



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**RESIDENCIA EN  
TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**“MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A  
**LIC. ALMA TERESA TÉLLEZ ROMERO**

**DIRECTORA DE REPORTE:**  
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY

**JURADO DE EXAMEN:** DRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA  
MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO  
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
DRA. CAROLINA DIAZ WALLS ROBLED0  
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ

Ciudad Universitaria, Mayo 2007



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.

## DEDICATORIAS

### A Érick,

**M**i mejor amigo y compañero, que siempre has estado a mi lado, compartiendo tu vida con la mía, dándome todo tu amor, cariño, apoyo, paciencia y alegría. Gracias por confiar en mí, y por todos aquellos momentos de largas pláticas que me impulsaron a salir adelante, tanto en los buenos como en los malos momentos. Por mantener el optimismo cuando me mostraba tan negativa. Por mantener en mi vida la esperanza de que el mañana siempre puede ser diferente y que es en el presente cuando construimos nuestro futuro. Pero sobre todo, porque a través de tus ojos pude conocer más de mí, tantas cosas que no creía que tuviera, y que hoy día me ayudaron para re-escribir mi vida.

Por todo ello, mil gracias.

### A mi familia,

**Q**ue es parte de mi historia, en donde todos y cada uno de ellos han participado para que sea la persona que soy ahora, incluyendo a Campanita, que me ha enseñado a reír de las cosas más sencillas y a disfrutar el jugar con una simple bola de papel.

### A las distintas voces de amigos, profesores y colegas,

**Q**ue han estado acompañándome, en esta etapa de mi vida, y que hoy día son parte importante de todo esto, con especial cariño a:

**Ben**, gracias por todo tu apoyo, sobre todo en el inglés que es y sigue siendo mi talón de Aquiles;

**Bambi**, por enseñarme a través de las cartas una forma de conocer la vida, de aprender de las narraciones y crecer junto con ellas;

**Xóchitl**, “mi hobbita”, por su amistad y apoyo, por compartir y compartirse ella misma, y enseñarme a crecer tanto personal como profesionalmente, pero sobre todo por romper las barreras de la resistencia,

**Mary**, la “elfita desmemoriada”, gracias por todas esas largas pláticas por teléfono, por escucharme y mantener viva “*mi alma de niño*”, pues a través de cada aventura, los juegos, videos y libros, podemos conservar esa parte que nos hace tan afines sin que esto se contraponga con nuestra edad al paso de los años.

**Yola, Martha, Yoli**, por sus consejos, comprensión y apoyo durante todo este tiempo

**Gabo y Elia**, por la confianza, cariño y gratos momentos que hemos compartido, sobretodo, si son con palomitas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por recibirme de nuevo en su casa y brindarme su apoyo para seguir cada uno de mis sueños y metas.

A mi **tutora**, la Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany, que me acompañó y brindó todo su apoyo a lo largo de mi formación como terapeuta, que me ofreció consejos y orientación en cada proyecto que llevé a cabo. Gracias por caminar junto a mi desde el inicio hasta la culminación de este reporte.

**Al miembro del jurado**, que revisaron y aportaron sus comentarios para la elaboración final de este reporte: Dra. María Elena Rivera Heredia, Mtra. Rosario Espinosa Salcido, Mtro. Arturo Martínez Lara, Mtra. Silvia Vite San Pedro, Dra. Carolina Díaz Walls Robledo y Mtra. Luz María Rocha Jiménez..

**Al personal administrativo del Centro de Servicios Psicológicos, “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, que me brindó el tiempo y las condiciones necesarias, para poder llevar a cabo el trabajo con las distintas familias.**

**A las distintas familias, que me permitieron ser parte de su historia, y que a través de sus experiencias de vida, me permitieron crecer también en la mía. Gracias por toda su confianza, y por enseñarme que todavía tengo mucho que aprender.**

**A mis profesores, supervisores y compañeros de la residencia, que me aportaron nuevas oportunidades de aprendizaje.**

**Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al Programa Nacional de Becas para Estudios de Posgrado (DGEP) de la UNAM, por las becas otorgadas.**

