que la señora se ha vuelto hasta agresiva llegando a pensar que su esposa ha cambiado demasiado. Cree que posiblemente con ayuda profesional psicológica saldrán adelante. Sin embargo, bajo la premisa de que “solo las personas locas van al psicólogo, y las personas cuerdas son autosuficientes”, el señor ha manifestado sus dudas de acudir a recibir tratamiento psicológico, ya que al ver a una psicóloga antes de venir aquí, consideran por parte de ambas partes que la señora no recibió la ayuda que necesitaba.

**Hipótesis:** La depresión de la señora que se manifiesta en dolor y coraje forma parte del proceso de ruptura de la relación de pareja por infidelidad del esposo. Sin embargo aun existe un estado de confusión para tomar decisiones definitivas, influidas por las creencias sobre el modelo de familia, así como por el intento del señor de negar su aventura. Los hijos manifiestan conductas e ideas de alto riesgo (ideas suicidas) que muestran que todo está fuera de control.

El señor busca mantener la aventura amorosa triangulando al hijo mayor al que involucra llevándolo al gimnasio para utilizarlo como un testigo de que el es fiel.

**Modelos de intervención:** Estructural y narrativa.

El modelo estructural se emplea en el tratamiento de esta familia, en virtud de que la estructura del sistema familiar requiere de la definición de fronteras entre los subsistemas parental y filial, sobre todo debido a que el conflicto en el subsistema conyugal borra sus fronteras para permitir la aparición de la amante al tiempo que hace

posible la intervención de los hijos quienes quedan triangulados en un conflicto que no les corresponde si bien no pueden evitar ser afectados por él.

Se utiliza la narrativa en virtud de que este modelo terapéutico analiza el problema de la responsabilidad planteando que “existen problemas que no se externalizan porque se ubican en las acciones de un miembro: el donjuanismo, la violencia y el abuso”. (Payne, 2002, pp. 71). Es decir la externalización no debe ser usada para definir prácticas de opresión. “White sugiere que cuando el problema incluye gente que experimente opresión la externalización debe emplearse con respecto a las *actitudes, creencias, y estrategias que mantienen la opresión*. (Payne 2002, pp. 84) Sin embargo es conveniente “animar a los hombres abusivos y violentos a responsabilizarse de su abuso, reconocer sus consecuencias, disculparse, comprometerse a cambiar y confrontar las ideas patriarcales de modo que puedan dejar atrás su forma de pensar y los discursos que han compartido toda la vida.”(Op. cit. Pp. 87)

Metodológicamente se considera importante tener un alto grado de flexibilidad para que la señora no se vea presionada para incorporar al señor a las sesiones terapéuticas, así como para trabajar los diversos motivos de consulta. Se requiere diferenciar cuando la definición del motivo de consulta es una preocupación del terapeuta y cuando una necesidad de la familia. En algunos casos es prioritario atender mas el “joining” y la relación con la familia que atender la parte técnica, anteponiendo la comprensión global de la situación que apegarse a determinado modelo. Atendiendo a la parte ética, que traspasa la parte epistemológica ya que lo técnicamente correcto quizás se antiético.

### **Objetivos y estrategias de intervención.**

1.-Precisar el motivo de consulta entre la depresión, la relación de pareja, o los síntomas en los hijos de agresividad, bajas calificaciones e ideas de suicidio. Se emplea un “joining” cercano, brindando apoyo emocional a la señora por la inasistencia del esposo a la sesión a pesar de haberlo prometido. Esto la confunde, aumentando la desconfianza, considerando un retroceso en el acuerdo de arreglar el matrimonio. Se valida la confusión y angustia por la que atraviesan, utilizando una posición de “uno abajo”. Haciendo foco intensidad y bajo un posición de experto se le explica que es importante que tenga sumo cuidado de lo que se compromete cada vez que firma algún documento, sobre todo si su situación requiere de un curso legal.

2.-Se cuestiona la definición que la señora tiene de sí como “dependiente” por su propósito de conservar la relación matrimonial, iluminando la inestabilidad del señor en la relación, y que ese propósito el lo utiliza para hacer lo que desea. A pesar de los ruegos de ella por que se aleje de la amante.

3.-Se cuestionan las premisas de la realidad relacionadas con “el ideal de llegar al matrimonio de toda mujer y su responsabilidad en conservarlo a cualquier costo”. Primero luchando contra el alcoholismo del esposo y ahora contra la infidelidad. Se validan sus sentimientos de dolor, brindandole confirmación de mujer que ama a su familia a sus hijos y a si misma. Además se promueve empoderarla iluminando su capacidad de luchar por lo que quiere, pero que eso no es suficiente, que no es suficiente la esperanza de rescatar a su esposo si él no quiere. Se destaca que es importante su decisión de salir adelante, de buscar ayuda y terapia, que nos permite verla como promotora del bienestar de la familia. Se trata de descargarla y se le solicita la autorización para consultar su expediente del tratamiento anterior.

4.- En cuando al cuestionamiento de la estructura o reestructuración se trata de destriangular a los hijos, mediante un “joining” intermedio, la delimitación de fronteras entre los subsistemas conyugal y el parental, cómo han involucrado a los hijos en las peleas, discusiones, gritos, y otras conductas, planteando mediante un papel de experto la conveniencia de detener la exposición de los hijos a este proceso.

5.-Se intenta lograr el enganche terapéutico del esposo, y cuestionar algunas construcciones de la realidad desde una posición intermedia explorando los resultados de la terapia anterior, con motivo del alcoholismo del esposo, donde se logró que el señor dejara de ser agresivo y se integrara a actividades deportivas. Asimismo empleando el papel de experto se exploró el significado y carácter del espacio de las sesiones como terapéutico. Se valida la asistencia de la pareja a las sesiones. Ante la ambivalencia del señor respecto a la conveniencia de acudir a recibir ayuda psicológica, se cuestionan las premisas de la realidad relativas a que “sólo las personas locas acuden con un psicólogo” contenida en la afirmación de que “no es necesario estar loco para acudir con un psicólogo”. El señor reconoce que su “machismo” lo haría rechazar la terapia, pero que se compromete a venir por el bien de la señora y de la familia, después de que le dijo a ella que los psicólogos no ayudan en nada.

Ante la petición de la señora que se le indique qué es mejor, se lleva a cabo un cuestionamiento de la premisa referida al “papel omnipotente y onnisapiente del psicólogo” realizando una deconstrucción de prácticas de saber, en particular de la creencia de que los miembros de las disciplinas científicas tienen acceso a una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y de la naturaleza humana; se le dice que la decisión es de ellos, de las metas que se propongan y que nuestro papel es facilitar las condiciones, que no tenemos nada extravagante. Y que los cambios no se dan de una sola vez sino paso a paso, a veces se avanza, existiendo momentos que se hacen altos.

6.- Utilizando un joining cercano se exploran las motivaciones de la crisis matrimonial. La señora se describe como miedosa, callada, sin capacidad para expresar sus sentimientos y sin firmeza para decidir. Dice que se negaba a salir con el señor por su alcoholismo diciéndoselo después de mucho tiempo

El justifica el distanciamiento culpando a la señora por negarse a salir o cuando salía por querer regresar rápido. El la consideró agresiva y neurótica por los reclamos. Se le redefine al alcoholismo como una compañía.

7.-Se exploran los efectos de la infidelidad. En primer lugar el enojo que la señora aun siente, que la ha llevado a ser agresiva y a tener resentimientos. Pero que a pesar de ello en el trabajo ella no grita. Se hace foco intensidad en el coraje, distinguiendo un coraje negativo que trata de desbordarla, y que se ha convertido en gritos y en golpes entre la pareja.

Se nombra la culpa por parte del esposo, admitiendo superficialmente su responsabilidad de su infidelidad, ya que considera que ella tenía escondido ese enojo tan grande que la hace ser grosera.

Se exploran pautas alternativas de acción, planteando que recibir terapia con el propósito de conservar la familia. Estar más cerca de los hijos y la esposa, dejar de hacer las cosas que les molesta y actuar, ya no solo prometer. Se interviene solicitando el cumplimiento de tareas directas, como que la señora escriba cartas sobre su coraje y al señor que busque formas para ayudar a su esposa a transformar ese coraje.

-Se trabaja la tristeza.- Se valida la tristeza, se hace foco intensidad en dicho sentimiento. La señora comenta acerca de la profunda depresión que tuvo y por la que la medicaron. Actualmente se distrae ocupándose en otras actividades. Cuando expresa su llanto, se le valida y se aplica la técnica de escenificación, para que interactúen ante este sentimiento. Ante la racionalización del señor, se hace foco intensidad. Ante lo cual el señor expresa su deseo de salvar el matrimonio con todo y que esta arrepentido. Comenta que cuando se fue del hogar por la demanda de la señora ante el DIF, él se dio cuenta lo que significaba estar sin la familia.

-Se trabaja la desconfianza externalizándola, validándola y explorando el modo como afecta la relación. Esto ocurre a partir de que el cónyuge infiel pide más confianza pero no quiere dejar de ir al mismo gimnasio. La señora considera que por eso no le puede tener confianza pero que aun lo quiere.

.-Se trabaja para que el señor asuma su responsabilidad en la crisis ya que trata de desvalorizar y negar que lo ocurrido sea infidelidad, ya que fue ocasional. En el papel de experto se le explica que con un solo hecho de infidelidad se dejan consecuencias negativas en la pareja, en los hijos y en el mismo. Y que por ese hecho ahora se muestran otras áreas de cada uno que antes se desconocían. Se hace foco intensidad en la responsabilidad del señor y en los efectos en cada uno de los integrantes de la familia, de la esposa, de cada uno de los hijos y de él mismo.

8.-Ante las dificultades de seguir un avance lineal desde una posición de experto se normalizan las recaídas, al tiempo que se valida a la señora por ser la que está contagiando a toda la familia, con ese impulso de vida y lucha por lo que aspiran. “Es una oportunidad que a veces se aprovechan, a veces hay recaídas, tropiezos, por lo cual no habría que preocuparse ya que son situaciones que ocasionalmente ocurren”.

**Situación final del caso:** La pareja deja de asistir. Como terapeuta considero que el caso concluye debido a que el señor tenía un compromiso muy débil con la señora y consecuentemente con el proceso terapéutico, ante lo cual hacía falta engancharlo más. Esto debido a si bien se considera la opresión como algo inequívocamente malo, las conductas opresivas que una persona ha elegido se derivan de las creencias que circulan en su contexto social. En tal sentido es que “Desde luego cualquier intento de

sermonear, confrontar o acusar al opresor es ineficaz y, más aún, una nueva acción de poder que repite la dominación que pretende contrarrestar.” (Payne, 2002, pp84-85)

## **1.2.-Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención**

### **Clínica con familias.**

#### **Efectos de las crisis de pareja en los hijos\***

De acuerdo con Troya (2000) “La mayoría de las concepciones ha tomado tradicionalmente a la pareja matrimonial como la base de la familia, independientemente de las diferencias históricas y culturales en relación con las normas que rigen la relación de pareja y de sus compromisos mutuos, así como los que mantienen con la familia extensa y con la comunidad” (p.140).

“Esta unidad estaba compuesta por una pareja heterosexual que decidía o se obligaba a convertirse en familia a partir de procrear y criar niños. Actualmente llegamos a la conclusión de que cada vez es mayor la cantidad de niños que son criados y educados por toda clase de adultos y no exclusivamente por sus padres biológicos” (p. 141).

La estructura familiar se ha modificado de manera drástica como resultado de tendencias sociales, económicas y demográficas, al grado de que en EE. UU el 50% de las personas que se casan se divorcian. En México la cifra oficial es de 11% (INEGI, 2003), pero extraoficialmente equivalen al 50%. De acuerdo con el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (2007) se observa un total de 665 mil 434 matrimonios lo cual representa una tasa bruta de nupcialidad de 6.6 en 2001, existiendo 42 mil matrimonios menos que en 2000.

En el mismo año se produjeron 57 mil 370 divorcios equivalente a 8.6 disoluciones por cada 100 matrimonios. Encontrando que tres entidades presentan una relación de divorcios por cada cien matrimonios mayor a la nacional; entre ellas Chihuahua (20.7), el Distrito Federal (16.1) y Baja California (16). En el otro extremo tenemos a Tlaxcala (1.9) y Oaxaca (2.6) Por tal magnitud cobra una relevancia el fenómeno social del divorcio.

\*Este es el tema que será presentado en el examen de grado de Maestría en Psicología, utilizando el análisis de las familias dos, tres y cuatro.

Un enfoque útil para abordar esta realidad sociofamiliar es la concepción de Pittman (1990) quién analiza el matrimonio bajo la perspectiva de la crisis, que desde los chinos ha sido considerada como un peligro a la vez que como una oportunidad, que no necesariamente debe evitarse. Si bien no toda crisis da necesariamente como resultado un cambio, se entiende que no es posible lograr ningún cambio sin crisis.

“Se produce una crisis cuando una *tensión* afecta a un *sistema* y requiere un *cambio* que se aparta del repertorio usual del sistema” (Pittman, 1990, p. 25) Los límites del sistema se aflojan permitiendo la entrada de cualquier persona, incluyendo al terapeuta.

Una tensión es una fuerza que tiende a distorsionar, las tensiones son, de algún modo, específicas de cada sistema; es decir lo que es tensionante para una familia puede no serlo para otra.

Las tensiones pueden definirse en función de si es manifiesta u oculta, aislada o habitual, permanente o temporaria, real o imaginaria, universal específica y se la considere ya sea producto de fuerzas intrínsecas o extrínsecas que están fuera de su control. Cuando la tensión se define con claridad, se torna tangible y específica, y ello señala el camino hacia un cambio. Cuando la tensión es confusa, la crisis se extiende sin necesidad y se vuelve incontrolable. La identificación y definición de la tensión son requisitos de vital importancia para resolver una crisis familiar (Op. Cit. pp. 28-29.)

Pittman (1990) considera que existen cuatro categorías de crisis, basadas en la naturaleza de la tensión: desgracias inesperadas, crisis de desarrollo, crisis estructurales y crisis de desvalimiento. Estas últimas rara vez se presentan en forma pura.

Algunas parejas experimentan *desgracias inesperadas* por las que acuden a terapia con un problema muy específico y no saben qué hacer al respecto, tales como cambios en los límites o la integración de la familia. En muchas de estas situaciones no requieren de la intervención de un terapeuta.

El matrimonio cambia con el tiempo pasando por diversas etapas. Cuando las personas entienden el ciclo vital del matrimonio, no les alarman demasiado la aparición y el *desarrollo* de las diversas etapas. Pero la gente busca constancia y considera el cambio como algo perturbador, amenazador, insultante y peligroso.



Se presentan *crisis de desvalimiento* en los matrimonios que se basan en disposiciones acerca de quién cuida a quién, son desiguales de modo tal que la inflexibilidad los hace propensos a las crisis.

Finalmente existen dos grandes categorías de matrimonios que padecen *crisis estructurales*: los explosivamente íntimos y los temblorosamente distantes, de los que habla el modelo estructural. Da la impresión de que estas personas pelean o no con el único propósito de impedir que su relación se torne demasiado íntima o demasiado distante a modo de conservar su carácter amalgamado o desligado.

La infidelidad es para Pittman (1990) una de las más graves tensiones que disocian a las familias que va seguido de culpa y temor, y que se convierte en ira contra el cónyuge y en un esfuerzo por justificarse y culpar al otro, diciendo que algo anda mal en su matrimonio, para aligerar su sentido de responsabilidad, y que al mismo tiempo los mantenga a una distancia suficiente como para permitirles continuar con la aventura. La mayoría de las razones que motivan las infidelidades parece originarse en los individuos más que en la relación conyugal y van desde el pasatiempo hasta la cortesía. La razón principal es la mera falta cultural de una expectativa de fidelidad o, tal vez la exigencia cultural de la infidelidad. “En todos los casos de infidelidad en curso o de sospecha se recomienda confirmar enseguida la situación (Pittman, p.63).

El adúltero se esfuerza a veces con empeño y hasta con éxito, en demostrar que el cónyuge engañado es un paranoide por creer en la existencia de una aventura.

“Lo peor de todo es cuando un hijo comparte el secreto de la infidelidad con el progenitor infiel. “ (Pittman, 1994 p. 261) ya que reúne la mayoría de las características de una relación incestuosa porque el hijo queda fusionado a un progenitor por un secreto sexual culpable que podría destruir la familia. Por otro lado les es imposible acercarse al progenitor traicionado. “Éste tiene varias alternativas: tratar de proteger el matrimonio de sus padres, tratar de arruinarlo o simplemente usar el secreto en beneficio propio.” (Op. Cit. P. 262) “...tiene que enfrentar lealtades divididas, sentimientos protectores hacia la madre y una alianza con el padre”.

“El secreto no pertenece al adúltero, ni al terapeuta, sino al matrimonio. La pareja puede y debe decidir qué hará al respecto” (p.164) Pero la revelación de la aventura debería ser la norma y las razones para ocultarla tendrían que ser imperativas.

En las infidelidades aisladas y si la aventura ha terminado y se ha revelado el secreto, la tarea consiste en fortalecer el matrimonio y aprender a convivir con un ser humano falible. Si bien el infiel debe controlar su conducta adúltera, ambos esposos deben estar dispuestos a cambiar en bien del matrimonio. La resistencia más problemática es la terminación prematura de la terapia, las más de las veces por el cónyuge engañado, que evita la intimidad declarando resueltos los problemas.

De la revisión anterior es posible concluir que las crisis tienen para algunas familias el sentido de una oportunidad que les permite mantener la integridad del núcleo familiar, mientras para otro gran número de familias significa su ingreso dentro de un proceso que los lleva al divorcio. Cohen y Jones (1983) consideran que una familia divorciada puede ser preferible a una familia “desdichada” y señalando que las personas separadas siguen creyendo en el matrimonio, siempre y cuando no sea con su cónyuge actual. Pero hasta Cohen y Jones descubren que el divorcio constituye una crisis grave para los hijos, y que el grado de tensión es directamente proporcional a la pérdida de involucración del progenitor que se va.

Una vez acaecido el divorcio, sobreviene un sentimiento comprensible de inseguridad y duda acerca de la estabilidad de la vida familiar, que se transmite a los hijos de los divorciados. Si el divorcio parece temporáneo y se cree posible la reconciliación, los miembros de la familia maniobran para reconciliar y reunir a la pareja, dicha fantasía es particularmente destructiva para los hijos, ya que en caso de nuevas nupcias trataran a los padrastros y madrastras como si fueran usurpadores.

También obliga a los hijos a sufrir el trauma más disociador exigiéndoles que no reconozcan su existencia, ni busquen apoyo de nadie, este proceso es tan embarazoso, que si sus amigos se enterasen los excluirían del grupo. Es tan vergonzoso que ni pueden mencionarlo.

Todos se sienten responsables y culpables mientras examinan su contribución al desastre, pero no pueden detenerlo. No es raro que los miembros de una familia se vuelvan sintomáticos mientras se tramita un divorcio.