**A la Mtra. Susana González, pues sin su apoyo estoy segura que no hubiera sido posible que yo estuviera en la residencia.**

**Al Dr. Raymundo Macías, por sus consejos, sus vivencias, sus refranes e historias, que me hicieron comprender a través de una sonrisa otra cara de la moneda, pero sobre todo, por el compromiso de ayudar a otros.**

**Al Dr. Rodolfo Gutiérrez, que con su ejemplo de constancia y dedicación, me impulsó a seguir siempre adelante. Gracias por su confianza y palabras de aliento.**

Con especial cariño, a la **Dra. Silvia Macotela** (q.e.p.d). Gracias por todas sus enseñanzas, su tiempo, su calidez, su compromiso y alegría, por su amor a la Universidad, por su apoyo y disposición, pero sobre todo, Gracias por siempre ver lo mejor de las personas, brindando una visión más optimista ante cualquier desaliento. Me siento afortunada, por haberla conocido.

**Los diferentes modelos, técnicas  
e intervenciones utilizadas en la terapia,  
se encuentran al servicio de nuestro paciente,  
y no el paciente al servicio de los mismos.**

*-Macías, R., 2002-*

# ÍNDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

### **CAPÍTULO I. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL DEL TERAPEUTA FAMILIAR**

1.1	Características del campo psicosocial y principales problemáticas que presentan las familias mexicanas	3
1.2	La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	10

### **CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO**

2.1	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” Descripción y organización del servicio	14
2.2	Análisis Sistémico del escenario clínico	16
2.3	Forma de Trabajo A) Trabajo Terapéutico	18 19
2.4	Estadísticas de la población atendida a lo largo de la residencia	22

### **CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO**

	Introducción al marco epistemológico	25
--	--------------------------------------	----

#### **A. FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

3.1	Teoría general de los sistemas	26
3.2	Los inicios de la cibernética	28
3.3	Bateson y la Terapia Familiar	28
3.4	Teoría de la Comunicación Humana	30
3.5	Cibernética	32
3.6	Constructivismo	34
3.7	Construccionismo social	35

#### **B. MODELOS DE LA TERAPIA FAMILIAR**

3.8	Modelo Estructural	37
3.9	Modelo de Terapia Breve M.R.I.	39
3.10	Modelo Estratégico	41
3.11	Modelo de la Escuela de Milán	44
3.12	Modelo de Soluciones	47
3.13	Modelo de Terapia Narrativa	49
3.14	Modelo de Terapia Colaborativa y Conversacional	51
3.15	Equipo Reflexivo	53
3.16	Integración de Modelos	55

## ÍNDICE

### **CAPÍTULO IV. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

<b>A.</b>	<b>HABILIDADES CLINICO TERAPÉUTICAS</b> -----	58
4.1	Integración de expedientes del trabajo clínico por familia -----	59
4.2	Descripción y análisis teórico metodológico -----	64
■	Caso 1 -----	64
■	Caso 6 -----	72
■	Caso 8 -----	84
4.3	Análisis del sistema terapéutico total -----	94
<b>B.</b>	<b>HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN</b>	
4.4	Reporte de la investigación realizada -----	110
<b>C.</b>	<b>HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN</b>	
4.5	Elaboración de productos tecnológicos -----	113
4.6	Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria -----	116
4.7	Presentación de trabajos en foros académicos -----	118
4.8	Actividades extracurriculares -----	119
<b>D.</b>	<b>HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL</b>	
4.9	Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional -----	120

### **CAPÍTULO V. ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES** ----- 126

5.1	Familia y Enfermedad -----	127
5.2	Modelo Sistémico de la enfermedad -----	128
5.3	Enfermedad y ciclo vital de la familia -----	131
5.4	Terapia Médico Familiar -----	133
5.5	Caso Clínico -----	136

### **CAPÍTULO VI. CONSIDERACIONES FINALES** ----- 150

### **REFERENCIAS** ----- 153

### **ANEXOS** ----- 157

## RESUMEN

El Reporte de Experiencia Profesional tiene como principal objetivo presentar los conocimientos, habilidades y competencias adquiridas a lo largo de la formación en el programa de maestría en Terapia Familiar Sistémica. El contenido del trabajo se encuentra dividido en capítulos que incluyen los fundamentos teóricos de la terapia familiar, la descripción y análisis teórico-metodológico de cuatro casos clínicos, el reporte de actividades de difusión e intervención comunitaria, así como algunas consideraciones éticas. Por otra parte, en base al perfil de egreso del programa de formación, se presenta un resumen de las habilidades y competencias profesionales desarrolladas, los resultados obtenidos en el trabajo terapéutico y las implicaciones en la persona del terapeuta. Por último en el capítulo V se aborda el tema la enfermedad en la familia, las creencias en torno a ella y su manejo desde la terapia médico familiar. Se concluye: 1) que el programa de maestría proporciona los elementos necesarios para la formación y desarrollo como terapeuta familiar, aunque la preparación y actualización debe continuar a lo largo de nuestras vidas; 2) se enfatiza la importancia de la supervisión clínica en el manejo de pacientes, que incluye tanto la revisión del trabajo terapéutico como la persona del terapeuta; 3) que el equipo terapéutico constituye un elemento valioso en el trabajo con pacientes, pues a través de sus distintas voces, se proporcionan mensajes, estrategias de intervención y reflexiones en el trabajo con las familias; además de constituir una fuente de apoyo tanto al terapeuta como al sistema mismo en el cual trabajamos y 4) que alrededor del sistema de creencias, se va creando una historia en torno a la enfermedad, ante la cual despuntan algunos elementos organizadores donde se establecen diferentes modalidades de comportamiento, valores, roles y funciones. El explorar estas creencias identificando el material significativo compartido por los miembros de la familia, constituye una fuente de conocimiento y un camino hacia el trabajo terapéutico, recordando que la alianza terapéutica constituye uno de los factores primarios más eficientes en el trabajo con familias.

**Palabras clave:** *creencias, familia, enfermedad, terapia médico familiar (TMF).*

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre ha conformado diferentes grupos sociales para poder satisfacer sus necesidades y desarrollar sus capacidades en la interacción con otros, presentando un repertorio inagotable de formas de organización y alianza entre grupos e individuos, y por lo tanto, un repertorio infinito de modalidades para construir “familias”.

La relación entre familia y sociedad involucra un vínculo estrecho, pues variando el tipo de sociedad, varían también las estructuras y las funciones de la familia misma (Andolfi, 2004). La familia se encuentra íntimamente forjada por las nuevas estructuras económicas, siendo un locus fuertemente compenetrado con todos los ámbitos de vida externa, los cuales, entran en ella y plasman su estructura más íntima y profunda (Donati, 1997; citado en Andolfi, 2004, p. 80). Sin embargo, aún siendo la expresión de los cambios de la sociedad de la cual hace parte, no es un simple terminal pasivo del cambio social, sino que representa uno de los actores que contribuyen a definir los modos y los sentidos del cambio social mismo (Barbagli, Saracen, 1997; citado en Andolfi, 2004, p. 80). Debido a este papel, es de gran importancia que los profesionistas de la salud, en particular los psicoterapeutas familiares, conozcan la situación en la que se desarrollan las familias, y los problemas que tiene que enfrentar, para poder intervenir en su ámbito psicológico de una manera más adecuada y proponer estrategias de solución ante los problemas que se presenten.

Durante los últimos años, las rápidas y profundas transformaciones económico-sociales han tenido una serie de repercusiones, sobre los comportamientos demográficos, produciendo igualmente evoluciones sensibles sobre el desarrollo cuantitativo de las familias, sobre su estructura y sobre su rol mismo, dentro de la sociedad; las cuales se ven afectadas aún más por el aumento de la pobreza, el aumento poblacional, la migración y a muchos otros problemas, que han obligado que la misma sociedad construya y cuente con profesionistas especializados en entender sus problemáticas y atenderlas de la mejor manera, incluyendo la ayuda en el aspecto psicológico.