La esposa al notar que recibe la peor parte en el arreglo, dedicará muchas más energías a pelear nuevamente el divorcio y, quizás alejará de sí a sus hijos con sus esfuerzos por impedir que perdonen al padre. El divorcio es una disputa más. Una vez divorciados tal vez disfruten continuando su riña en torno a quién fue el bueno y quién el malo, y con ello tienden a bloquear todo lo bueno que tenía el matrimonio y a retener todo lo malo. El divorcio libera a los progenitores del deber de ser mutuamente cariñosos, responsables o dignos de confianza, pero protege su derecho a seguir riñendo y alimentando su odio recíproco hasta el fin de los tiempos.

En todos los casos el que se va insinúa un retorno que puede significar tan sólo que regresaría al hogar si el cónyuge abandonado estuviese dispuesto a aceptar todas sus faltas, sin tratar de inducirlo a cambiar o a sentirse culpable. Al mismo tiempo la madre puede maltratar, física, o psicológicamente, al hijo que más se asemeje al marido desertor. Los hijos salen perdiendo al pertenecer a dos hogares pobres económicamente, pierden a sus abuelos y familia extensa y hasta pueden ser separados de sus hermanos por el régimen de custodia.

Sin embargo el efecto más importante, entre los que sufren los hijos, es el cambio en su relación con sus progenitores. Estos se hallan deprimidos o distraídos, preocupados por los cambios en su propia vida, y es improbable que estén disponibles para sus hijos. Hasta pueden volverse dependientes de ellos. La madre tiene que salir a trabajar o tomar un empleo más exigente y hacerse cargo de cosas que antes eran responsabilidad del padre.; o quizás salga con otra persona, lo cual le consume un tiempo y atención increíbles y exaspera a los hijos, los hace sentirse inseguros, distraídos y abrumados.

Es probable que se sientan desconcertados y quizás se rebelen experimentando una regresión exigiendo mayores cuidados parentales. “La regresión, la aparición de síntomas y el aferramiento son característicos. Los hijos castigan de esa manera a sus padres y, como así obtienen todavía menos de ellos, les exigen todavía más.” ( p 180)

Las fronteras de la familia desaparecen e ingresan toda clase de personas en tanto que otras se retiran, desde abogados, terapeutas así como los padres y otros parientes estrechan filas.

Los sobrevivientes del divorcio deben reasignar tareas y renegociar todas las reglas. El progenitor que se queda está sobrecargado, mientras que el que se va quiere regresar a mantener su autoridad sobre las reglas y roles de la familia que acaba de abandonar.

El aspecto más deprimente del divorcio es tener que enterrar todos los planes que se acariciaban para el futuro.

Se reviven los agravios recibidos a lo largo de la vida conyugal. Deben desacreditarse la totalidad de la vida en común, hay que escribir nuevamente la historia.

La batalla por el divorcio es vital y no debe posponerse. Empero, no la libran únicamente los esposos: todos los demás son arrastrados a participar en la refriega. Puede ser horrible para los hijos, a quienes tal vez se obligue a servir de árbitros, a traicionar o abandonar a un progenitor, o, simplemente, a escuchar todas las quejas. También puede ser horrible para los padres de la pareja. Los hijos pueden desarrollar virtualmente cualquier síntoma físico o emocional, mientras sus padres capean el temporal que amenaza a la familia o aguardan hasta que termine.

Hay razones prácticas para reincidir en el matrimonio; la forma óptima de criar a los hijos es en pareja, dos personas pueden vivir a tan bajo costo como una y la relación sexual es mas eficiente cuando se hace el amor en casa. Es difícil que muchas mujeres divorciadas, con hijos pequeños y un ex marido inservible, puedan sobrevivir – funcional, emocional o económicamente- sin volver a casarse.” (Pittman, 1990, pp. 188-189)

Sin embargo los profesionales consideran que la gente debiera esperar varios años antes de volver a casarse, ya que las nuevas nupcias no se parecen del todo a las primeras. Si éstas produjeron hijos, los matrimonios subsiguientes no podrán comenzar con una pareja nada más, y expandirse a partir de allí.

Betty Carter y Monica McGoldrick (1980, citado en Walters, 1996)), desarrollaron un marco conceptual básico para analizar el proceso emocional del divorcio y el nuevo

casamiento. Llegan a considerar al divorcio como una interrupción o dislocación del ciclo vital de la familia, que produce en el sistema familiar la clase de desequilibrio profundo que siempre se asocia con cambios, aumentos y pérdidas en el conjunto de miembros de la familia.

Estas familias se ven en la necesidad de atravesar por una o dos fases adicionales del ciclo vital a efecto de volver a estabilizarse y evolucionar luego hacia un nivel más complejo.

Durante esta transición, todos los miembros de la familia en que ha habido un divorcio deben realizar el trabajo emocional de elaborar el duelo por la pérdida de la familia intacta y renunciar a toda fantasía de volver a unirse y reinvertir esas esperanzas y expectativas en el propio yo.

Los cónyuges tienen que asumir la parte que les corresponde de la ruptura y llegar a un acuerdo sobre la tenencia de los hijos, el régimen de visitas y los arreglos financieros, que resulte lo más funcional que sea posible para todos los miembros de la familia. Sin embargo este proceso se malogra o elude provocando “rencores y rivalidades que complican las relaciones futuras de todos los miembros de la familia.

Por otro lado el 65 % de las mujeres y el 70 % de los hombres vuelve a casarse, lo que demanda de una segunda fase adicional del ciclo vital de la familia, en la cual elaboran adecuadamente el proceso emocional, antes de reestabilizarse. “En esta fase el proceso emocional ambiental consiste en luchar con los temores que todos sienten respecto de una nueva familia, en afrontar reacciones hostiles y adversas hacia el nuevo matrimonio y en tratar de descubrir o inventar un nuevo paradigma de familia que de cabida a los nuevos y complejos roles y relaciones”. (Carter, et. al. 1980, citado en Walters, 1996 Pp.283).

Los peligros emocionales afectan a hombres como a las mujeres y reflejan los patrones disfuncionales que tienden a perpetuar recíprocamente después del divorcio.

Los hombres enfrentan la seria posibilidad de perder a los hijos, de un modo u otro. A menos que el padre tome medidas concretas para mantenerse vinculado con sus hijos, todas las fuerzas que se ponen en juego durante el divorcio y el segundo matrimonio tienen el efecto de aumentar la distancia emocional entre padre e hijos. Es en este

momento cuando se pone en evidencia el alto precio que deben de pagar los padres que cumplieron los roles familiares tradicionales que le impidieron adquirir la capacidad necesaria para entablar sus propias relaciones con sus hijos.

Existe la tendencia a ver el divorcio como un acontecimiento legal, logístico y económico y no como un proceso emocional, que trae una serie de consecuencias de diversa índole para todos los integrantes de la familia y de la pareja que se separa en particular.

Por una parte este enfoque legal del divorcio le quita al hombre el tiempo y el espacio emocional que precisa para experimentar plenamente sus pérdidas, para elaborar el duelo.

En cuanto al impacto sobre la mujer, particularmente si es ella quien pide el divorcio, como respuesta muchos hombres han abandonado la responsabilidad de mantener económicamente a sus hijos. “El 95 % de los hijos queda bajo la custodia de la madre después del divorcio; el 75 % de las cuotas de manutención de los hijos no es íntegramente pagado y el 50 por ciento no se paga en absoluto” (Carter, et. al. 1980, citado en Walters, 1996, pp. 281).

Por esta razón es que las mujeres de menores ingresos se cuentan entre las primeras en casarse en segundas nupcias, dado que el matrimonio sigue siendo la principal “solución” a la inseguridad económica y social que nuestra sociedad ofrece a las mujeres. (Op. Cit. Pp. 282)

Es erróneo pasar por alto la relación existente entre las consecuencias emocionales del divorcio para la familia y los aspectos económicos y logísticos. Las formas de abordar dicha relación influyen en las diferentes interacciones entre los padres divorciados y los hijos, conformándose diversos tipos de patrones, algunos de ellos disfuncionales entre la madre con los hijos y el padre y los hijos.

En el capítulo tercero del libro “La red invisible” se analizan los patrones disfuncionales en la relación padre-hija. Exponen cuatro patrones disfuncionales: “interrupción de la relación, relación distante, relación intrincada y relación perversa. Cada uno de estos patrones principales tiene variaciones tanto conflictivas como no conflictivas: se las debe conceptualizar como parte de un triángulo, más que como una interacción

puramente diádica y como no limitadas meramente a la familia nuclear, sino de alcance multigeneracional.”

Para las autoras “La teoría de sistemas de Bowen y la teoría feminista coinciden en cuanto a la importancia de la vinculación emocional y a la disfunción que se produce cuando se interrumpen o se rompen relaciones significativas (Walters 1996, pp. 115.)

Existen diferentes tipos de interrupción de las relaciones entre los padres como la separación por fallecimiento de uno de los cónyuges y la separación motivada por divorcio de la pareja.

En cuanto a la interrupción por divorcio tiene como consecuencia la separación del padre y la hija. En este caso, si la hija es pequeña cuando se produce la separación, lo más probable es que desarrolle una actitud negativa hacia su padre a medida que crece. A diferencia de la hija cuyo padre falleció, no encontrará ninguna justificación para la ausencia de su padre fuera de la idea de que a éste no le importa nada de ella. Dado que los padres han roto su relación, no es muy probable que la madre le brinde una visión positiva de su padre: de hecho lo más factible es que le dé una versión negativa.

El rencor compartido hacia el padre constituye un elemento colusorio en la relación entre madre e hija. En el caso de la relación padre-hija sólo el proceso de “poder contar” uno con el otro los convertirá, emocionalmente, en padre e hija.

Gómez y col. (2005) en su libro “Nuevas Parejas” considera que la ruptura de los padres tiene efectos sobre los hijos los cuales pueden percibirse de inmediato o no. Pueden durar poco tiempo o persistir por muchos años, pueden disolverse favorablemente con un buen manejo de la situación o pueden agravarse con el tiempo debido a las conductas inadecuadas de los padres.

La sensibilidad de muchos padres y madres a las emociones que experimentan sus hijos los ayuda a salir adelante a pesar del sufrimiento, del dolor y de las pérdidas Sin embargo, hay situaciones que complican la elaboración de la ruptura, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1.- El pleito de los padres persiste aún después del divorcio legal.
- 2.-Las coaliciones de los hijos con uno de los padres en contra de otro.

- 3.- El conflicto de lealtades.
- 4.- La incapacidad para entender las necesidades emocionales de los niños.
- 5.-La falta de límites claros y de figuras parentales fuertes.
- 6.- La ausencia de una estructura externa clara.

**El pleito de los padres persiste aún después del divorcio legal.** El pleito interminable entre los padres genera gran cantidad de sentimientos de enojo, rabia, y desesperación en los hijos.

Los padres continúan peleando por una diversidad de tópicos. Si estando casados no eran capaces de llegar a acuerdos, al divorciarse esta imposibilidad persiste y con graves consecuencias para los hijos.

Se presentan nuevos problemas como la pensión alimenticia, los gastos médicos, las visitas, las vacaciones, las tradicionales reuniones familiares y religiosas, la ingerencia de las nuevas parejas de los padres, el manejo de permisos para viajes, salidas, etcétera. La comunicación se torna difícil entre los padres. Los hijos escuchan a los padres hablando mal el uno del otro, lo cual puede tener repercusiones muy serias. En el peor de los casos, empieza a dudar de sus propias percepciones y la imagen que tiene de alguno de ellos cambia dependiendo de la persona con la que haya convivido.

Desafortunadamente, esta situación de odio y resentimiento personal puede persistir durante mucho tiempo y, mas aún, “hasta que la muerte los separe”

El pleito de pareja puede llevar a situaciones extremas, rayando en lo patológico. Uno de los dos puede demandar al otro, pelear la patria potestad o secuestrar a los propios hijos y mantenerlos escondidos por años. En todas estas situaciones extremas los hijos son espectadores, actores, víctimas y receptores de toda la rabia vertida por los padres.

**Las coaliciones de los hijos con uno de los padres en contra de otro.** Otro fenómeno que se presenta en los hijos de padres divorciados es la coalición de uno, o varios de los hijos con uno de los padres y no necesariamente porque el padre o la madre lo hayan ordenado así. Muchas veces el hijo, por sentimientos de empatía natural, se identifica con uno de los dos, normalmente con el que percibe desvalido y desprotegido, y lo defiende de una manera sorprendente frente al otro padre.



Normalmente serían los padres los que tendrían que proteger a los hijos y no a la inversa.

**El conflicto de lealtades.** Es muy importante que los padres comprendan y acepten este conflicto de lealtades en que se encuentran sus hijos. Los hijos necesitan a los dos padres, desean en su corazón que se reconcilien.

Los hijos se sienten en la necesidad de complacer a ambos padres. Presenciar las dificultades de la pareja, darse cuenta cómo pelean por él, como si fuera una gran rebanada de pastel al que ambos quisieran, resulta muy doloroso para el hijo.

Sería muy conveniente que se pusieran de acuerdo sobre la custodia, las visitas y las vacaciones. Resultaría contraproducente presionar a los hijos pequeños a tomar decisiones importantes ya que esto lastima mucho a los niños, pues cualquier decisión que tomen implica una traición al otro padre.

Desgraciadamente, algunos padres, con sus resentimientos y sentimientos de víctimas, agravan la posición de los chicos quienes se angustian y no saben como resolver los problemas.

**La incapacidad para entender las necesidades emocionales de los niños.** Los cambios emocionales que genera el divorcio en todos los miembros de la familia son quizás los más importantes. Enojo, coraje, dolor, rabia, envidia, tristeza, depresión, soledad, miedo al abandono, incompetencia, baja autoestima, angustia, ansiedad desorganizadora, temor al fracaso, culpa, nostalgia, pena, añoranza, todos estos sentimientos conviven, se mezclan, se entretajan, se confunden, desaparecen y retornan, dejando en los miembros de la familia cansancio, agobio tensión y desesperación

Algunos chicos dependiendo de su edad pueden presentar alteraciones y síntomas que pueden ser considerados regresiones temporales relativamente normales, pero en otros casos si son comprendidos y contenidos en primer lugar por sus padres y en segundo lugar por seres queridos disponibles tolerantes y comprensivos con la ayuda del tiempo tienden a desaparecer. Ellos ayudan a resolver y elaborar el duelo que implican tantas pérdidas conjuntas. Las ocupaciones, el trabajo, el deporte y las actividades artísticas en forma grupal, ayudan a encontrar nuevas perspectivas.

Sin embargo existen situaciones en las que se necesitará una ayuda externa, aunque sea momentánea y temporal, como una intervención en crisis, un proceso de mediación o una ayuda individual, familiar o grupal a nivel terapéutico.

**La falta de límites claros y de figuras parentales fuertes.** Dado que se considera que el divorcio provoca sentimientos regresivos de invalidez, desprotección, angustia y ansiedad en todos los miembros de la familia, resulta necesario pensar en la necesidad de figuras parentales fuertes que funcionen como elementos aglutinantes que preserven la estructura familiar del caos.

**La ausencia de una estructura externa clara.** Así como los hijos necesitan de figuras parentales fuertes, también necesitan una estructura que los contenga, como espacios físicos, horarios, las rutinas, los límites conductuales claros, la definición de roles, los acuerdos económicos claros respecto a la manutención y al pago de estudios, los acuerdos respecto a las visitas con los padres que no tienen la custodia y la definición de las relaciones con las nuevas parejas de los padres.

### **Análisis y Discusión teórico metodológico de los casos**

El caso de la familia Méndez Bora es sin lugar a dudas un claro ejemplo de matrimonio en crisis que se cernía como un peligro, pero que se transforma en una oportunidad de consolidación al tomar la decisión de recurrir a la ayuda de la terapia familiar.

El proceso terapéutico logra identificar y definir la tensión que permite resolver la crisis por la que estaban atravesando. Esto de alguna manera, es parte de que el matrimonio se encuentre atravesando la séptima etapa que Pittman (1990) denomina *alcanzar la cumbre* que a su vez incluye la de nido vacío y hechos de la vida. Al mismo tiempo se puede considerar como parte de una crisis estructural, en donde la pareja da la impresión de que pelea con el único propósito de impedir que su relación se torne demasiado distante para la esposa o demasiado íntima para el esposo.

La esposa trata de encontrar justificaciones que le permitan ser superior y así poder regular la distancia de la relación y el control de las reglas.

Por otro lado en esta pareja existe una tensión por infidelidad en donde el esposo realiza un esfuerzo por justificarse y culpar al otro diciendo que existen diferencias de pareja

por la edad que los llevan a ver el tiempo sujeto a dos ritmos diferentes dependiendo de la edad, “a mayor edad mayor prisa” y de gustos diametralmente opuestos. Esto con el fin de aligerar su sentido de responsabilidad y al mismo tiempo para mantener una distancia suficiente como para permitirle continuar con su aventura.

Es muy probable que la elección de la compañera de aventuras sea una persona más joven, relacionada con el aspecto físico comparado con la edad de la señora que es 10 años mayor que el esposo.

Pero a pesar de la tensión que representa para todos los integrantes el matrimonio de la familia Méndez Bora se ha mantenido unido repercutiendo fundamentalmente sobre la integridad de los hijos y en particular de la hija menor quien es mencionada inicialmente como la paciente sintomática, al tener bajas calificaciones, tendencia a la depresión y ser propensa como el papa a caer bajo el control de las adicciones. Esto confirma la aseveración de que “los hijos pueden desarrollar virtualmente cualquier síntoma físico o emocional, mientras sus padres capean el temporal que amenaza a la familia o aguardan hasta que termine” (Pittman, 1990 p. 263).

De la misma manera se crean coaliciones de los hijos con los padres al identificarse con su forma de ser, repartiéndose el hijo y la hija a los padres a quienes perciben como el más desvalido y desprotegido, para defenderlo del otro padre, invirtiéndose la tarea de que los padres tendrían que proteger a los hijos. En este caso a los padres les es difícil aceptar el angustiante conflicto de lealtades de la hija que parece traicionar a la madre y el hijo al padre, pretendiendo en todo momento la reconciliación que no alcanzan a lograr.

La señora menciona que han sido varias veces que le ha propuesto a su esposo el divorcio obteniendo como respuesta una negativa a dicha sugerencia. Ya que se considera como una infidelidad aislada, la aventura ha terminado, por lo que la tarea principal consiste en fortalecer el matrimonio para aprender a convivir con un ser humano falible.

La familia Amador Quezada vive la más común de las tensiones graves, la infidelidad, que genera culpa, temor y que se expresa en ira contra el cónyuge por parte de la esposa y en un intento y esfuerzo por justificarse y culpar al otro por parte del esposo quien

dice que ha habido problemas en su matrimonio en un intento por aligerar su responsabilidad, al tiempo que trata de mantener la distancia suficiente que le permita continuar con su aventura.