El enfoque Sistémico y específicamente la Terapia Familiar Sistémica ha surgido precisamente como una alternativa para explicar e incidir en las relaciones del grupo familiar y de los seres humanos (Martínez, 2004). Este enfoque ha sido empleado en diversas partes del mundo, mostrando su utilidad y eficiencia en la intervención con las familias. Por tal motivo, se entiende la importancia de generar programas de formación de terapeutas familiares que desarrollen habilidades y competencias clínicas bajo este enfoque y que, al egresar, puedan ofrecer sus servicios a la comunidad, coadyuvando en la identificación y tratamiento de las problemáticas familiares (Aparicio, 2005).

La Universidad Nacional Autónoma de México, desde 2001 ofrece el programa de posgrado encaminado a la formación profesional en terapia familiar sistémica al nivel de maestría, con acreditación de alto nivel académico (avalado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología -CONACYT-), solicitando a sus alumnos y egresados la mayor calidad en conocimientos y práctica profesional, lo cual incluye la adquisición de diferentes habilidades (teórico conceptuales; investigación, enseñanza; práctica clínica, detección, evaluación y tratamiento; ética y compromiso social), que fundamenten su quehacer profesional dentro de un marco de excelencia y prestigio.

En este trabajo se busca ratificar la obtención de los objetivos de formación de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Terapia Familiar, con la integración de los elementos teóricos, clínicos y de la persona del terapeuta, que fueron desarrollados a lo largo de los dos años de formación de dicha residencia (agosto 2002 – agosto 2004).

El presente trabajo se encuentra dividido en capítulos que presentan diferentes aspectos del trabajo y ejercicio profesional del terapeuta familiar sistémico.

En el **capítulo I**, se realiza el análisis del campo psicosocial y las principales problemáticas que presentan las familias mexicanas, así como las características de la terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa de solución.

El **capítulo II** presenta una descripción del escenario clínico donde se llevó a cabo la práctica clínica.

En el **capítulo III**, se hace un análisis de los fundamentos teóricos epistemológicos de la terapia familiar y de los diferentes modelos de intervención clínica derivados de ella.

El **capítulo IV** se presenta el desarrollo y aplicación de las competencias profesionales adquiridas en la residencia, que incluye el análisis y discusión teórico metodológico de los casos clínicos atendidos como terapeuta y del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte del equipo terapéutico. En este apartado, se analizan las diferentes actividades que avalan la adquisición de habilidades de investigación, enseñanza, difusión del conocimiento y de compromiso y ética social.

El **capítulo V** muestra el análisis temático de un caso clínico para la presentación del examen de competencias profesionales, que en este caso aborda el tema de la enfermedad y el manejo clínico a partir de los postulados de la Terapia Médico Familiar.

En la última parte de este reporte de actividades profesionales se exponen las consideraciones finales referentes a la formación y trabajo dentro de la maestría.

## **CAPITULO I. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS MEXICANAS**

### **1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS MEXICANAS**

México es un país con una situación social, cultural, económica, diversa; lo cual fomenta la variedad de características de nuestra población y por ende, la variedad de formas familiares. Sin embargo, estos factores no son los únicos que han modelado dichas diferencias, pues en nuestro país, se identifican otros problemas que repercuten en ello como: los índices de pobreza, marginación, sobrepoblación, insuficiencia en la cobertura de servicios, educación deficiente y problemas de salud pública (Boltvinik, 1995)

El resultado de estos cambios, se reflejan en el contexto familiar que se ha modificado notablemente en diferentes áreas, donde se observa: 1) un intercambio de roles en la dinámica familiar, 2) la participación de familias extensas que ofrecen apoyo en el sostén económico y cuidado de los hijos, 3) el aumento de hogares monoparentales, 4) reducción en el tamaño promedio de las familias, 5) incremento en separaciones y divorcios; 6) inicio de una vida sexual activa a corta edad que repercute en un mayor número de embarazos adolescentes, entre otros (Moctezuma y Desatnik, 2001).