Como plantea Pittman (1990) el adúltero se esfuerza a veces con empeño y hasta con éxito, en demostrar que el cónyuge engañado es un paranoide por creer en la existencia de una aventura (p. 164).

Mientras la esposa amenaza con divorciarse, está enojada y teme perder el control y no quiere tomar una decisión “de la que después pueda arrepentirse”. A veces se ha mostrado incrédula con su cordura, pasa por una depresión ante la angustia permanente temiendo la posible disociación de la familia por la que tanto ha luchado. En la búsqueda de soluciones a su problemática inicialmente fue medicada con antidepresivos.

Es importante considerar lo que plantea Pittman (1990) acerca de que “el secreto no pertenece al adúltero, ni al terapeuta, sino al matrimonio. La pareja puede y debe decidir qué hacer al respecto” (p 164), donde la revelación debe ser la norma y las razones para ocultarlas tendrían que ser imperativas.

Como parte del tratamiento se busca una definición del problema matrimonial que le dé al engañado la oportunidad de mostrarse dispuesto a hacer cambios en bien del matrimonio, aun cuando los problemas abordados solo guarden relación tangencial con la aventura. La señora se muestra dispuesta a asumir el compromiso para trabajar aquellos aspectos de ella que pudieran contribuir a restablecer la relación matrimonial, pero el señor durante todo el proceso muestra una ambigüedad respecto a la autenticidad en su disposición de promover los cambios que se requieren de su parte.

A su vez, como lo plantean Pittman (1990) y Gómez (2005) la ruptura de los padres tiene efectos sobre los hijos los cuales pueden percibirse de inmediato o no con diversos periodos de duración. En el presente caso el padre en un intento por brindar las garantías de que no volvería a ocurrir el engaño ha involucrado al hijo mayor llevándolo al gimnasio donde lo ha convertido en cómplice de sus aventuras, lo ha empujado a enfrentar lealtades divididas, sentimientos protectores hacia la madre y una alianza con el padre.

El hijo menor, como efecto de la crisis generada por la infidelidad del padre y la consecuente demanda de divorcio por parte de la madre, desarrolla manifestaciones sintomáticas, expresadas en bajas calificaciones, rebeldía y la amenaza velada de llegar al suicidio.

En el caso de esta pareja queda patente que el compromiso del cónyuge para trabajar a favor de la conservación del matrimonio aún no estaba consolidado, logrando incluso la terminación prematura de la terapia.

Del análisis del tratamiento terapéutico de la familia Rodríguez Méndez es importante mencionar que el caso de esta niña es uno de los ejemplos típicos de niños llevados a terapia por sus padres obligados a concurrir por los tribunales. Resulta evidente que no estaban motivados para cambiar. La mayoría, como lo menciona Lipchik (2004) son abierta o encubiertamente hostiles a la persona o el sistema que los derivó y a cualquiera que esté vinculado a ellos.

Esto hace que se les encasille como “resistentes” o “indóciles”, lo cual refuerza el antagonismo entre ellos y quienes tratan de ayudarlos.

El desafío específico es la exigencia de conectarse tanto con el cliente como con la persona o sistema que lo derivó y de satisfacer las necesidades de ambos.

Es muy claro que para la familia Rodríguez Méndez la experiencia del divorcio ha sido como dice Troya (2000), una experiencia terriblemente desestructurante en la cual se han roto las expectativas de compañía y comprensión, sobre todo para la madre cuando dice que ella fue la más “taruga” de sus hermanos porque no supo elegir y conservar su matrimonio, ya que trató de seleccionar a una persona que parecía madura, de la cual esperaba apoyo y sólo encontró un niño equivalente a un hijo más que se convirtió en una carga pesada para ella”.

De acuerdo con Walters (1996) todos los miembros de la familia en que ha habido un divorcio deben realizar el trabajo emocional de elaborar el duelo por la pérdida de la “familia intacta”, trabajo que falta por concluir con esta familia. Resulta evidente que los clientes que han venido a hablar con nosotros lo han hecho contra su voluntad.

Lo anterior causa molestia la cual debe ser reconocida de inmediato y aceptada con empatía. Tanto el padre como la madre niegan respecto a sí mismos esta situación por lo que quieren evadir su asistencia a las sesiones, el señor dice estar curado y la madre sentirse víctima de la demanda de parte del señor, de que sólo ella y la niña deben recibir terapia por considerar que la señora está enferma.

Esto último muestra la tendencia en este caso compartido por la ex pareja a ver el divorcio como un acontecimiento legal, logístico y económico y no como un proceso emocional, lo que les quita el tiempo y el espacio emocional que precisan para experimentar plenamente sus pérdidas, para elaborar el duelo.

De hecho la falta de elaboración del proceso emocional les ha impedido desarrollar la capacidad para asumir la parte que les corresponde de la ruptura y llegar a un acuerdo sobre la tenencia de los hijos, el régimen de visitas y los arreglos financieros, que resulte lo más funcional que sea posible para todos los miembros de la familia. Más bien, en el caso de la familia Rodríguez Méndez este proceso se ha malogrado provocando rencores y rivalidades que complican las relaciones de todos los miembros de la familia.

Carter (1996) plantea que se deben transitar dos nuevas fases adicionales del ciclo vital para poder estabilizarse y en su caso poder formar una nueva familia. La señora Irma, antes de poder resolver las tareas y necesidades que dichas etapas demandan, se involucra en una situación más compleja, ya que antes de lograr lo anterior decide asumir un nuevo compromiso con otra pareja y tener un segundo bebé.

A partir de lo anterior, es posible encontrar una mayor claridad respecto del origen y desarrollo del síntoma principal, el comportamiento de la niña en relación del padre

En este punto del análisis cabría preguntarse, *¿Qué ha llevado a la niña al rechazo del padre?*

Para el padre esta conducta es producto de la manipulación de la madre. Ésta por su parte argumenta que la niña, ha tomado partido por ella pues desde los tres años que tenía cuando ocurrió el divorcio “ha escuchado la verdad en los juzgados” y que la niña se entera de todo en casa por más discretos que quieran ser, por vivir en una casa pequeña.

Como terapeutas debemos tener cuidado ya que “A menos que luchemos en forma consciente por identificar y rechazar las ideas y actitudes tendientes a culpar a la madre, éstas quedarán internalizadas como parte de nuestro repertorio de convicciones y conductas profesionales” (Walters, 1996, Pp56).

Walters (1996) afirma que mientras que la madre es deificada, mitificada e idealizada, al mismo tiempo se la culpa de cualquier problema emocional que pueda afectar a sus hijos. Ello se puede ver reflejado cuando la señora Irma es acusada por el padre de que su ausencia puede convertirse en un rechazo para la figura masculina e incluso producir lesbianismo cuya responsabilidad se lo atribuye a la madre. Sin embargo la madre considera que la pequeña se relaciona bien con sus profesores y guías scout varones. ¿Cómo considerar esta acusación? si como dice Troya (2000) actualmente llegamos a la conclusión de que cada vez es mayor la cantidad de niños que son criados y educados por toda clase de adultos y no exclusivamente por sus padres biológicos.

En este momento, como terapeutas, existe la necesidad de tener en consideración, por un lado, el derecho del padre a vincularse con sus hijos, pero al mismo tiempo sin quedar sujetos al mito de que sin los padres biológicos los hijos no crecerán como personas normales.

Para estar en posibilidad de dilucidar esta cuestión tan relevante es importante recurrir al análisis de los patrones disfuncionales en la relación madre-hija. De acuerdo con Walters (1996) existen cuatro patrones disfuncionales: interrupción de la relación, relación distante, relación intrincada y relación perversa. Cada uno de estos patrones principales tiene variaciones tanto conflictivas como no conflictivas: se las debe conceptualizar como parte de un triángulo, más que como una interacción puramente diádica y como no limitadas meramente a la familia nuclear, sino de alcance multigeneracional.

Este es uno de los divorcios que ha tenido como consecuencia la separación entre el padre y la hija, ante lo cual la hija ha desarrollado una actitud negativa hacia su padre a medida que crece, con la idea de que a éste no le importa nada de ella. Dado que los padres han roto su relación, la madre le brinda a la hija una visión negativa.

El rencor compartido hacia el padre constituye un elemento colusorio en la relación entre madre e hija. Dado que la intensidad de otros vínculos que mantienen cada una de las partes es aproximadamente equivalente a la intensidad de la ruptura, el padre puede tener una relación intensamente dependiente con su propia madre o con su nueva esposa, la que afirmará la separación por su parte, así como el rencor compartido de la madre y la hija hacia él mantiene la separación por parte de ellas. La resolución de este triángulo, como en el primer ejemplo, puede producirse cuando la hija se vuelve a vincular con su padre como forma de poner fin a sus dudas y sus fantasías respecto a ella misma y de su historia.

Sin embargo, la diferencia de lo que sucede cuando se trata de exorcizar un fantasma, en este caso la hija se encontrará con una persona real con la cual relacionarse. Y esa persona, pese a ser su padre biológico, será un *extraño* (Walters, 1996, pp118-119).

Esto se debe a que, si bien es cierto que los factores genéticos determinan que sean “otras personas significativas” uno para el otro, sólo el proceso de “poder contar” uno con el otro los convertirá, emocionalmente, en padre e hija.

Sería muy conveniente que se pusieran de acuerdo sobre la custodia, las visitas y las vacaciones. Resultaría contraproducente presionar a los hijos pequeños a tomar decisiones importantes ya que ésto lastima mucho a los niños, pues cualquier decisión que tomen implica una traición al otro padre.

Se le ha señalado que de acuerdo a la educación basada en las construcciones de género tradicionales a las mujeres no se les ha enseñado a definir ni negociar directamente lo que quieren, ha sido común el suplicar, apaciguar, llorar, insinuar o quejarse. Sin embargo la señora Irma lo ha tratado de hacer desde una posición de pleno derecho, sólo que en forma intrincada con las emociones no resueltas.

La combinación de la forma de negociar con la gama de emociones y sentimientos mezclados por cada una de las partes, da lugar a que en ciertos momentos se intensifique o disminuya la escalada simétrica, en la que desarrollan su relación. Sin embargo cada vez más se observa una tendencia por parte del ex esposo a desescalar el conflicto legal. Como una muestra de ello a veces el señor propone dejar a un lado el juzgado y le dice que hagan un pacto de confianza, que cuando se vean hablen con



cortesía, y que si es necesario se vayan a tomar un café una vez al mes o cada dos meses, pero la señora sintiendo la imperiosa necesidad de regular la distancia con la expareja dice que no quedaron en buenos términos y que ya tiene otra pareja; que considerando sólo el rol de papá se debe acercar a la niña gradualmente, ya que en general no le favorece la cercanía con el señor para la estabilidad para la nueva familia. Se logra el acuerdo de que acudan al parque. Esta actividad, si bien se cumplió dejó al padre con la sensación de que la madre no pone nada de su parte para preparar a su hija, mientras la señora lo atribuye a la falta de pericia del padre.

Constantemente tratan de regresar a la queja del uno contra el otro. El señor ofrece la firma del pasaporte por un año. A pesar de esto la señora se muestra escéptica, manifiesta que no se pida nada a cambio, comentando que efusiva y expresiva con el señor no va a poder ser. Finalmente el ex esposo abandona el campo del conflicto.

#### Comentarios finales

Las crisis son una parte inherente a los diversos sistemas humanos y el matrimonio no se encuentra exento de ellas, siendo como lo plantea Pittman (1990), una condición para que se produzcan cambios, que representan una oportunidad de crecimiento.

En los matrimonios arriba analizados podemos encontrar que cada uno de ellos estaba atravesando diferentes etapas de la evolución de la pareja, con crisis originadas por diferentes motivos, sin poder salir de ellas siendo necesario el recurso de la ayuda de un proceso terapéutico, que les permitiera hacerles frente bajo el enfoque de una oportunidad para el crecimiento.

Dichas crisis producen una desintegración de las familias y si bien afectan a los integrantes de la pareja, tiene una particular intensidad sobre la integridad emocional y social de los hijos, ya que sin importar la edad todos de alguna manera desarrollan manifestaciones sintomáticas de diversa índole, y son involucrados en el subsistema conyugal y sus conflictos.

Es importante plantear que las crisis impactan no sólo al núcleo familiar propio sino que expande su influencia a la familia extensa, amistades, a los ámbitos escolares y laboral, llegando sus ondas expansivas a los sistemas terapéuticos de los que formamos parte los profesionales encargados de desarrollar los procesos de ayuda psicológica.

### **1.3-Análisis de Sistema Terapéutico Total (Cibernética de 2º. Orden)**

Desde la Cibernética de Segundo Orden, que sostiene que el observador es parte del fenómeno observado, asumimos que la formación de terapeutas familiares requiere considerar a la supervisión como un proceso complejo en el que es necesario reconocer una multiplicidad de visiones acerca de los diferentes niveles implicados: la familia, los terapeutas, los equipos de supervisión, los supervisores y el contexto en el que se incluye la institución en la que están inmersos.

Al mismo tiempo, que debe tener una visión del sistema en el que trabaja, de la familia, del terapeuta con la familia y con el equipo, así como de la fuente de referencia; también tiene que tomar en cuenta su propia participación con el sistema, además de los vínculos con la institución global, donde la supervisión está inserta en un programa de formación de Terapia Familiar.

Por ello es preciso comprender que una misma persona puede desempeñar diferentes roles y funciones, en tanto pertenezca o actúe en uno u otro de los subsistemas que constituyen el Sistema Terapéutico Total. Estos subsistemas tienen sentido y funciones diferenciadas en la medida en que realizan tareas diferentes en su interacción al servicio del hecho clínico. Podemos encontrar los siguientes subsistemas:

**Sistema de terapeutas** es el conjunto formado por el terapeuta, el grupo de terapeutas y el supervisor.

**Sistema terapéutico** es el subsistema conformado por el terapeuta, con la familia que atiende.

Se denomina **sistema de supervisión** al conjunto de terapeutas más el supervisor.

Al sistema más abarcativo se le llama **Sistema Terapéutico Total**, que incluye los subsistemas mencionados.

Cada Sistema Terapéutico Total mantiene relaciones con otras instituciones que son sistemas con una organización así como un conjunto de normas, constructos y objetivos, lo cual tiene implicaciones para la exploración del ecosistema y las fuentes de derivación. Queda claro que la “responsabilidad del Sistema Terapéutico Total” es con

la familia consultante y debe privilegiarse la relación con los consultantes y la eficacia terapéutica por sobre el entrenamiento o los compromisos y lealtades de instituciones diversas.

El alumno comienza a aprender la tarea de supervisar a partir de la introyección de una modalidad de trabajo, sin que esto sea una consigna explícita ni un objetivo del programa; esto sería parte del currículum oculto, donde sin ser uno de los objetivos explícitos del currículum formal, el alumno se sensibiliza, experimenta la tarea y adquiere un método de trabajo que es una condición necesaria, mas no suficiente, para convertirse en un supervisor. El desarrollo de estas habilidades comienza desde el inicio de la formación y va subiendo diferentes peldaños hasta llegar al último que sería la formación de supervisores.

De acuerdo con Troya y Aurón (1988, citado en Desatnik, Franklin, 2002) se define **supervisión** como *“un espacio de reflexión e integración teórico, técnico y metodológico en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o priorizar 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 (p. 48 )*

El supervisor dirige su atención al terapeuta, a la familia y al equipo terapéutico. Busca que se elabore un diagnóstico adecuado al caso y se planteen los objetivos terapéuticos eligiendo las modalidades de atención mas adecuados, guiando el desempeño del terapeuta durante todo el proceso de atención.

Hacia la **familia** enfoca cómo afectan a cada uno de sus miembros, las estrategias terapéuticas empleadas y los cambios subsecuentes.

En relación con la **tarea** consiste en acompañar, respaldar y guiar al terapeuta y a su equipo, detectando aquellos escotomas emocionales que representan obstáculos en el trabajo clínico.

En cuanto al **equipo de terapeutas en formación**, considera dos aspectos esenciales para el logro de objetivos grupales: uno centrado en la ejecución de la tarea misma y otro centrado en lo relacional.

Es importante desarrollar una vinculación permanente entre la teoría y la práctica

La supervisión inicia a partir de la primera llamada telefónica que realiza a la institución a través de la secretaria previamente entrenada, se define el tipo de problema y de familia y se le deriva al terapeuta compatible, el cual se comunica con la familia y acuerda la primera entrevista. Antes de la sesión con la familia, el equipo de terapeutas, el terapeuta y el supervisor comienzan a realizar un trabajo en el que se analiza el caso presentado, se proponen hipótesis, se discuten las intervenciones a realizar. Es muy importante observar las respuestas emocionales y el impacto en los terapeutas del equipo.

Se trabaja mediante la observación a través de videos y en vivo que permite la retroalimentación del proceso. Se desarrolla una presesión se analiza las hipótesis e intervenciones trabajadas y a trabajar.

Durante la sesión propiamente dicha se señala una línea de trabajo, se amplía la visión y se “rescata” al terapeuta

Los **diferentes comentarios** de los miembros del grupo de terapeutas son considerados por el supervisor como distintas puntuaciones que dan cuenta de una realidad compleja que evidencia la resonancia que tiene el proceso terapéutico sobre cada uno de los participantes.

**Efectos del modelo** de supervisión.

El terapeuta en formación está expuesto a la mirada de los otros y, en mayor o menor medida, esta situación genera, en el inicio de su entrenamiento, ansiedades persecutorias primarias, en las que el Yo queda en un lugar muy vulnerable, lo cual puede ser determinante para su desempeño clínico y para su auto imagen personal y/o profesional.

Sumado a lo anterior existe una contradicción: para la familia, el terapeuta consultado es considerado un experto, mientras que para el supervisor y el equipo terapéutico, se está iniciando un proceso de aprendizaje, quedando el terapeuta expuesto a presiones que provienen de la familia y del equipo que se encuentra detrás del espejo. Es muy importante la intervención del supervisor para contener estas ansiedades, las cuales van disminuyendo a medida que se asimila esta modalidad de trabajo, al grado de que el terapeuta termina sintiéndose apoyado y protegido sin temor a equivocarse.

Antes de asistir a las prácticas de la Residencia en Terapia Familiar que se realizan en la Clínica de Unidad Familiar del ISSSTE, en Valle Ceylán, Tlalnepantla, no tenía una idea concreta de cómo se realizaba la observación en la modalidad de Terapia Familiar Sistémica; por un lado mantenía vigentes los esquemas de las corrientes psicodinámicas y de un trabajo más bien de tipo individual, e incluso de trabajo a nivel grupal pero sin un acompañamiento de algún equipo de supervisión y la observación era de compañerismo. A nivel laboral la concebía más bien de tipo fiscalizante.

Había leído sobre la observación participante en el enfoque observacional conductual habiendo rescatado muy poco sobre la observación a nivel de terapia familiar pero no había tenido ningún contacto específico de cómo se llevaba a cabo. Incluso como su nombre lo indica pensaba que era una actividad pasiva de modo que el papel fundamental de un observador era permanecer completamente al margen de lo que se estaba observando

En la medida en que consideraba que las residencias en los escenarios clínicos era la parte práctica de todas las materias y clases teóricas, la observación sería sobre cómo se efectuaba una aplicación puntual de los conocimientos transmitidos. En ese sentido cabría esperar que si se estaba revisando la elaboración del familiograma el desarrollo de la entrevista y la revisión del modelo estructural, que se imparte durante el presente semestre, al asistir a las sesiones se observaría su desarrollo y aplicación en forma práctica en la atención de las familias asignadas. Por lo tanto la expectativa existente estaba en función de lograr un diagnóstico estructural en todos los casos y en la implementación práctica de las estrategias y técnicas terapéuticas de intervención así como se fueran estudiando.

Sin embargo la primera idea para resaltar ahora, después de haber sido observador, es que dentro del programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, fungir como observador representa la primera etapa en el proceso de formación como terapeuta familiar, en la que se observa en vivo la danza terapéutica del equipo de supervisión.

Es una experiencia de aprendizaje acerca del proceso de diagnóstico e intervención, analizando cómo es que las características de los pacientes y de los terapeutas son importantes en conducir por caminos diferentes el proceso de atención. Me permitió

evaluar cómo el tipo y naturaleza de la problemática planteada, se relaciona con mi forma de percibir con mi etapa del ciclo vital y con las características de mi vida, ya que en razón de ello los contenidos abordados resultaron más o menos significativos

Que el objeto de la observación deja de ser el supuesto objeto de estudio que estaba integrado por el paciente para incluir al terapeuta e incluso asumir una postura autoreferencial de tal modo que se tiene que asumir que las distinciones que se trazan se hacen a partir del mapa del observador, de tal modo que aquéllo que se describe o se observa tiene que ver con las expectativas, creencias, valores preferencias e historia del observador, por lo cual es importante distinguir cada uno de los aspectos del sistema terapéutico, entendiendo que la realidad no es una realidad objetiva sino construida por el ojo del observador. Por lo tanto hablar de la objetividad representa pretender mantener una actitud rígida que niega la importancia de los procesos subjetivos que son esenciales e inherentes a los procesos de interrelación humanos .

En este sentido, algunas características de los terapeutas que se encuentran implicadas desde la cibernética de segundo orden son en alguna de las terapeutas, su gran capacidad de paciencia y tolerancia, mostrándose como una persona receptiva, también su manera de expresar una actitud de colaboración y trabajo en equipo al sintonizarse plenamente en el trabajo coterapéutico. Se mostró incluyente, sencilla y cálida en su relación con las personas. Es claro que la expectativa de fracaso influye el desarrollo del trabajo. Es fundamental la capacidad de entrega al trabajo en el logro de las metas.

En el caso de otra de las terapeutas me pareció clara la importancia de mantener una actitud de comunicación, expresando y aclarando los diferentes puntos de vista de modo que los mensajes que se enviaron llegaran como se pretende. Dudar y cuestionar los modelos terapéuticos es importante para verificar su adecuación a las familias lo que favorece una mayor comprensión de los mismos. Es importante contactar con sus propios sentimientos, ya que estando consciente de nuestra situación personal podemos manejarnos con mayor cuidado dentro de las sesiones de trabajo con los pacientes. Es esencial como terapeutas desarrollar la capacidad de seguir el ritmo que presenta la familia, es decir como coordinar el tiempo del terapeuta con los diferentes tiempos dentro de la sesión, en primer lugar con el de la familia que se tiene enfrente.

De otra de las compañeras aprendí que contar con una actitud entusiasta y con la capacidad de trabajar en equipo permite brindar una atención de mayor calidad. Asimismo, identificar y mostrarse sensible a aquellas situaciones de los pacientes que implican vulnerabilidad con la vida, nos puede causar una alta resonancia que nos recuerda nuestra propia vulnerabilidad como personas. Es importante la espontaneidad para decir lo que piensa y relacionarse con las personas, sobre todo cuando se trabaja en equipo.

También se puede rescatar que mostrarse seguro de sí mismo y actuar con confianza, además de contar con un gran dominio de los modelos, estrategias y técnicas de intervención, permiten conducir los casos con éxito.

En el caso de este estilo de trabajo se requiere de un aprendizaje del manejo del equipo de video grabación y la paciencia necesaria para resolver las dificultades que se van presentando.

Pienso que por mi conocimiento y experiencias anteriores al tener contacto con este tipo de práctica enfrento un choque con lo que llegué a considerar como una intervención de tipo intrusiva, que distraía, que no dejaba concentrarse y como si existiese una falta de respeto por el trabajo del terapeuta, como si existiese una desvalorización del trabajo que realizaba el terapeuta y como si se estuviese desacreditando su plan y su capacidad.

Pero a la brevedad me percaté del profundo respeto con que realizan sus intervenciones y la pertinencia de las mismas a efecto de brindar el apoyo y dar sus sugerencias en el momento más oportuno. Observé que para realizar lo anterior se requiere una enorme concentración y comprensión del desarrollo de los casos

Al observar la participación de la supervisión considero que se trata de un sistema de formación muy efectivo que apoya y dirige la preparación de los alumnos como terapeutas familiares, de modo de contar con las habilidades y estrategias prácticas que permitan brindar una atención de calidad.

Se trata de profesionales con una preparación muy completa tanto teórica como práctica que se constituyen en un recurso muy valioso que se encuentra a la mano del terapeuta para sacar adelante los diferentes casos que se atienden, que permiten contar con una asesoría especializada para darle solución a los requerimientos que va demandando el

proceso terapéutico. Asimismo se encargan de promover un mayor conocimiento personal como profesional de cada uno de los terapeutas en formación también pude observar que los estilos de supervisión pueden variar dependiendo de la persona del supervisor y que esta diversidad da una mayor riqueza al proceso de supervisión.

Es importante para mí destacar la creatividad que se ha requerido para implementar el trabajo adaptándose a las condiciones materiales, en donde lo mismo se utiliza una línea telefónica, como un pizarrón, salvando las carencias y adaptándose a los recursos existentes.

Me parece importante mencionar la relevancia del trabajo terapéutico para el propio crecimiento personal, así como estar en contacto con los sentimientos personales, de la etapa del ciclo vital por la que se atraviesa. Aprendí que es importante desarrollar una actitud de respeto hacia el proceso en que encuentran las personas en sufrimiento y que ello demanda de mi persona una sólida capacitación, me doy cuenta que soy tan vulnerable como todos a las diferentes situaciones que se presentan. Es necesario rescatar los lados fuertes y los recursos que en ocasiones se deja de verlos por dar énfasis a la queja, lo que impiden ver las diversas alternativas con que siempre se cuenta en el paso por las diversas etapas de la vida y al transitar las crisis.

Un aspecto fundamental es la construcción de un ambiente de trabajo agradable y cálido que permita la expresión de opiniones así como de dudas.

Durante el segundo semestre o Programa de Residencia II, se trabajó en el escenario clínico de la FES Iztacala, con dos equipos de supervisión.

Es importante recordar que es a partir de la Cibernética de Segundo Orden que se integra el papel del observador como un elemento más en el sistema y el terapeuta es introducido en el campo de la observación, utilizándose en la clínica el espejo unidireccional y el concepto de labor de equipo; por lo tanto la elaboración de hipótesis es un acto co-constructivo.

En primer lugar la ubicación de la Clínica de Terapia Familiar dentro de la propia Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, permite que lleguen determinados tipos de pacientes o casos familiares, en donde la mayoría de las veces el tema tiene que ver con los procesos de atención educativa, o más específicamente, con



el rendimiento escolar de alumnos de secundaria, lo que de entrada se planteó como motivos de consulta. Ello puede traducirse en que parte de esta población asiste remitidos por las instituciones educativas, sin que las familias hayan sentido la necesidad de acudir por si mismas a la búsqueda y solicitud de atención psicológica. Esto, desde mi punto de vista, puede menguar el compromiso con que las familias aceptan el reto de participar a un proceso terapéutico y afrontar las implicaciones, muchas veces dolorosas y de reorganización en la dinámica de la vida cotidiana con el propósito de cambiar. Desde mi perspectiva quiere decir que el tipo de institución donde se encuentran los escenarios clínicos, sirve de contexto que perfila el tipo de problemática que se remite para su atención. Lo anterior queda demostrado ya que si se considera comparativamente lo que sucede con el tipo de casos atendidos en la sede del ISSSTE, encontramos familias o pacientes que presentan temas relacionados con la salud, y bajo expectativas de un enfoque médico de tratamiento que tiene que ser de duración breve.

Por ello me pregunto ¿de qué modo puede afectar esta situación el trabajo con este tipo de familias? Considero que quizás impacta el trabajo del terapeuta en la medida en que éste puede estar mucho más consciente de la necesidad de cambio de la familia, que ésta misma. Esto puede ser percibido por ellas como un intento de perturbación demasiado fuerte para el proceso que se encuentran viviendo, considerado por dichas familias como más normal y estable, lo cual no debería cambiar.

En nuestra formación como terapeutas es trascendental desarrollar una visión amplia y diversificada respecto a la problemática que atendemos, al mismo tiempo se requiere la adquisición de una multiplicidad de recursos que nos permita contar con la flexibilidad para hacer frente a la problemática de las personas que acuden a recibir tratamiento ya que muestran diversas características, que demandan de la aplicación de estrategias, de conceptualización y técnicas de intervención que resulten más adecuadas a cada caso e incluso a los diferentes aspectos de la problemática que presenta un solo caso. Para el logro de este propósito, desde mi perspectiva, me parece fundamental la oportunidad de participar en diversos equipos de supervisión, cada uno con su experiencia y estilo en el desarrollo del trabajo de supervisión. Asimismo me parece muy enriquecedora la integración de los equipos de terapeutas, ya que cada integrante nos brinda una serie de enseñanzas.

En el caso del sistema de terapeutas se puede observar como nuestra historia personal nos hace sensibles hacia ciertos temas que plantean las familias; se aprende que el sexo del terapeuta, la edad, el proceso personal que se vive en el ciclo de vida tanto individual como familiar ejercen influencia en el proceso de atención que se brinda a los casos con los que se trabaja. Y así, esto puede llevar a hacer preguntas en el momento inoportuno, a tratar de sesgar las preguntas hacia ciertas áreas olvidando o dejando de lado otras que quizás sean más relevantes para el caso; a tratar de priorizar el plan de trabajo sobre el material o información que trae la familia para la sesión o incluso como nuestra formación o experiencia anterior como terapeutas nos dificulte la aplicación de este nuevo enfoque de trabajo de tipo sistémico, persistiendo en enfoques de causalidad lineal para el trabajo.

Un cambio esencial del primer a segundo semestre es que en éste último se inicia con la participación directamente como terapeuta en el trabajo con las familias, ingresando de lleno al sistema terapéutico. Desde esta nueva posición es importante aprender a realizar la coordinación fundamentalmente con las familias, incorporando al estilo personal, la comunicación que se establece con el sistema de supervisión y con el sistema de observadores. El cambio es radical que va de una etapa de coparticipación como observador a otra donde además se es parte de lo observado, sabiendo que se encuentra uno inmerso dentro de un proceso de aprendizaje y al mismo tiempo asumiendo el papel de un profesional capacitado para atender la solicitud de ayuda terapéutica que presentan las personas que se encuentran frente a uno.

Las intervenciones de la supervisión no siempre pueden ser comprendidas tal como son planteadas, o en su caso, el lenguaje en cuanto a precisión y claridad en muchas ocasiones difieren del sentido o propósito con que son planteadas, pero existe la conciencia de la importancia que tienen para promover el cambio buscado por las familias. En otros casos francamente es posible que se llegue a considerar que el contenido de las sugerencias que se hacen no concuerda con el momento en que se hace o en la forma que se hacen por lo cual de alguna manera dichas intervenciones llegan a modificarse. Dentro del proceso de aprendizaje que se vive es importante aprender a considerar cómo nuestras características personales en ocasiones nos impiden percibir situaciones que las personas que se encuentran detrás del espejo por la distancia emocional logran descubrir. Ello se traduce en pautas que nos hacen tener un

conocimiento de nosotros mismos, de tal modo que nuestra forma de ser se convierta en recurso y herramientas que favorezcan el avance en el proceso terapéutico de las familias.

En el tercer semestre, como parte del Programa de Residencia III, se desarrollaron las prácticas clínicas en las sedes externas con las que se adquieren compromisos, que se convierten en fuentes de apoyo para el desarrollo del entrenamiento, por lo cual automáticamente se convierten en una mirada más a la cual se tiene que dar cuenta. De esta situación deriva el desarrollo de actividades complementarias en el caso de la Clínica del ISSSTE como el realizar pláticas informativas sobre temas diversos como desarrollo de sesiones de relajación, lo cual se puede entender que se convierte tanto en una oportunidad mas para el desarrollo de competencias profesionales.

No es por demás agregar que cada institución, en función de los recursos con que cuenta, determina que el espacio físico del consultorio varíe en su diseño, lo cual también permite tener un mayor o menor contacto con el sistema de supervisión. Así como con el desarrollo de la observación, a partir de lo cual en un caso permite la captación adecuada de los contenidos verbales y no verbales de pacientes y terapeutas, y en el otro la presencia de interferencia por los ruidos que se producen por el tránsito vehicular lo cual sumado a la mayor distancia de espacio de observación, lo que hace mas difícil seguir en forma puntual detalles muy importantes que se presentan en el proceso terapéutico.

En este contexto que se acaba de plantear, la población es remitida por el área de psicología de ambas instituciones, que en el caso del sector salud, se podría afirmar que las personas quizás llegan con expectativas de un proceso de tipo médico que tiene un proceso mucho más breve a diferencia del sector educativo, donde los procesos de atención son mucho más prolongados.

Como terapeutas no es posible ignorar lo anterior, lo que representa la necesidad de analizar, la conveniencia de elegir el mejor enfoque de trabajo o modelo terapéutico. Lo anterior sumado a la perspectiva que tiene la supervisión de las sedes clínicas respectivas, determinan la aplicación del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones en un caso así como el Modelo de Milán en el otro. Es importante no olvidar que el primer factor determinante en la elección de la metodología y técnicas a aplicar

son las familias o personas que acuden a solicitar de atención terapéutica. En este caso cabe recordar lo que nos dicen Troya y Aurón (2002), acerca de que la responsabilidad del Sistema Terapéutico Total es con la familia consultante y debe privilegiarse, la eficacia terapéutica por sobre el entrenamiento o los compromisos y lealtades hacia las diversas Instituciones.

Me parece que cada supervisión tiene un estilo de aplicar el proceso de supervisión, por ejemplo la elaboración de las actas correspondientes varía en cuanto a la precisión o la amplitud, lo que permite desarrollar habilidades diferenciadas lo que se convierte en una mayor riqueza de habilidades pero al mismo tiempo constituyen exigencias en cuanto a tiempos y procedimientos de trabajo.

Mi participación se desarrolló en los diferentes subsistemas o sistemas dentro del Sistema Terapéutico Total:

Dentro del sistema terapéutico, la mayor importancia la constituye la atención directa de la familia que me fue referida para su atención. Un primer aspecto que me parece importante retomar es que se trata de una familia referida por el médico de la clínica lo que me parece que desde un inicio considero que no vienen con toda la motivación y creo que no se encuentran en el momento más apropiado para promover los cambios. Esto me hace perfilar la sensación como si fuera mi propio compromiso el convencer a dicha familia de la necesidad de realizar cambios. De acuerdo a mi experiencia profesional que se ha desarrollado en el campo educativo, el caso que me tocó atender estaba acorde, y me daba la confianza de poder manejarlo con cierta facilidad, presentándose sesiones en que yo le daba más importancia al modelo terapéutico que al desarrollo de los acontecimientos en el mismo proceso terapéutico, lo cual me parece no trae los resultados más apropiados. En la medida en que se invierte la atención me doy cuenta que se pueden realizar sesiones extraordinarias. Cabe mencionar que como terapeutas necesitamos desarrollar un seguimiento a la planificación del caso que tiene que ver con la precisión en las citas, los horarios y la elaboración de las actas correspondientes. Tener muy claros los objetivos de la familia y no los de uno mismo.

El proceso de atención a la familia requiere que como terapeutas en diversos momentos de las sesiones se pase a formar parte del sistema de terapeutas. En la presesión se entrega el acta correspondiente que representa la planificación del caso que se siente

como propio en donde se asume la mayor responsabilidad, y se considera el caso del que se tiene que dar cuenta y del cual uno se puede sentir satisfecho o insatisfecho por los resultados. En el desarrollo de la atención, es importante estar convencido de que las diferentes sugerencias son parte de las herramientas que nos ayudan a llevar a mejor puerto a la familia, influye mucho desarrollar la capacidad de previsión de la línea de trabajo que desarrolla la supervisión. En el momento de la pausa, es importante captar el sentido del mismo, desarrollar la capacidad de integración del mensaje con claridad y precisión, lo que no siempre resulta a la hora de su aplicación. En la postsesión, a mí en lo personal a veces me parece que se hacían comentarios reiterativos, de los cuales yo creo que se puede prescindir para hacer planteamientos diversos que enriquezcan la evaluación y planificación del caso, pareciéndome que a veces por parte de los terapeutas se convierten en halagos o juicios sumarios, pero que uno puede llegar a sentir que aportan muy poco.

Otra de las formas de participación es en el sistema de supervisión de los casos o familias atendidos por los demás colegas. Cabe mencionar que el rol fundamental desde mi perspectiva la efectúa el supervisor, en donde se tiene la oportunidad de aprender las formas, estilos y técnicas de cómo llevar a cabo el proceso de supervisión. En este caso se tiene además la oportunidad de aprender de los diferentes estilos de conducir el proceso terapéutico por parte de los diferentes terapeutas, del mismo modo la presencia de las familias produce en nosotros diversas resonancias y aprendizajes.

De todos los compañeros rescato esa postura de curiosidad por avanzar en la formación como terapeutas familiares profesionales y de calidad. Las cualidades y características se convierten en herramientas como la tolerancia, la capacidad de observación, la capacidad de hacer comentarios puntuales. La confianza en sí mismo, contar con estrategias para incluir a los niños. La necesidad de investigar la información relevante y la búsqueda de la mejor manera de enfocar un caso preocupante, para dar una atención de calidad, así como la postura de cuidar no re-victimizar a una persona brindando un trato de respeto y empatía.

Aprendí que es de vital importancia precisar el motivo de consulta de uno a la vez, separando los casos de atención a los hijos, de las dificultades de pareja. De la misma manera, el separar los casos de terapia de pareja de la necesidad de terapia individual.

Me doy cuenta que al igual que los clientes- pacientes me encuentro en un proceso de crecimiento personal constante, permanente, reconociendo la gran importancia de trabajar aquellos aspectos de mí persona que requieren de un trabajo de elaboración con la ayuda de profesionales capacitados. Que es necesario recurrir a la ayuda de un área tan importante como la Psicología y en particular a la terapia familiar.