El INEGI año con año ha reportado estadísticamente varias de estas situaciones, las cuales se relacionan directamente con la descripción de la familia mexicana en nuestra actualidad. A continuación, presento un breve resumen sobre algunos de los aspectos más significativos, para posteriormente abordar el tema de la terapia familiar sistémica y postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada:

#### **■ Vivienda, hogares e integrantes familiares**

El INEGI reportó que en el 2005 se contaban con 24,006,357 viviendas<sup>1</sup> particulares habitadas en toda la República Mexicana, de las cuales el promedio de ocupantes por vivienda es de 4.2 personas. Al realizar un análisis más detallado de la distribución de viviendas por entidad federativa, se encontró que del total de ellas, el 22% se ubica en el Distrito Federal (2,215,451) y el Estado de México (3,100,599); siendo Baja California Sur (129,284) y Colima (143,648) los estados con un menor número de viviendas.

Por otra parte, al llevar a cabo la búsqueda del número de hogares familiares, me encontré con un dato muy interesante, que corresponde al cambio estructural que a través de los años se ha visto reflejado en la conformación de familias, de tal forma que el INEGI ha realizado dos tipos de clasificaciones: para 1950, 1960 y 1970 la información que se proporciona hace referencia a familias censales mientras que para 1990 a 2005 corresponde a hogares, lo cual significa que no son enteramente comparables. En efecto,

<sup>1</sup> Cabe señalar que la información que proporciona el INEGI (2005) correspondiente al total de viviendas particulares habitadas y sus ocupantes, no incluye a las personas que habitan en refugios y viviendas sin información de ocupantes, así como tampoco a las viviendas del personal del Servicio Exterior Mexicano, las viviendas móviles y los locales no construidos para habitación.

la familia censal consiste en un núcleo conyugal al que pueden agregarse hijos, otros parientes y/o no parientes. En cambio, un hogar, específicamente de tipo familiar, puede incluir más de un núcleo conyugal y por tanto más de una familia censal, pero las relaciones de parentesco de todos los miembros del hogar se ordenan en torno a un solo jefe, quien puede o no formar un núcleo conyugal. La diferencia consiste en la mayor complejidad que puede presentar la estructura de un hogar al tener la posibilidad de incluir más de un núcleo conyugal. Los cambios conceptuales que el INEGI señala, se deben tener en cuenta debido a que afectan los resultados y en ocasiones los datos no dan cuenta de los comportamientos que se venían observando o de la tendencia esperada.

Con base en lo anterior, los datos que el INEGI presenta en el 2005, hace referencia a que existe un total de 24,803,625 hogares familiares, de los cuales el 22% se ubica en dos entidades federativas: Distrito Federal 2,292,069 y el Estado de México, con 3,221,617 hogares. De este total de hogares familiares, el 76.9% (19,085,966) el varón funge como jefe de la casa, mientras que la mujer ocupa el 23.05% (5,717,659) restante.<sup>2</sup>

Por otro lado, es importante señalar, que el 62.8% se encuentra constituido por familiares nucleares, el 23.6% por familias extensas y el 16% por hogares no familiares, uniparentales y corresidentes<sup>3</sup>. En ese mismo año, se observó que el tamaño promedio de los hogares era de 4 (4.2) miembros por hogar.

#### ■ Estado Conyugal

De acuerdo con el INEGI (2000) del total de la población existente, el 45% (30,808,375) son personas casadas, el 37% (25,625,924) solteros, el 10% (7,103,365) viven en unión libre y el 4% (2,992,514) a personas viudas. Sin embargo, con relación a las personas separadas y divorciadas, se observa que las cifras han aumentado significativamente; en 1970 el número de personas divorciadas correspondía a un **.45%** (135,762) y personas separadas constituía el **1.37%** (407,111) de la población; para 1990, el número de personas divorciadas había aumentado a un **.72%** (406,777) y de personas separadas a **1.21%** (679,817); en el 2000, el INEGI reportó que el **3%** (1,799,035) pertenece a personas **separadas** y el **1%** (687,444) a personas **divorciadas**.

Estos datos son importantes, pues revelan que a pesar de que el número de habitantes en nuestro país ha ido en aumento, existe un cambio en la estructura social muy diferente al que existía hace 30 años. Los datos que el INEGI presenta, señalan que la edad para contraer matrimonio se ha retardado; en promedio en el país, el hombre tiende a casarse a la edad de 27 años en hombres y de 24 años en mujeres. De acuerdo en esta encuesta, el Distrito Federal es la entidad federativa en donde tanto el hombre como la mujer contraen nupcias a una mayor edad (29 años en hombres y 26 años en mujeres); este dato llama la atención, pues cinco años atrás (1995) la edad promedio era para el Distrito Federal de 24 años para hombres y 21 años para mujeres.