Durante el cuarto semestre de las prácticas de la Residencia en Terapia Familiar mi participación en los diferentes subsistemas del sistema terapéutico total mostró nuevas facetas.

Un primer aspecto de suma relevancia es el cuidado que se tiene que hacer de la persona del terapeuta, lo cual en mi caso me siento muy agradecido ya que a nivel personal durante el transcurso de este periodo acaece el fallecimiento de mi madre, lo que representa un duro golpe a nivel moral por lo sorpresivo del acontecimiento. Por esta situación me tuve que ausentar durante una sesión de la atención del caso atendido en el CCH por lo cual mis compañeras del equipo proporcionaron la atención correspondiente, lo cual se hizo en forma de coterapia. Es importante comentar que también por parte de las supervisoras de las sedes conté con el apoyo y comprensión necesarios para poder salir delante de un trance tan doloroso en la vida de cualquier persona y que nos afecta aun siendo terapeutas. Me parece muy reconfortante contar con una faceta tan cálida por parte de las maestras, el ser tomado en cuenta en relación de las necesidades de las que los terapeutas no estamos exentos, al participar en un programa tan importante. Me parece que todo ello contribuyó para que pudiera lograr mantener una estabilidad emocional ante tales circunstancias, y estar en condiciones de brindar una atención a mis pacientes, desarrollando una participación adecuada de acuerdo a las necesidades del equipo de terapeutas.

Por otro lado la acumulación de casos de los semestres anteriores provoca una acumulación de trabajo en todos los integrantes del equipo por las responsabilidades que implica la elaboración de las actas, la planificación, así como por el tiempo destinado a la conducción de las sesiones, lo cual conlleva tareas de organización.

Algunos de los pacientes atendidos se nos presentaban con cierto grado de dificultad en cuanto al ritmo de avance que en ocasiones más bien parecían mostrar estancamientos e incluso retrocesos. Esto se tradujo en el aumento de los niveles de preocupación por

encontrar alternativas de trabajo que condujeran a las personas atendidas al éxito en cuanto a la problemática presentada. En uno de los casos atendidos, desde mi perspectiva provocó tensión en el equipo que se tradujo en respuestas que involucraron emocionalmente a algunos de los integrantes del equipo, mostrando la necesidad de adaptación al hecho de no contar con la supervisión acostumbrada, momento en que es más necesarios desarrollar la capacidad de trabajo en equipo tomando en cuenta las múltiples miradas para llegar a consensos.

Por otro lado la cercanía del fin de nuestra estancia en el programa de la maestría representa la proximidad de un cambio drástico en nuestro estilo de vida, dejando de lado al grupo de compañeros de prácticas con el que convivimos durante dos años, el fin de las percepciones que por conceptos de becas se habían venido disfrutando y ante ello la necesidad de buscar fuentes de ingreso propios, incrementan en proporción quizás algebraica las fuentes de inestabilidad en los integrantes del equipo de terapeutas.

No habría que obviar que el género de los y las terapeutas es un factor que incide en la perspectiva bajo las que se abordan los casos y mucho mas si la problemática como en el caso de divorcio o violencia intrafamiliar crea resonancias que repercuten en la dinámica del equipo de terapeutas. Moviendo de una manera diferenciada la forma de expresar los sentimientos en particular el enojo, durante las intervenciones o sugerencias de intervenciones lo que desde mi perspectiva quizás podría llevar a que las parejas desistan de continuar con el proceso terapéutico, lo cual al final me parece mas riesgoso para la propia familia que realizar un trabajo que no involucre actitudes de poder.

## **2.-Habilidades de investigación**

### **2.1.-Reporte de la investigación realizada. (Metodología de Investigación I y II.)**

Como parte de las actividades de la materia Metodología de la Investigación I y II correspondientes a primer y segundo semestres de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, se desarrolló en equipo con Erik Godinez Loera una investigación que incluye tanto las modalidades cuantitativa como cualitativa en la que se aplicó una entrevista en profundidad que permitió ilustrar, mediante las herramientas de análisis correspondientes, los resultados cuantitativos de la primera parte.

El tema abordado en ambas investigaciones se refiere al significado de discapacidad en madres de familias nucleares y uniparentales con un hijo con discapacidad, sólo que en el estudio cualitativo sólo se retoma a una madre que funciona como jefa única de dicha familia. Este tema surge por considerar muy importante la influencia que tienen los significados ante lo que se considera un doble proceso, tanto el de contar con un miembro con discapacidad, a lo cual se agrega la situación de tener que enfrentar el reto de atender a un hijo con estas características sin el apoyo de la pareja. Aunque no de manera explícita habría que agregar el rol de género de las mujeres madres involucradas.

Se vislumbran una serie de problemáticas alrededor de la discapacidad como es la competencia del miembro con discapacidad, el ajuste o desajuste de la familia, el cambio en su estilo de vida, la falta de equidad social, las expectativas de los padres, los limitados recursos económicos y asistenciales, etc. que no favorecen a la familia y al miembros discapacitado a tener un buen desarrollo y desempeño dentro de la sociedad.

Los autores de las investigaciones relacionadas al tema han abordado diferentes aspectos en torno a la discapacidad y sus familias:

Cuadros (2003) compara las percepciones de padres y madres en relación a la causa del retardo mental en su hijo, se muestran tres tipos de explicaciones en torno a la condición discapacitante: genéticas, ambientales y mágicas. Al entrevistar a los padres y madres se encontró que las percepciones expresadas se refieren a temas como: 1) la reacción inicial y sus esfuerzos, mas o menos exitosos, que acompañan al tener a un hijo con discapacidad; 2) la aceptación o rechazo del niño por parte de los miembros de la familia, los parientes o el público; 3) el curso de serias dificultades médicas que frecuentemente acompañan al retardo mental; 4) la búsqueda vana de escasos servicios profesionales en un país que esta en medio de una situación prolongada de crisis económica y social y 5) los esfuerzos persistentes de los padres, donde muchos de ellos cuentan con recursos económicos y educativos limitados, para proporcionar una mejor vida a sus hijos.

Por su parte, Correia-Grayson (2000) llevo a cabo un estudio que examinó como las reacciones de los padres ante sus hijos con dificultades en su desarrollo fueron



asociados con su involucramiento en los programas de educación especial de los niños, además de explorar si existe una relación entre el involucramiento de los padres en el progreso educativo de sus hijos. Lo que se desprende de esta exploración es que los padres de niños con una condición discapacitante menos severa se califica como “solucionable” mientras que los padres de niños con una condición discapacitante más severa se califica como “no solucionable”. En este sentido, los padres que califican la situación como “solucionable” están más involucrados en los programas educativos de sus hijos comparado con los padres que lo consideran como “no solucionable”; sin embargo, el mayor involucramiento no implica mayores progresos educativos en sus hijos. Lo que también lleva a dar una explicación poco clara acerca de estas diferencias al igual que en el estudio de Gratton (2001).

Sin embargo, Boyle (2000), obtuvo resultados que indican que los padres con hijos en transición a la adultez están utilizando menos conductas de afrontamiento, tienen un mayor cúmulo de estresores y en consecuencia no se están adaptando tan bien como los padres con hijos en edad escolar. Los resultados también apoyan una relación entre el comportamiento de afrontamiento interno y externo y la predicción de adaptación; otros resultados indican que la adaptación de las madres parece ser más sensitiva a como los padres están enfrentando los estadios de vida de la familia.

En cuanto al tema de la sensibilidad en los padres, Pelchat, Bisson, Bois, Saucier (2003) encontró que las mujeres muestran más sensibilidad hacia sus hijos que los padres.

Lusting (2002) encontró que las estrategias de afrontamiento para ajustarse a un niño con discapacidad, son, con menor frecuencia la valoración pasiva y con más frecuencia emplean el reencuadre o la redefinición asociada con el ajuste familiar.

Baigas (2002) por su parte, explicó que las dificultades en el desarrollo visomotor, académico, adaptativo y social no solo se debe a una posible causa genética sino que pueden incrementarse con una interacción familiar negativa, donde pueden intervenir la función de los roles, el control de la conducta, la comunicación y las respuestas afectivas. En relación a esto, Rolland (2000) da una explicación sistémica enlazando varios factores, él afirma que para entender las implicaciones familiares y culturales en cuanto a las creencias y significados de la discapacidad es necesario tomar en cuenta las interacciones entre el comportamiento de la familia y las características de la

discapacidad y como esta interacción puede tener una influencia positiva o negativa. Es decir, al enfrentarse la familia con la discapacidad en uno de sus miembros el sistema familiar utilizara sus recursos y capacidad de respuesta para satisfacer las exigencias de esta discapacidad. Mientras que el significado que los miembros atribuyen a estas exigencias y a la capacidad de respuesta es un factor importante y decisivo en el ajuste y adaptación de todos.

Otros estudios científicos indican que estas familias son impactadas por la discapacidad en las áreas de estabilidad marital, recursos económicos y salud maternal. También estas familias con hijos con discapacidad tienen un alto porcentaje de divorcios, mayor depresión y un menor ingreso. El incremento de estrés es una característica de estas familias que ha sido bien documentado por muchos investigadores en este campo. (Beekman, 1983; en: Malnik-Stein, 2003)

Los resultados de estas investigaciones coinciden con modelos como el desarrollado por Menolascino y Wofensberger (1967; en: Ingalls, 1982) el cual señala tres tipos de crisis que se precipitan ante esta noticia y que conlleva un cambio en la realidad que han construido las personas; los estadios son, una *crisis de lo inesperado*, *crisis de los valores personales*, y *crisis de realidad*. (Ingalls, 1982)

En este sentido, se puede concluir de estas investigaciones que al estudiar sobre las diferencias en cuanto a las habilidades, actitudes o estrategias de afrontamiento, van a depender de ciertos factores como el género, el tipo de discapacidad, la interacción familiar, etc. que influyen en la manera en como se le va hacer frente a la discapacidad. A partir de esto, es que el interés de este estudio, gira en torno a seguir explorando las diferencias, pero en cuanto al significado que tiene la discapacidad para madres de familias nucleares y uniparentales con hijos con discapacidad.

Existen diferencias en torno a las expectativas o creencias culturales que se esperan cumpla dentro de la familia hombres y mujeres, es así que, dentro de la *familia nuclear* en México, considerada de tipo patriarcal y judeocristiana (Vergara, 1998), se espera que las mujeres, ya sea madres, esposas e hijas cumplan varias tareas, como son el cuidado de los hijos o los hermanos, la educación, que el dinero se convierte en bienes consumibles, que proporcione cuidados, etc. Bermúdez (1970; en: Mora, 1992) introdujo el término *hembrismo* que quiere decir, la actitud que guarda la mujer hacia el

hombre como es, la sumisión, castidad, sacrificio ante el cónyuge, sus hijos y los padres.

Sin embargo, White (2002) argumenta que el gran concepto de familia nuclear, en realidad no se ajusta en lo que está sucediendo en el mundo ( y que nunca lo ha hecho). Es cada vez más evidente que allí afuera hay tantas formas de familia como familias existentes y que muchas formas significativamente diferentes parecen funcionar bastante bien. En relación a ello, las mujeres que forman parte de las *familias uniparentales* plantean desafíos diferentes. González (1999) menciona que en América Latina, lejos de mostrar debilidad o escasa viabilidad, ha aumentado durante las últimas décadas y parece revitalizarse en periodos de crisis económica y del descenso del papel de los hombres como proveedores económicos.

Las terapeutas feministas (Goodrich, 1989; Walters, 1991) piensan que las opiniones y los supuestos negativos que se vierten sobre la familia uniparental, en realidad se aplican a la familia a cargo de la madre, ya que no se trata solo de que estas familias uniparentales, son atípicas, sino de que la madre misma está asumiendo un *rol atípico* que se aparta del que le corresponde por su género.

Al afirmar lo anterior, el propósito de esta investigación es: 1) Conocer el significado de discapacidad en las madres que forman parte de familias nucleares y uniparentales con un hijo con discapacidad y 2) establecer si existen diferencias en el significado de las madres de familias nucleares y uniparentales.

Es importante decir, que debido a que las expectativas culturales y las creencias en torno al rol, la eficiencia y las tareas que se espera cumpla la mujer en las familias nucleares y uniparentales es diferente, se esperaba que la construcción del significado de discapacidad fuera diferente y que las madres de familias uniparentales vean la condición de discapacidad de su hijo como más difícil que las madres de familias nucleares.

Se trabajó con una muestra de 26 madres de familia que tienen un hijo con discapacidad y que asisten al Centro de Atención Múltiple (CAM) No. 12 de Cuautitlán Izcalli, Estado de México; y se integraron formando un grupo de 13 madres de familia nuclear con un hijo con discapacidad y otro grupo de 13 madres de familia uniparental con un hijo con discapacidad.

La selección de la muestra es de tipo no probabilística debido a que no se plantea una representatividad de elementos de la población, sino una cuidadosa y controlada elección de participantes con ciertas características especificadas previamente (Hernández, Fernández y Baptista, 2001). Por lo tanto, las madres participantes fueron elegidas en base a la condición de que tuvieran o no una pareja en el momento actual, que tuvieran un hijo con discapacidad y de que desearan participar en la investigación.

Se empleo la técnica de redes semánticas propuesto por Figueroa, González y Solís (1981; en: Valdez, 2000).

Se aplica el Diseño de “dos grupos con una medición” (Hernández, Fernández y Baptista, 2001), debido a que se tiene el grupo de madres que forman parte de familias nucleares y el grupo de madres de familias uniparentales, y a las cuales se les aplicó en una sola ocasión la técnica de redes semánticas.

A partir de los resultados obtenidos se puede afirmar que hay palabras definidoras de DISCAPACIDAD que son sobresalientes del resto por coincidir, independientemente de la estructura familiar en la cual se encuentran las madres, lo que lleva a expresar que para interpretar y construir su realidad existe una manera similar de significarla para ambos grupos de madres.

Es importante mencionar que de las palabras definidoras que se repiten en ambos grupos de madres (*Apoyo, Limitación, Rechazo y Educación*) en cuanto al significado de DISCAPACIDAD, tiene que ver con cuestiones acerca de la aceptación que tienen sus hijos por parte de la sociedad, pues también de ahí se derivan situaciones como la apertura, los medios y recursos, limitaciones o apoyo que una sociedad como la mexicana no esta preparada para brindar a las personas con una discapacidad.

Uno de los datos importantes que muestra esta investigación acerca de las coincidencias, es en relación a que no se encontraron diferencias significativas en la riqueza semántica de la red, esto puede ser explicado por el contexto del cual se tomo la muestra, pues son madres que asisten con regularidad a la institución educativa de su hijo y en este sentido ambas madres manejan igual cantidad de información, incluso al mantener conversaciones con ellas se observó que maneja términos técnicos en torno a

la discapacidad de su hijo, en cuanto a los medicamentos y los tratamientos que ellos necesitan. Esto hace pensar que las madres de ambos grupos tienen un lenguaje propio o una jerga propia con la cual ellas se comunican, estableciendo una identidad propia, como madres de hijos con discapacidades.

Por otra parte, a pesar de que ambos grupos de madres tienen la misma riqueza semántica en cuanto al significado de DISCAPACIDAD, existen diferencias en la manera de organizar y relacionar la información, es decir, aunque puedan estar hablando del rechazo de la sociedad hacia sus hijos, las madres de familias nucleares y uniparentales pueden darle un peso o importancia distinta.

Por ejemplo, en las madres de familia uniparental se observa que su concepción tiene mayor peso hacia lo que es el rechazo, la limitación, la enfermedad, palabras definidoras que tienen una tendencia hacia mirar lo difícil que puede ser vivir la discapacidad; y el apoyo, la fortaleza y la inteligencia son recursos que no tienen mucho peso para enfrentar la experiencia de la DISCAPACIDAD en sus hijos. Esta disparidad se puede observar en la tabla 3 del conjunto SAM, donde en las familias uniparentales la palabra Rechazo está en primer lugar y Apoyo en décimo.

En cambio, dentro de las madres de familia nuclear se muestra que hay un equilibrio en cuanto al significado de DISCAPACIDAD, pues contemplan tanto el apoyo, la limitación, el amor y el rechazo, y no se polarizan las palabras definidoras como en el caso de las madres de familia uniparental.

Estos resultados coinciden con lo que terapeutas feministas (Goodrich, 1989, Walters, 1991) aseveran en cuanto al rol atípico que llevan las mujeres de familias uniparentales, pues son consideradas por la sociedad como incompetentes o incapaces de cuidar a sus hijos si estas no cuentan con una pareja que las proteja. Bajo esta explicación, en el caso de la discapacidad, estas madres a parte de llevar el doble rol de padre-madre tienen que enfrentar la condición discapacitante de su hijo, lo cual puede reforzar la visión negativa de su situación.

Otros de los puntos importantes en cuanto a las diferencias entre ambos grupos es que las madres de familias nucleares al poner en primer lugar la palabra definidora *Apoyo* tiene un impacto sobre el resto, que en comparación con las madres de familias

uniparentales al poner en primer lugar *Rechazo* la perspectiva cambia. Debido a esto, se puede afirmar que en las madres participantes en esta investigación, los significados en torno a la discapacidad poco tiene que ver con las características y la gravedad que tiene el hijo con discapacidad, pues es importante señalar que en los dos grupos existe varios tipos de discapacidad como el autismo, discapacidad intelectual, visual, auditiva, psicomotora, retraso mental, síndrome de Lenox y de Moebius, disfunción cerebral e hipoacusia, y esto lleva a pensar que puede haber otros factores que intervengan al significar la DISCAPACIDAD, sin embargo, esto no es concluyente, requiere de mayor investigación. En el caso de las madres participantes se puede expresar que hay dos factores que intervienen en el significado, uno de ellos es el contexto en el cual actúan (institución educativa) y el segundo es la estructura familiar.

Por otra parte, a pesar de que algunos autores aseveran que el significado de un concepto es un predictor de conductas (Slay y Bryson, 1973, 1974; en: Valdez, 2000), al investigar la red semántica del concepto DISCAPACIDAD para evaluar su significado en estos dos grupos de madres, no se puede decir de manera definitiva cual será la forma en como van a responder. Haciendo un primer acercamiento se puede argüir que una madre de familia nuclear responde ante la situaciones difíciles con menores dificultades que una de familia uniparental, y esto se explica debido a que el significado de discapacidad para las madres de familias uniparentales tienden a ser concebido como de rechazo y limitación.

Como ya se había mencionado anteriormente, en la forma de concebir la discapacidad están implicados diferentes factores; en esta investigación, al tomar en cuenta la estructura nuclear y uniparental de familia se pueden vislumbrar, como por ejemplo, el de la educación, pues esta debe de ser planeada en términos de las necesidades, recursos y capacidades de padres, madres e hijos y que les permita construir y desarrollar recursos que los ayuden a enfrentar una sociedad que globaliza pensamientos, necesidades y capacidades.

Por último, no obstante que la presente investigación no es concluyente es posible decir que se cumplió el objetivo de obtener un conocimiento sobre el tema del significado de discapacidad, además logró aportar otro ángulo de visión, ya que los significados que construimos de los eventos, relaciones con los demás o los objetos se deben de tomar en

cuenta para entender y comprender cuales son las necesidades y recursos de las personas y las familias y los retos a los que se tienen que enfrentar ante la discapacidad.

A partir de lo anterior se considera la aplicación de la entrevista en profundidad para contrastar e incluso ilustrar los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa.

El problema que se considera importante es el significado que la madre ha construido en relación de la discapacidad y de ser madre de familia uniparental, con un hijo con discapacidad. Son estas condiciones las que se desglosan en cuatro dimensiones que incluyen los aspectos fundamentales que atañen a las experiencias que giran alrededor de la discapacidad:

- 1.-Significados relacionados con la discapacidad
- 2.-Significados relacionados con no tener pareja.
- 3.-Significados relacionados con ser madre de un hijo con discapacidad.
- 4.-Expectativas relacionadas con las personas con discapacidad.

Es a partir de estas cuatro dimensiones que se procede a elaborar el Guión utilizado en la realización de la entrevista. (Ver anexo 1)

La persona a la que se le aplica la entrevista es una madre de familia de un joven con discapacidad intelectual del Centro de Atención Múltiple No. 12, correspondiente al Departamento de Educación Especial en el Estado de México. La señora tiene al momento del estudio 38 años de edad, permaneciendo 17 años soltera desde que murió su esposo, su nivel de estudios corresponde a secundaria no concluida y trabaja como recepcionista en un consultorio de médicos.

La elaboración de conclusiones se hizo buscando patrones y temas concretos que apoyen la construcción de significados y aplicando la triangulación de los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa comparados con los obtenidos en la investigación cualitativa.

En el estudio cuantitativo el resultado principal en el caso de las familias uniparentales es que la palabra **Rechazo** esta en primer lugar y **Apoyo** en décimo. Lo cual coincide plenamente y se manifiesta con claridad cuando en la investigación cualitativa la madre de familia expresa...

*“Pues lo que pasa es que por ejemplo las palabras que engloban algo para mí es la discriminación, ¿no?, que tienen con ellos. ¿Qué implica discriminación?, rechazo, que no te me acerques, que vete para allá o sea todo eso, ¿no?”*

Si bien en base a los resultados del estudio cuantitativo se afirma que “...en las madres de familia uniparental se observa que su concepción tiene mayor peso hacia lo que es el rechazo, la limitación, la enfermedad, palabras definidoras que tienen una tendencia hacia mirar lo difícil que puede ser vivir la discapacidad; y el apoyo, la fortaleza y la inteligencia son recursos que no tienen mucho peso para enfrentar la experiencia de la DISCAPACIDAD en sus hijos”. Al comparar lo anterior con lo dicho por la madre en la investigación cualitativa, se observa que dicha tendencia tiene que ver más con las reacciones de la sociedad; en lo personal la madre incluso ve la presencia de su hijo con discapacidad como una oportunidad de aprender de ellos. Si bien hacen énfasis en el aspecto afectivo, no se deja de atribuir capacidades de tipo intelectual.

Es innegable que a partir de los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa se puede afirmar que para interpretar y construir su realidad existe una manera similar de significarla para ambos grupos de madres, en el sentido de que utilizan palabras comunes. Estas palabras desprovistas del significado muestran pocas diferencias a nivel cuantitativo como se muestra en la tabla 1.

DISCAPACIDAD (Conjunto SAM)			
Familia nuclear	Valor M	Familia uniparental	Valor M
1. <u>Apoyo</u>	171	1. <u>Rechazo</u>	138
2. <u>Limitación</u>	130	2. <u>Limitación</u>	136
3. Amor	125	3. Atención	51
4. <u>Rechazo</u>	106	4. <u>Educación</u>	51
5. Respeto	95	5. Enfermedad	51
6. Aceptación	89	6. Nobles	44
7. Comprensión	86	7. Capacidades diferentes	36
8. Constancia	68	8. Fortaleza	36
9. Avances	68	9. Inteligencia	34
10. <u>Educación</u>	68	10. <u>Apoyo</u>	32

**Tabla 1**

Sin embargo es posible que al seguir profundizando el análisis al observar la tabla se muestra que las palabras que están subrayadas son aquellas que se repiten en ambos



grupos como son *apoyo*, *limitación*, *rechazo* y *educación* aunque en diferente jerarquía, pues para las madres de familias nucleares *apoyo* ocupa el primer lugar y para las madres de familias uniparentales ocupa el décimo sitio. Solo *limitación* ocupa el mismo lugar en ambos grupos.

De lo anterior podría hacerse la siguiente pregunta, ¿qué significado tendrá vivir con la sensación de que la realidad más importante con la que se tiene que enfrentar sea la discriminación o el rechazo careciendo del apoyo con el que el otro grupo de madres dice contar en primer lugar?

Retomando el discurso de la señora y si nos atenemos a la expresión literal de sus afirmaciones no cabe duda que el significado más importante de vivir con una persona con discapacidad y lo que ella percibe como la experiencia más importante para las personas con alguna discapacidad es el rechazo.

Este significado al parecer se encuentra muy vinculado a la percepción que se tiene de la discapacidad como de una anormalidad que se acentúa en las personas más alejadas, pero de la que también participan los propios familiares.

La explicación que se atribuye al rechazo y al trato que reciben de parte de todas las personas que se encuentran alrededor de las personas con discapacidad, que va desde los propios familiares, vecinos y la sociedad en general es la falta de una cultura incluyente que proporcione la información que permita entender la presencia de la discapacidad:

En coincidencia con lo planteado por Menolascino y Wofensberger (1967; en: Ingalls, 1982) el cual señala tres tipos de crisis que se precipitan ante la noticia de tener un hijo con discapacidad la primera que se vive es una *crisis de lo inesperado*. Es aquella que resulta de un cambio sustancial y no previsto en la propia vida:

Cambio que incluso modifica el concepto que se tiene de sí mismo.

*“uno dice ¿por qué a mí?, ¿por qué yo?, ¿por qué fui la elegida? (con un nudo en la garganta)”*

A partir de esta crisis se observa la presencia de una lucha constante en la construcción de la realidad de las familias, que elaboran las personas alrededor de las experiencias de contar con un hijo con discapacidad, que las llevan a experimentar la reorganización

en sus vidas, la sobrecarga de tareas y funciones a cumplir, como una situación problemática o como una oportunidad de crecimiento, lo cual se puede observar cuando dice:

*“Tienes dos manera de vivir, la vida, o la vives bien o la vives mal, ¿cual prefieres?, ¡la vivo bien!, ¡la vivo bien!, entonces es este aspecto de decir mi vida tomo sentido por él, de que yo me levanto, lo que yo diga bueno vamos a trabajar para sacarlo adelante”.*

Fue muy importante para esta madre de familia reconocer que una de las conclusiones a las que tiene que llegar toda madre de familia es que la discapacidad no es una enfermedad que se cura, sino una condición, que se lleva en forma permanente

*“que tenia que estar en terapia toda la vida”.*

La presencia de la discapacidad desencadena diversos tipos de crisis: de *realidad* en donde se viven problemas de tipo económico, en la utilización del tiempo, etc., esta crisis se ve acentuada al sumarse nuevos acontecimientos como la ausencia o pérdida de la pareja. En el caso analizado fallece el esposo cuando el hijo estaba muy pequeñito, con la consecuente necesidad de búsqueda de empleo.

Realmente son muy pocas las alternativas al esfuerzo propio, que permiten hacer frente a las circunstancias de vivir la experiencia de la discapacidad, siendo a la vez jefa única de familia.

Ante todas estas circunstancias ¿cuáles son las expectativas que tiene la madre en relación a su hijo?

*“Tener una familia, todos lo podemos hacer, lógicamente el con sus limitaciones que él tiene, tiene que pues, yo a mi ver ahorita, bueno si él se casara, el tendría para mi, el ya estaría preparado, el teniendo su independencia, siendo autónomo, digo teniendo un trabajito, algo que el pudiera sustentar un gasto, digo que a lo mejor no va a hacer como de como ¡ya me case!, ¡ya me fui mamá!, ¡yo me hago cargo de mi casa!, ¿no? A lo mejor puede ser que si, a lo mejor no, a lo mejor va a necesitar apoyo mío, de alguna manera, en cierto momento”.*

¿Y en cuanto a sí misma?

*“Tener otro bebé, si lo puedo tener pero uno piensa, ya voy con más riesgos”.*

La explicación que los padres de familia se dieron inicialmente acerca de la causa de la discapacidad de su hijo tiene relación con lo factores de tipo genético que reporta Cuadros (2003).

Los resultados en el caso de esta madre de familia cuestionan lo que terapeutas feministas (Goodrich, 1989, Walters, 1991) hacen patente en cuanto a que las mujeres de familias uniparentales, son consideradas por la sociedad como incompetentes o incapaces de cuidar a sus hijos si éstas no cuentan con una pareja que las proteja. Pues esta madre aparte de llevar el doble rol de padre-madre ha enfrentado la condición discapacitante de su hijo con bastante éxito.

### **3.-Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; Atención y prevención comunitaria.**

#### **3.1.-Productos tecnológicos.**

Es importante mencionar que durante la Residencia de Terapia Familiar, una de las formas adicionales que contribuyen a la formación y desarrollo del perfil profesional del terapeuta familiar es, además de la formación teórico- práctica, clínica y el desarrollo de habilidades de investigación, las habilidades para el servicio a la comunidad y el desarrollo de habilidades para la enseñanza.

Ello incluye la elaboración de materiales o recursos didácticos que sirvan de apoyo al proceso de aprendizaje de los diferentes modelos que se revisan dentro del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Dentro de estos recursos importantes se encuentran la elaboración de videos y manuales.

En el caso de los videos, es importante mencionar que su elaboración permite desde la revisión detallada de las técnicas, hasta su implementación, de modo que se aprovechen las características de los medios audiovisuales.

En el **primer semestre** como parte del programa de la Residencia se desarrolla el Taller de Modelo Estructural. Ello implica participar dentro del proceso de formación que

incluye el desarrollo teórico de los fundamentos que sustentan dicho modelo a través de exposiciones, dramatización de las técnicas y exposición de casos.

Sin embargo esto no es suficiente, por lo que se considera necesaria la elaboración de productos tecnológicos de mayor perdurabilidad que sirvan como ilustración gráfica y/o audiovisual de los modelos terapéuticos, al mismo tiempo que pueden ser empleados como material didáctico para la exposición y difusión de los mismos con diferentes personas, incluyendo las que se encuentran en proceso de formación dentro del campo de la Terapia Familiar. Dado que tanto los manuales como los videos comprenden lo más sustancial de una materia o actividad sirven como una herramienta teórico-práctica en los casos que se requiere realizar una consulta breve y concisa sobre los conceptos y técnicas específicas del modelo de que se trate.

Se elaboró la elaboración de un manual, así como un video del Modelo Estructural, y un póster sobre prevención de la salud; éste último se realizó como parte de los productos de la materia del tronco común Teoría y Modelos de Intervención I, para promover una cultura de la prevención de la salud. El manual es un producto elaborado en forma individual y el video y el póster se realizaron en forma grupal.

En cuanto al **manual del Modelo Estructural** se elaboró a partir de la revisión de dos libros básicos “Familias y Terapia Familiar” Salvador Minuchin (2001), y “Técnicas de Terapia Familiar” de Salvador Minuchin y Fishman (1992). El contenido incluye tres grandes apartados, la primera parte trata acerca del sustento teórico y metodológico que explica el enfoque sistémico en general, el segundo apartado contiene los conceptos esenciales que se refieren al sistema familiar desde el punto de vista del modelo estructural; lo anterior se complementa con la descripción de los procesos de diagnóstico e intervención que incluyen la descripción de las técnicas agrupadas en tres conjuntos: a) cuestionamiento del síntoma, b) cuestionamiento de la estructura y c) cuestionamiento de la realidad. Es importante mencionar que cada uno de los tipos de técnicas de intervención fueron ilustrados con ejemplos diseñados por el autor del manual que tenía como finalidad el que sirvieran para concretar la aplicación de las mismas lo cual permite observar el grado de comprensión de las mismas.

En cuanto al **video del Modelo Estructural** se pretende mostrar en forma práctica el desarrollo de cada una de las técnicas que componen el modelo en el tratamiento de casos tanto ficticios como extraídos de algunos de los presentados en los libros que versan sobre la materia. El trabajo se fue desarrollando en forma grupal e incluía la participación de los 10 alumnos, en varias etapas: la elaboración de los casos o ejemplos que ilustraran las diferentes técnicas, presentación y corrección de las mismas, posteriormente la programación de los guiones, la distribución del reparto de los responsables de los diferentes casos y finalmente la grabación de las actuaciones con videocámara. La edición final se efectuó con el apoyo de una persona externa al grupo. El contenido del video corresponde a la ejemplificación de los tres grupos de técnicas referidos al cuestionamiento del síntoma, la estructura y las premisas de la realidad.

El **póster** es un producto tecnológico elaborado en equipos de trabajo como parte de la Materia de Teorías y Modelos de Intervención I, cuyo contenido se refiere a la “prevención y cuidado de la salud” para promoverse con todo tipo de público. El propósito es promover una mayor conciencia de las personas acerca de sus propias necesidades de modo que se puedan desarrollar las actividades necesarias tendientes a su satisfacción y se favorezca la conservación y acrecentamiento de la propia salud que permitan contar con una mayor calidad de vida independientemente de la etapa del ciclo vital en la que uno se encuentre.

Dicho póster se ilustró con caricaturas, cada una de las cuales, dentro de un globo de texto, contenía una frase que sintetiza la sugerencia expresada.

Durante el **segundo semestre** se elaboró un **video sobre el modelo Estratégico de T.F.** con la participación de cinco miembros de la 4ª generación del programa de maestría.

Desde un inicio el trabajo se realizó en forma colectiva; que desde la planeación se decidió la distribución de los puntos a tratar en forma equitativa, responsabilizándose cada uno de los integrantes de llevar a cabo la investigación documental o bibliográfica de las técnicas e intervenciones, además de realizar la selección y elaboración de los casos que ejemplificaran dichas técnicas.

Fue importante la coordinación de los integrantes para determinar los días de trabajo, la distribución de las diferentes actividades, así como contar con el equipo de videograbación y con el espacio donde se realizarían las grabaciones.

Cabe aclarar que la presentación de los productos (casos y técnicas) fue planteada al resto del equipo para realizar un trabajo de análisis y adecuación de modo que estuviesen listos para su desarrollo. Cada integrante se cerciora de que quedaran cubiertos los personajes que incluían los casos, para que cada uno pudiera aprenderse el papel y la técnica a aplicar. Una vez concluida esta parte del trabajo se pasó a la siguiente etapa.

Para la grabación de los casos fue muy importante contar con una efectiva organización y distribución del trabajo entre los participantes. Las tareas principales fueron, elaborar el guión para cada una de las técnicas a presentar, realizar la grabación mediante la utilización de cámaras de video, representar el papel de terapeuta, desempeñar el rol de pacientes, así como la participación de un narrador del caso a grabar. Finalmente, para la edición del material fue requerida la participación de un técnico especializado.

El producto final es un CD, es el que, al abrir su primera ventana, se puede encontrar una introducción, los 10 títulos que contienen 8 intervenciones, además de información bibliográfica sobre la obra de Jay Haley.

En la introducción se hace una definición de lo que es la Terapia Estratégica, los tipos de directivas y las etapas de la entrevista. Contiene además las siguientes técnicas que Haley retoma de Milton Erickson:

- Aliento de la resistencia.
- Ofrecimiento de una alternativa peor
- Comunicación metafórica
- Alentar una recaída.
- Frustración de una respuesta para alentarla
- Siembra de ideas.
- Énfasis en lo positivo
- Ampliación de una desviación

**Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas.**- El manual incluye una breve referencia de los autores en el diseño del modelo en mención, y es a partir del análisis de los libros, “Cambio” de Watzlawick y Cols, (1974) y “La táctica del cambio” de Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1982, 4ª. Edición, 2003) que se realiza la exposición de los aspectos teóricos fundamentales. En este caso la teoría de grupos y la teoría de los tipos lógicos, así como su aplicación a los problemas de tipo psicológico. Desde esta perspectiva se considera como fundamental que los problemas surgen y persisten en virtud de las soluciones que se aplican para tratar de resolverlos. Finalmente se hace una ejemplificación de cada una de las técnicas del modelo como son:

Las Intervenciones principales

- 1.-El intento de forzar un evento que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- 2.-El intento de dominar un acontecimiento temido, aplazándolo
- 3.-El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
- 4.-El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
- 5.-La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Las Intervenciones generales incluyen:

- 1.-No Apresurarse.
- 2.-Los peligros de una mejoría
- 3.-Un cambio de dirección.
- 4.- Como Empeorar el problema.
- 5.-La ilusión de alternativas.
- 6.-Rituales.

Como parte del **tercer semestre** se elabora el **manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones**, el cual se llevó a cabo a partir de la revisión de los libros “En busca de soluciones”. El enfoque en psicoterapia de O’Hanlon, (1990) y “Terapia centrada en la solución” Mas allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica”, de Lipchik, (2004). En cuanto al contenido se hace una referencia a los precursores y a los autores del modelo, incluyendo los supuestos teóricos fundamentales, y en particular sobre la pregunta del milagro y la forma como se efectúa su aplicación. Se

explica como se realiza el trabajo sobre excepciones, y la pregunta de escala. Finalmente se plantea la forma de intervención sobre los patrones, de queja y contexto.

### **3.2.-Programas de intervención comunitaria.**

#### **Curso-Taller de Comunicación No violenta**

El curso Taller se realizó en El Centro de Atención Múltiple No 12 (CAM 12) ubicado en Cuautitlán Izcalli, Estado de México.

Se planteó el curso como actividad dirigida a padres y madres que tienen sus hijos con discapacidad en este centro educativo, cuyos propósitos y objetivos fueron:

- ✓ Dar a conocer un modelo de comunicación que permita el entendimiento mutuo aún entre personas muy conflictuadas. Se pretendía que se aprenda a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.
- ✓ Que los participantes desarrollen la capacidad de escuchar con precisión lo que las otras personas como hijos y maestros sienten y necesitan aun cuando se expresen de manera hostil.
- ✓ Que los participantes logren identificar las necesidades de hijos y maestros.

El trabajo se llevó a cabo en dicho centro dadas las facilidades encontradas por el conocimiento de la psicóloga del CAM 12 y por el vínculo laboral existente de parte de uno de los coordinadores.

En tal virtud se planteó el proyecto del curso, el cual formó parte de un conjunto de actividades de investigación a realizar con la población de madres y padres da familia que tienen sus hijos con discapacidad en dicho centro escolar. Una vez aceptada la idea, se solicitó formalmente al Director del CAM No. 12, la autorización, dándole a conocer los proyectos de trabajo, obteniéndose como resultado la autorización correspondiente.

En las reuniones previas con la psicóloga del centro escolar, se organizó la calendarización de las actividades a realizar:



1.-La difusión del taller, la cual se efectuó con la distribución de una convocatoria con 15 días previos a la primera sesión del curso, de la cual surgió una lista de padres y madres interesados, habiéndose inscrito un total de 25 padres de familia.

2.-La calendarización de las reuniones quedó establecida de la siguiente manera:

Se programaron 4 sesiones, en los días viernes, en las siguientes fechas:

25 de febrero,

4 de marzo,

11 de marzo.

Tales fechas fueron consideradas a reserva de confirmar las posibilidades concretas con los propios padres en la primera sesión, a los que se les planteó la posibilidad de efectuar el taller en 2, 3 o 4 sesiones dependiendo de sus actividades.

Como parte de la organización de los coordinadores del taller, se determinó que la participación fuera alternada en cada una de las actividades, por lo que una primera actividad la coordinó un ponente y la siguiente actividad fue coordinada por el otro ponente.

Cada ponente organizó el material necesario para el desarrollo de sus actividades.

#### Asistencia.

De la realización del taller se benefició un total de 22 madres y padres de familia, algunos de los cuales asistieron a diferentes reuniones, dejando de asistir a otras sesiones, por lo que no todos cubrieron íntegramente todo el taller.

La asistencia fue de la siguiente manera:

25 de febrero: 19 personas

4 de marzo: 8 personas

11 de marzo: 10 personas

La asistencia promedio fue de: 12 personas

Las madres y padres que lograron asistir a todas las sesiones del taller fue un total de 5 a lo cuales se les entregó como estímulo a su constancia y participación un diploma avalado por el director, la psicóloga y los ponentes.

### Participación de padres.

Se contó con una participación activa, donde algunos padres tomaban notas, hacían cuestionamientos e incluso aprovecharon para expresar sus vivencias personales platicando sus problemas más sentidos, tratando de que se les dieran consejos o algún tipo de tratamiento.

En la realización de ejercicios o tareas, tanto durante las sesiones como en aquéllos que se dejaban para casa, se observó un buen resultado, teniendo un buen cumplimiento de las mismas.

Por el contenido de las sesiones al principio era más difícil lograr la comprensión de los temas, pero al final se observó que trataron de incorporarlo al desarrollo cotidiano de sus vidas.

### Cumplimiento del programa

El contenido del taller fue programado inicialmente para llevarse a cabo en 2 sesiones con un horario de 8:00 a las 12: 00 hrs.; dicha programación fue tentativamente modificada en las actividades conjunta con el área de psicología para que se adaptara a las posibilidades de los padres de familia, situación que se determinó a partir de la primera reunión en que los padres expresaron la imposibilidad de permanecer más de dos horas, en cada sesión. Se acordó la realización de las tres sesiones como se calendarizó previamente conjuntamente con la psicóloga de la institución. La distribución de los temas se adaptó al tiempo de las tres sesiones.

### Dificultades y obstáculos:

En realidad no se presentaron dificultades para la realización del curso taller, por el contrario, se obtuvo todo el apoyo de todas las instancias que podrían haber brindado las facilidades.

Se contó con el espacio del salón de usos múltiples del CAM No. 12 con el mobiliario y materiales correspondientes. Asimismo los expositores llevaron los recursos para la preparación de café y té durante los periodos de receso que se tuvieron. Se contó con el apoyo de proyector de acetatos para la explicación de parte de contenido a través de las láminas correspondientes.

Se utilizó el material elaborado para el desarrollo del curso que facilitó la Dra. María Suárez Castillo y que consiste en orejas representativas de las jirafas y de los chacales, el cual ayudó en la motivación y ejemplificación de los tipos de lenguaje.

Cabe mencionar que por el servicio brindado a la Institución con la impartición del curso taller, nos hicieron un reconocimiento a través de un diploma.

### Conclusiones

Con el desarrollo del Taller de Comunicación No Violenta se logró el propósito general de brindar elementos que permitieron a los participantes el entendimiento mutuo tanto al expresar sus necesidades de modo que los otros escuchen, así como lograr la capacidad de escuchar para que las otras personas hablen.

Es importante mencionar que de acuerdo al tipo de población que se atiende este centro educativo, existe un grupo de personas con discapacidad auditiva que es donde más se observa la dificultad de una comunicación por los canales normales, encontrando que el taller brindó elementos que les permitieron mejorar la comunicación entre padres e hijos.

Consideramos que en función del contenido del taller por su importancia y amplitud requiere de mayor tiempo que el dedicado en esta ocasión de modo que debería asignarse en la programación una mayor cantidad de horas o sesiones que permita una ejercitación más plena.

Es importante mencionar que en la realización el taller se contó con la valiosa colaboración de la Lic. Blanca E. Mulia Ramos, psicóloga del CAM No. 12

### Sugerencias.

En el curso del desarrollo del taller se hizo patente la necesidad de que además de las madres y padres de familia, se impartiera dicho taller también al personal docente del centro escolar, lo cual quedó pendiente de determinar. Esto queda como una tarea a precisar y acordar con la institución ya que como algunos profesores preguntaban por el contenido del taller y los propósitos del mismo, manifestando explícitamente su interés porque se les hiciera partícipes y tuvieran elementos y la información que les permitiera

poder responder a cualquier inquietud que expresaran los padres de familia de los alumnos de sus respectivos grupos.

### **Taller: “Comunicación No Violenta”**

Se impartió el Taller de Comunicación No Violenta, en la Escuela Primaria “Frida Kahlo” del Turno Matutino, de la zona Escolar No. P082, de la Dirección General de Educación Básica de la Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social del Gobierno del Estado de México, como parte de las actividades de actualización profesional que se desarrollan de manera institucional en la modalidad de Talleres Generales de Actualización.

El taller se impartió al personal docente integrado por 17 profesores, en una jornada laboral con un horario de 8 a 12:30 hrs., el día 26 de enero de 2006.

Los propósitos y objetivos del taller fueron:

- ✓ Dar a conocer un modelo de comunicación que permita el entendimiento mutuo aún entre personas muy conflictuadas. Se pretendía que se aprenda a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.
- ✓ Que los participantes desarrollen la capacidad de escuchar con precisión lo que las otras personas como compañeros alumnos y padres de familia, sienten y necesitan aun cuando se expresen de manera hostil
- ✓ Que los participantes logren identificar las necesidades de alumnos, padres y maestros.
- ✓ Que los participantes evaluaran el desempeño de forma tal que promueva el crecimiento y el aprendizaje.

### **3.3.-Reporte de la presentación de trabajos realizados en foros académicos.**

#### **Taller sobre Violencia Intrafamiliar.**

Se asistió al Curso “Lineamientos para el abordaje de la violencia familiar” equivalentes a 40 horas de entrenamiento, impartido por el Instituto Latinoamericano de Estudios de

la Familia, A.C. (ILEF) en México D.F. de lo cual existe constancia de fecha 15 de julio de 2005.

En el desarrollo del curso se empleó una metodología que incluía conferencias, trabajo vivencial, videos y ejercicios, distribuidos en 10 sesiones:

- 1.-Sensibilización.
- 2.-Conceptos generales de Violencia: Definición, tipos de violencia, ciclo de la violencia, síndrome de la mujer maltratada, de estrés postraumático, de Estocolmo.
- 3.-Construcción de género y Transmisión Multigeneracional.
- 4.-Modelo de Virginia Goldner.
- 5.-Tratamiento y Grupos de Mujeres.
- 6.-Tratamiento y Grupo de Hombres.
- 7.-Aspectos legales.
- 8.-Maltrato infantil y Abuso sexual, tratamiento con niños.
- 9.-Modelo Cavida. Conceptual, experiencias en consultorio y en la comunidad.
- 10.-Integración de conceptos. Cuidado del operador. Casos clínicos (asistentes). Evaluación y Cierre.

### **Ponencia.**

Durante el tercer semestre, se presentó como ponencia, la investigación realizada en la materia de tronco común Metodología de la Investigación I y II, Título: **“Diferencias en el Significado de Discapacidad en madres de Familias Nucleares y Uniparentales con un Hijo con Discapacidad.”** Desarrollada en coautoría con Erik Godínez Loera. Esa presentación se realizó en forma oral en el Primer Congreso de Educación Especial “Integración educativa: Experiencias, Mitos y Realidades “, celebrado los días 23, 24 y 25 de noviembre del 2005, el cual tuvo como sede el Colegio Benemérito de las Américas, ubicado en Carretera a Tenayuca Calmita No. 826, Col. Zona Escolar, CP. 072230, en el Estado de México.

Este congreso se realiza para permitir a los profesionales dar a conocer su quehacer cotidiano y que otras instituciones mostraran sus avances en lo referente a la integración educativa. Asimismo buscaba perfilar al Departamento de Educación Especial como un polo de desarrollo de la investigación empírica en el campo de la integración,

estimulando el quehacer del docente y asimismo convirtiéndolo en semillero de futuras investigaciones, que proporcionen mayor conocimiento sobre el tema de integración educativa.

Por otro lado propiciar el intercambio de espacios de análisis y reflexión docente con otras instituciones que trabajan en los ámbitos de la integración educativa.

Motivar la participación de los servicios (Centro de Atención Múltiple Y Unidades de Servicio y Apoyo a la Educación Regular) a presentar sus propuestas en referencia a la integración educativa.

Conocer los resultados obtenidos por los docentes y otros investigadores interesados en la aplicación de los conceptos y métodos derivados de la integración educativa.

Elevar la calidad formativa de los profesionales preocupados por su quehacer docente.

Impulsar la publicación de investigaciones e innovaciones referentes al estudio de la integración educativa a partir de los trabajos presentados en el congreso.

Temario:

**Mitos y Realidades:**

-Métodos y Estrategias.

**Experiencias:**

- Docentes
- Familiares
- Sociales
- Institucionales

**Políticas Educativas:**

- Normatividad y Realidad
- Ventajas y desventajas.

La organización del evento incluyó la presentación de Conferencias Magistrales al inicio de cada uno de los días de trabajo, con la participación de M. en C. Eliseo Guajardo Ramos, Mtra. Alicia de la Peña Rode y la Dra. Margarita Gómez Palacio

Núñez. Es importante destacar la entusiasta y numerosa participación de alumnos, padres de familia así como profesionales de diferentes ámbitos en sus diversas modalidades como mesas redondas, presentación de ponencias libres, siendo éste el espacio donde se presentó la ponencia en mención; asimismo se dio la exhibición de carteles alusivos a la temática arriba señalada

### **Resumen de la ponencia presentada:**

En México existe un 10% del total de la población que se ve incluida dentro del grupo de personas que muestran alguna de las características relacionadas con la discapacidad; a partir de esto, se vislumbra la relevancia social de la misma. Se desprende que esto se relaciona con una serie de problemáticas alrededor de la discapacidad como es la competencia del miembro con discapacidad, el ajuste o desajuste de la familia, el cambio en su estilo de vida, la falta de equidad social, las expectativas de los padres, los limitados recursos económicos y asistenciales, que no favorecen a la familia ni al miembro discapacitado a tener un buen desarrollo y desempeño dentro de la sociedad.

Por tal motivo se desarrolla una investigación que se aborda desde la metodología cuantitativa así como cualitativa con la aplicación de la entrevista en profundidad; el propósito fue explorar el significado de discapacidad en madres de familias nucleares y uniparentales que tienen un hijo con discapacidad, que comprende la riqueza semántica, así como la organización y las relaciones de la información que conformen con el significado. Se utilizó una muestra de 13 madres de familia nuclear y 13 madres de familia uniparentales de un Centro de Atención Múltiple de Cuautitlán Izcalli, de la Zona escolar 14 del Departamento de Educación Especial en el Estado de México, y el instrumento de medición fue la técnica de redes semánticas (Figuroa, González y Solís, 1981; en: Valdez, 2000). Los resultados muestran que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas dado los valores asociados de .937 del estadístico de X (cuadrada), lo cual indica que para definir la palabra DISCAPACIDAD se obtuvo casi la misma cantidad de palabras definidoras en cada grupo (riqueza semántica), pues la diferencia fue de una sola definidora. Las definidoras que se presentaron en ambos grupos fueron apoyo, educación, rechazo y limitación, pero con diferencias en el orden y las relaciones entre las palabras definidoras. Como conclusión, las madres de familias nucleares significan la discapacidad con una tendencia positiva sobre su situación a diferencia de las madres uniparentales.

#### **4.-Habilidades de compromiso y ética profesional.**

##### **4.1 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.**

El ejercicio de la profesión de la Psicología, de manera general, se guía por el desarrollo de la ciencia y la tecnología humanas, asimismo por la evolución de las sociedades hacia etapas de mayor justicia y democracia. En tal virtud se hace necesaria la protección de los usuarios del servicio psicológico para lo cual se requiere de la adhesión, por parte del psicólogo a un código ético que regule su ejercicio profesional.

En el caso de nuestro país, la Sociedad Mexicana de Psicología ha editado el Código Ético del Psicólogo (2004), ha recabado un conjunto de Principios Generales y las Normas de conducta fundamentales a las que se deben ajustar todos los psicólogos en su desempeño, precisando que la investigación sobre dilemas y problemas éticos debe ser continua.

Los principios generales son:

*-Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas*, que habla del valor intrínseco como ser humano, valor que no aumenta ni disminuye de acuerdo a las características, condición o estatus personal alguno. Este principio incluye la libertad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

*-Cuidado responsable*, es la preocupación que muestra el psicólogo por el bienestar y la evitación de cualquier daño hacia cualquier individuo, familia, grupo o comunidad. En este sentido sólo debe realizar actividades para las que recibió la formación suficiente y competente, misma que se encuentran actualizadas.

*-Integridad en las relaciones*, ésta se demuestra al actuar con honestidad, mínimo sesgo o prejuicio y evitando conflictos de interés. Ello implica estar conciente de su propia historia y valores personales y de la forma como afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamiento.

*-Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.*- Consciente de que la Psicología se desarrolla en un contexto social, busca el desarrollo de la ciencia, la promoción del



bienestar de la humanidad vigilando que el conocimiento psicológico se emplee para fines benéficos.

Dentro del campo de la terapia familiar existe un conjunto de criterios que apoyan las intervenciones desde un enfoque sistémico, así como desde la primera y segunda cibernéticas, hasta llegar a los modelos posmodernos.

Karl Tomm (1987), retoma algunos planteamientos del equipo de Milán en relación a que la entrevista circular puede generar por sí sola cambios; asimismo consideran la neutralidad junto con la circularidad y la hipotetización como directrices para desarrollar este tipo de entrevista. La neutralidad es entendida como la adopción de una posición en la que no se tome partido por nadie explícitamente o implícitamente y en la que se acepten las ideas, valores, metas y creencias de todos los integrantes de las familias. Esto lo protege en su capacidad para introducir algo nuevo en la familia que altere la epistemología de los miembros. Utilizada como estrategia, la neutralidad ayuda a evitar que el terapeuta se conduzca de manera rígida y violenta en su intento constante de alcanzar el cambio.

Posteriormente se llega a la conclusión de que es imposible permanecer neutral respecto del lenguaje. Además, los resultados de la aplicación de la primera versión fue que muchos terapeutas consideraron la neutralidad para mantener una postura de no involucramiento, de no tener opiniones fuertes, de no asumir responsabilidades cuando es necesario, por lo que se arriba a la concepción de la neutralidad como *la creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta que lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos que a su vez engendran curiosidad.*

White (1997) asume que el contacto con los efectos reales de lo que les decimos a las familias y de las preguntas que les formulamos, aumentaría nuestra responsabilidad, al enfrentarnos con las responsabilidades morales y éticas asociadas con la colaboración que prestamos a las personas que buscan ayuda terapéutica. Considera que es “mucho lo que podemos hacer para que el contexto terapéutico sea más igualitario. No obstante, creo que es un error suponer que la terapia pueda ser siempre totalmente igualitaria, porque la verdadera estructura de este contexto determina lo que podríamos llamar una diferenciación de poder” (White, 1997. pp. 227). “Sin embargo teniendo esto en cuenta,

creo que deberíamos hacer todo lo posible para impedir que esa diferenciación de poder tenga un efecto tóxico o negativo” (White, 1997. pp. 227).

Gergen, (2001), considera que existe una oposición de muchos terapeutas socioconstruccionistas hacia las opciones estratégicas tradicionales, debido a que consideran que son dictadas por el punto de vista exclusivo del terapeuta y consecuentemente “no sólo es manipuladora sino que genera una participación poco auténtica en la relación terapéutica” (Gergen, 1997 pp. 16).

El Construccionismo social “promueve un dialogo mutuamente transformador entre consultantes y terapeutas cuando no tienen la misma opinión sobre cuestiones como el aborto, el divorcio, el maltrato físico” (Gergen, 1997 pp.17).

La revisión superficial y sintética de los conceptos anteriores permite abordar el desarrollo de la práctica clínica dentro del programa de Residencia de Terapia Familiar en los escenarios clínicos donde se trabaja.

El desarrollo del proceso terapéutico tiene contemplado a nivel preventivo este conjunto de nociones y conceptos al momento en que se solicita un consentimiento informado de parte de las familias que acuden respecto a la forma de trabajo que incluye el realizar grabaciones de audio y video, así como la presencia de un equipo de terapeutas y supervisión que observan el proceso tanto en presencia como detrás de un espejo unidireccional. Lo anterior se efectúa utilizando un lenguaje entendible para los participantes, recabando dicho consentimiento por escrito en un formato elaborado ex profeso.

Dentro de la residencia correspondiente al segundo semestre me parece relevante plantear una situación, que desde mi punto de vista se refiere a las relaciones entre colegas. En este caso el código citado plantea que el psicólogo mantiene relaciones con respeto a la dignidad de sus colegas. Se abstiene de hacer declaraciones difamatorias que minusvalúen su persona, su trabajo y el buen nombre de la psicología. El psicólogo muestra una buena imagen de la psicología y de los psicólogos.

El caso se trata de una madre de familia que informa que la orientadora de la secundaria donde estudia su hija le dijo que preguntara si el terapeuta que la iba a atender “era de

los que iban en 2º grado, o de los que iban en 1º grado de la Maestría”. Esto me parece que tiene una implicación ética ya que la orientadora hace una distinción ante los consultantes entre los que sí están más preparados y los que están menos preparados, haciendo una descalificación del trabajo de todo el equipo de supervisión y del servicio del que la propia orientadora egresó. Desde mi perspectiva todo ello se traduce en una desorientación de las familias que puedan solicitar el servicio, lo cual repercutió en que el caso, a pesar de comprometerse a asistir, simplemente desistió de la terapia.

También se presentó el caso de otra familia, en donde uno de los hijos se encuentra consumiendo drogas además de estar implicado en su comercialización, lo que se traduce en que durante el proceso terapéutico brinda información de sus actividades de tipo delictivas lo que desde mi punto de vista nos implica éticamente en el dilema de seguir dando atención terapéutica, a la familia y al mismo tiempo guardando la información como confidencial sabiendo que continúa en dichas actividades. El joven fue canalizado para una atención relativa al tratamiento de adicciones.

En el caso de la deserción de una alumna del programa de residencia, se traduce en el abandono del trabajo con una de las familias después de haber logrado una relación terapéutica con ella. Al darse de baja la terapeuta y al pasar el caso a otra terapeuta la familia dejó de asistir. El abandono del programa de la Residencia por parte de la alumna, desde mi visión particular probablemente repercute en forma negativa en el proceso terapéutico de dicha familia. Esta situación incurre en lo estipulado por el código ético que plantea la terminación de la relación con el terapeuta fundamentalmente por así convenir a las familias.

Durante el desarrollo del Programa de Residencia III, me parece importante destacar como situaciones que desde mi punto de vista representan cuestionamientos éticos y desde la práctica de la Psicología principalmente, el caso de la familia donde se presenta abuso sexual por parte del padre hacia la hija. El punto en cuestión es que dicha conducta esta tipificada como un delito que requiere de denuncia a nivel legal. Creo que el participar en el tratamiento del caso nos hace partícipes del conocimiento de información relevante, en la que se esperaría que las personas con autoridad dentro del proceso de atención determinaran lo conducente. Me parece que contextualizando lo ocurrido la determinación de promover un proceso de tipo terapéutico que previera que

no se vuelva a repetir dicha conducta, mediante el establecimiento con toda la familia y en particular con el agresor, posibilita una reeducación que resuelva realmente el problema, más que buscar una sanción que quizás no corrija los aspectos que requieren atención dentro de la dinámica de la familia. Se puede considerar que de esta forma se evita que intervengan probables elementos que tienen que ver con el contexto sociocultural del sistema penal. Requiriéndose una mayor formación en el conocimiento del marco legal, de las responsabilidades y alternativas.

Por otro lado me parece que el proceso de atención puede verse influido por las características de los integrantes de los equipos de terapeutas y supervisión que distorsionen la dinámica de la atención terapéutica.

En cuarto semestre, como parte de la mecánica de funcionamiento del equipo de terapeutas se presentaron cuestiones de organización que permitieron la formación de coaliciones en donde se anteponían los intereses personales ajenos a la oferta de brindar un servicio de alta calidad profesional para hacer prevalecer acuerdos de conveniencia personal.

En el caso del equipo del que forme parte las supervisoras y maestras en todo momento abordaron en una forma muy apropiada todas las situaciones en que se expresaron inquietudes y desacuerdos, lo cual permitió recuperar relaciones basadas en el respeto, la confianza y la reciprocidad, al tiempo que fue posible retomar una actitud autocrítica que nos permitió reconsiderar las debilidades así como las fortalezas de cada uno de los que participamos.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica que se imparte en la FES Iztacala por parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, permite lograr el desarrollo de diferentes habilidades y competencias profesionales que capacitan al egresado para abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas como la pareja, la familia y la sociedad, empleando asimismo un enfoque basado en el construccionismo social y el constructivismo.

Se desarrolla la capacidad para conceptualizar los diferentes modelos teóricos, analizar su viabilidad y proponer hipótesis explicativas de acuerdo a la problemática de las familias que acuden para solicitar atención, de tal manera que promuevan los cambios más convenientes a su situación.

Dentro del proceso terapéutico se desarrollan actividades que permiten una capacitación para realizar la observación de la terapia, estableciendo el contacto que permita lograr una relación de colaboración, mediante la aplicación de las técnicas de enganche y alianza terapéutica. Al mismo tiempo se desarrolla la habilidad para definir objetivos terapéuticos en función de las necesidades y recursos con que cuentan los sistemas, realizando la evaluación correspondiente al mismo tiempo que se da la aplicación de las diferentes herramientas metodológicas derivadas de los diversos modelos de intervención.

También se desarrollan habilidades para llevar a cabo una observación y evaluación con diversos instrumentos de evaluación y diagnóstico que permiten conocer diversos fenómenos psicológicos, los cuales se incorporan en el diseño y aplicación de proyectos de investigación de la problemática observadas en las familias, siendo capaz de realizar los reportes de los resultados.

Por otro lado se adquiere la capacidad para difundir los conocimientos tanto los propios de la investigación desarrollada empleando una metodología cuantitativa como cualitativa, así como toda aquella información que sea de interés para promover programas preventivos que incidan directamente en la comunidad que nos rodea y

dentro de las instituciones donde se encuentran los escenarios clínicos donde se lleva a cabo la Residencia en Terapia Familiar.

La formación profesional tiene como uno de sus pilares básicos el desarrollar valores y una ética que demuestran el compromiso personal y social, respetando la confidencialidad en el trabajo con las familias relacionada a la información que nos comparten con motivo de su tratamiento, asumiendo el compromiso de ser sensibles a sus necesidades y requerimientos apegándonos a las normas y procedimientos y manteniendo una actualización constante mediante la asistencia a congresos, cursos y asumiendo el compromiso de llevar un proceso terapéutico personal.

Durante el tiempo que dura el programa tuve la oportunidad de incidir hacia las familias que en lo personal tomaron la decisión de buscar ayuda terapéutica en relación a la problemática que presentaba sobre diversas áreas de la vida como problemas de relación de pareja, divorcio, violencia intrafamiliar, abuso sexual infantil, intentos de suicidio, duelo por pérdidas familiares, situaciones que rodean el Sida, y otros más que en su conjunto se encuentran ligados con el desempeño o un bajo rendimiento dentro de las instituciones escolares o con las enfermedades, al estar vinculados dentro de las instituciones de salud. Estas situaciones se vivieron al ser partícipes en las problemáticas para lo cual pudimos tener un contacto con personas de las diferentes etapas y así pudimos vivir la experiencia de tratar con mujeres embarazadas que posteriormente llevaron a sus bebés, padres que perdieron a sus hijos e hijos que perdieron a sus padres. Situaciones de las que no estábamos ajenos los propios terapeutas al vivir en carne propia la pérdida de algún familiar.

En esta experiencia profesional es muy importante la metodología de trabajo que consiste en contar con un sistema de supervisión y con un equipo de terapeutas que permiten abreviar y complejizar considerablemente el proceso terapéutico en beneficio de las familias atendidas, ya que se toma como objeto de observación y estudio a la familia al mismo tiempo que el proceso de la terapia, incluyendo en primer lugar al propio terapeuta responsable de cada caso.

Formarse dentro de un sistema terapéutico es sumamente completo al mismo tiempo que muy enriquecedor, ya que se vive la necesidad de dirigir la mirada hacia uno mismo

como terapeuta, para asumir el compromiso de comprender que una vez que se entra a la atención de una terapia, entramos al proceso de cambio conjuntamente familias y terapeutas al constituirnos como partes de un sistema que se encuentra sujeto a las leyes de evolución. Ante esto es necesario asumir una postura sistémica, colaborativa, y de curiosidad, ya que de lo contrario los resultados en los avances del proceso terapéutico nos recordarán dicha necesidad y no sólo las diferentes visiones o miradas que constituyen los distintos subsistemas. Obviamente no es fácil dejar atrás una forma de trabajo individualista que tiene como fundamento una visión lineal de los fenómenos psicológicos, pero el contar durante todo el proceso de atención con la presencia de un equipo permite reconocer la utilidad de la enorme potencialidad de las diferentes visiones, que nos ayudan a desarrollar la flexibilidad y riqueza para realizar las intervenciones. Se aprende a contar con la idea de que la experiencia, al mismo tiempo, se encuentra de ambos lados del proceso terapéutico, llegando incluso en ciertos casos a aplicar una postura de no saber, compartiendo la responsabilidad por los resultados, aprendiendo sobre todo a asumir la que nos corresponde.

Ante esto es relevante mencionar que hay que tomar en todo momento la decisión personal de recurrir a la valiosísima oportunidad de crecer acudiendo a tomar un proceso terapéutico personal y manteniendo una actitud de compromiso por una capacitación y actualización profesional permanentemente.

Finalmente quiero concluir planteando que haber terminado la formación como terapeuta familiar, paradójicamente no es sino el principio de una nueva vida parecida a la de una nueva plantita que acaba de nacer en tierra fértil y a la que iluminada por una nueva luz se requiere cultivar con agua, aire, y un esfuerzo paciente para que produzca los frutos que la sociedad de alguna manera necesita.

## Referencias

- Andersen, T. (1991) El equipo Reflexivo. *Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Colección sobre Terapia Familiar*. Ed. Gedisa. Barcelona, España.
- Anderson, H. (1999) Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Amorrortu editores. Argentina
- Andolfi, M. (1985) Terapia Familiar: Un enfoque interaccional. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Baigas, H. R. (2002). Families and learning in classified and non-classified first graders (En Red). Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences. Vol 63(2-A). Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2002-95015-124.
- Beltrán, L. (2004). –Enfoque Colaborativo y los Equipos Reflexivos. Com. L. Eguiluz, (comp) “La Terapia Familiar. Su uso hoy en día”. Ed. Pax, México.
- Bertalanffy, L Von (1986) Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boyle, R. A. (2004). The effects parental coping and stress have on the adaptation of parents of a child with a developmental disability transitioning into adulthood (En red) Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences. Vol 64(7-A). Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2004-99001-060.
- Castro, R. (s/f). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones.
- Ceberio, M y Watzlawick, P. (1998) La construcción del universo. España: Herder.
- Cecchin, G. (1989) Sistemas familiares. Revista Año. Abril de 1989. ASIRA, Buenos Aires, Argentina.
- Correia-Grayson, P. C. (2000) Influence of parental reactions to their child’s disability on parental involvement and child development (En red). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering Vol 61(5-B). Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2000-95022-022
- Cuadros, J. H. (2003). Parental perceptions of mental retardation as a disability: A case study of Cali, Colombia (En red). Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences. Vol 63(10-A). Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2003-95007-055
- Desatnik, O. (2004). –Modelo Estructural. Com. L. Eguiluz, (comp.) “La Terapia Familiar. Su uso hoy en día”. Ed. Pax, México.
- Desatnik, O. Franklin, A. Rubl, D. (2000) Visiones, re-visiones y supervisión del proceso de supervisión. Revista Psicoterapia y Familia. Vol. 15 (1). p. 47-56.
- Eguiluz, L. (2004) Terapia Familiar. Su uso hoy en día. Ed. Pax México.



Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1982, 4ª. Edición, 2003). "La táctica del cambio". Herder. Barcelona, España.

Gergen, K. (2001) La terapia como construcción social. Revista Sistemas familiares. Año. 17-No. 1 Marzo 2001. ASIRA, Buenos Aires, Argentina.

Gómez, F. M. E., Weisz F. T. (2005) "Nuevas parejas. Nuevas familias. Cómo crear una familia reconstituida y no morir en el intento. México. Grupo editorial Norma.

González, M. (1999) Hogares de jefatura femenina en México: Patrones y formas de vida. En: González, M. (coord.) Divergencias del modelo tradicional hogares de jefatura femenina en América Latina. (pp. 125-151). México: CIESAS, SEP-Conacyt.

González R. (2000) "El ISSSTE en el Gobierno del Cambio" FCE, Primera Edición, México. (<http://www.issste.gob.mx>)

Goodrich, J. (1989) Terapia familiar feminista. Argentina: Paidós.

Gratton, S. L. (2001). The relationship between parenting attitudes and social competence in preschool children with and without disabilities (En red). Disseratation Abstracts Internacional: Section B: The Sciences & Engineering. Vol 62(3-B). Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2001-95018-120

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2001) Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.

INEGI (2002) Encuesta Nacional de Adicciones. <http://www.inegi.gob.mx>

INEGI (2005) Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos. <http://www.inegi.gob.mx>

INEGI (2005) Estadísticas Demográficas. <http://www.inegi.gob.mx>

Ingalls, R. (1982) El deficiente Mental. México, Manual Moderno.

INMUJERES (2007) <http://www.inmujer.df.gob.mx>

Keeney, B. P. (1994) Estética del cambio. Barcelona: Paidós.

Lipchik, E. (2004) "Terapia centrada en la solución" Mas allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Lustig, D. C. (2002) Family coping in families with a child with a disability (En red). Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities. Vol 37(1) pp. 14-22. Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2002-02261-002.

Mella, O. (1998) Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa, Santiago: CIDE.

- Minuchin, S. (2001) Familia y Terapia Familiar. España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1992) Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós.
- Mora, J. (1992) Análisis de la cohesión y adaptación familiar según la fase II aplicado a adolescentes. Tesis de Lic. en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- O'Hanlon, W. H. (1990) "En busca de soluciones". Un enfoque en psicoterapia. Barcelona, España. Paidós.
- Payne, M. (2002) Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. Paidós. Barcelona, España.
- Peggy Penn, M.S.W.; "Interrogatorio Circular". Family Process. Vol. 21-No. 3. Sept. 1982.
- Pelchat, D.; Visón, j.; Bois, C.; Saucier, J. (2003) The effects of early relational antecedents and others factors on the parental sensitivity of mothers and fathers (En red). Infant & Child Development Vol 12(1) pp. 27-51. Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2003-03074-004
- Pittman, F. (1994) Mentiras privadas. La infidelidad y la traición de la intimidad. Amorrortu Editores. Buenos aires.
- Pittman, F. (1990) Momentos decisivos. Tratamiento de familia en situaciones de crisis. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Rolland, J. (2000) Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica. España: Gedisa.
- Sheriff, J. L. (2004) Children's perception of quality of life: Congenital physical disabilities vs. acquired physical disabilities (En red) Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences. Vol 64(7-A) Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2004-99001-063.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1986). Paradoja y contraparadoja. Ed. Paidós.
- Selvini, Mateo. (1990). Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli. España : Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002, 4a. reimpresión 2004). Código Ético del Psicólogo. México, Trillas.
- Tomm, K. ( 1987) Entrevistas con intervenciones. Family Process. Volumen 27, No. 1
- Tornas S. Nelson; Colette Eleuridas; David M Rosenthal.  
"La evolución del interrogatorio Circular. El entrenamiento de terapeutas familiares."  
Journal of Marital and Therapy 1986. Vol. 12, 6.2, 113-127. University of Iowa.

- Troya, E. (1995) “¿De qué está hecho el amor? México. Ed. Lumen.
- UNAM (2007) <http://www.unam.mx/antecedentes>.
- UNAM (2007) <http://www.gaceta.unam.mx>. Gaceta del 8 de enero 2007, p.4.
- Valdez, J. (2000) Las Redes Semánticas Naturales Usos y Aplicaciones en Psicología Social. Edo. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valles, M. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). Introducción al estudio de casos; los primeros contactos con la investigación etnográfica. Granada: ediciones Aljibe.
- Vergara, T. (1998) Percepción de la estructura familiar (según la fase II) de adolescentes con y sin padres separados o divorciados. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Walters, M. (1991) Hogares de progenitor único encabezados por mujeres. En: Walters, M. (comp.) La red Invisible. (pp. 318-340). México: Paidós.
- Walters, M; Carter, B.; Papp, P.; y Silverstein, O. (1996) “*La red invisible*” Barcelona. Ed. Paidós.
- Watzlawick y Cols, (1974). “Cambio”. Herder. Barcelona, España.
- Watzlawick, P. Beavin, B. Jackson, D. (1976, reimpresión 1991), Teoría de la comunicación humana. Barcelona, Herder.
- White, M. (2002) Reescribir la vida. España: Gedisa.
- White, M. (1989). Guías para una terapia familiar. 1ª. Reimpresión 1997. Barcelona. Ed. Paidós.
- White, M. (1989, 1ª. Reimpresión 1997) Guías para una Terapia Familiar Sistémica. Colección Terapia Familiar. Gedisa, España.
- White, M., Epston, D. (1997) Medios Narrativos para fines terapéuticos. Paidós Terapia Familiar. Barcelona, España

## Anexos

### Anexo 1

#### GUIÓN DE LA ENTREVISTA

##### A) SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD

- 1.- ¿Qué es lo que cree que la gente piensa sobre discapacidad?
- 2.- ¿Cuáles cree que sean los sentimientos que la gente tiene al ver a una persona con discapacidad?
- 3.- ¿Usted porque piensa que la gente tiene estos sentimientos de las personas con discapacidad?
- 4.- ¿Si usted no tuviera a alguien cercano con discapacidad que pensaría de una persona con discapacidad?
- 5.- ¿Usted cual cree que sea la discapacidad mas difícil y dura de enfrentar?
- 6.- ¿Por qué para usted sería la más difícil?
- 7.- ¿Usted a que cree que se deba que algunas personas tengan discapacidad?
- 8.- ¿Cree que las personas que no tienen discapacidad tengan una vida más fácil?
- 9.- ¿Por qué piensa eso?
- 10.- ¿Usted piensa que las personas que tienen discapacidad son victimas de las circunstancias, o son seres especiales que se enfrentan a la vida?
- 11.- ¿Por qué piensa que esto sea así?
- 12.- ¿Cree que las dificultades que enfrenta o ha enfrentado serían diferentes con un hijo con discapacidad que con un hijo sin discapacidad?

##### B) SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON SER MADRE FRENTE A LA DISCAPACIDAD.

- 1.- ¿Qué significa para usted se madre de un hijo con discapacidad?
- 2.- ¿Cómo cree que ha cambiado su vida desde que tienen un hijo con discapacidad?
- 3.- ¿Cuáles cree que son los retos que enfrenta una madre de un hijo con discapacidad y de ellos cual considera que es el mayor?
- 4.- ¿Cómo madre qué cosas ha hecho o dejado de hacer para enfrentar estos retos?
- 5.- ¿Cómo supone usted que debería ser una madre con un hijo con discapacidad?
- 6.- ¿Cómo se considera usted como madre con un hijo con discapacidad?
- 7.- ¿Cómo cree que otras personas la ven como madre con un hijo con discapacidad?

##### C) SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON NO TENER PAREJA.

- 1.- ¿Qué piensa la gente de las personas que no tienen pareja?
- 2.- ¿Cree que si su hijo tuviera un padre, su vida sería diferente?
- 3.- ¿Cuáles serían las diferencias de tener o no una pareja, al ser padres de un hijo con discapacidad?

4.- ¿Por qué piensa que sería diferente?

5.- ¿Cuáles serían las razones por las que usted decidiría tener una pareja, teniendo un hijo con discapacidad?

### C) EXPECTATIVAS RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD.

1.- ¿Cuál sería la preocupación mas grande que tiene usted como madre de un hijo con discapacidad?

2.- ¿Usted porque cree que esta sería la preocupación mas grande?

3.- ¿Qué es lo que la gente espera que logren las personas con discapacidad, a nivel personal, familiar, laboral y social?

4.- ¿Cuáles cree usted que serían las principales dificultades que una madre como usted con un hijo con discapacidad debe enfrentar.