En cuanto al **divorcio**, el INEGI (2005) reporta que, en promedio cuando el hombre se divorcia tiene 37 años y la mujer 35 años; particularmente para el Distrito Federal la

<sup>2</sup> De acuerdo con el INEGI (2005), se denomina "jefe de casa" a la persona reconocida como tal por los demás integrantes del hogar.

<sup>3</sup> El INEGI define al hogar de corresidentes, como aquel conformado por dos o más personas sin relaciones de parentesco con el jefe del hogar.

edad en que las personas llevan a cabo la disolución de su matrimonio es un poco mayor en comparación a otros estados siendo de 39 años para los hombres y 36 años para las mujeres.

De acuerdo con la revisión de las encuestas en los últimos diez años, se observa que el número de divorcios se ha incrementado notablemente, reportándose en 1995 un total de 36,379 casos y en el 2005 un total de 70,184 casos. En este sentido, el INEGI realiza con base al total de casos reportados una distribución porcentual de los divorcios registrados por diferencia de edad entre los divorciantes, identificando que el 24.5% de los divorcios registrados sucede en los matrimonios en donde el hombre es mayor que la mujer de 3 a 5 años y en los matrimonios en los que la mujer es mayor que el hombre por 10 años el porcentaje es mucho menor 1.1%

Respecto a qué miembro de la pareja solicita el divorcio, se observa que en la mayoría de los casos, es la mujer quien solicita la anulación del matrimonio, identificándose en el 2005 las siguientes causas:

- 1) Ante la negativa del hombre de contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar (91.1% del total de los casos).
- 2) Ante la sevicia (crueldad o malos tratos hacia quien se tiene una patria potestad), amenaza o injurias (78.4% del total de los casos).
- 3) Abandono del hogar sin causa justificada (59.1% del total de los casos)
- 4) Otras causas, donde se incluye el alumbramiento ilegítimo; propuesta de prostitución; incitación a la violencia; corrupción y maltrato a los hijos; enfermedad crónica o incurable y la impotencia incurable; enajenación mental incurable; declaración de ausencia o presunción de muerte, nuevamente es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio (76.3% del total de los casos de divorcio por estas causales).
- 5) Adulterio, el 54.2% del total de los casos
- 6) En los divorcios por separación del hogar conyugal por causa que justifique el divorcio o por la separación de los cónyuges por más de dos años, la mujer lo solicita en un 54.3% de los casos.

Finalmente, en los divorcios por incompatibilidad de caracteres, la mujer lo solicita en un 52.1% de los casos.

Como se puede observar, en la mayoría de los casos es la mujer quien solicita el divorcio; sin embargo es importante identificar que en los últimos tres casos: *adulterio, separación del hogar conyugal por causa que justifique el divorcio y por incompatibilidad de caracteres*, el porcentaje está próximo al 50%, lo que nos indica que casi con la misma frecuencia, tanto hombres como mujeres solicitan el divorcio por estas últimas causales.

Por otra parte, un dato interesante al revisar las estadísticas que proporciona el INEGI (2005), señalan que el 45.8% de los divorcios suceden en los matrimonios en donde el hombre es mayor que la mujer de uno a 5 años y en los matrimonios en los que la mujer es mayor que el hombre de 6 a 10 años, casi no se presentan divorcios (sólo un

3.6% del total de casos). Así mismo, se identifica que en aquellos matrimonios cuya edad de los contrayentes es igual, el porcentaje de divorcios es de un 10.3%.

Por último y de acuerdo con Moctezuma y Desatnik (2001), 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.

#### ■ **Violencia familiar y maltrato infantil**

El INEGI (2003) reportó que, de las 19 471 972 mujeres que se censaron, casi la mitad de ellas (46.6 %; 9 064 458 casos) reportaron al menos un incidente de violencia familiar: siendo el grupo de edad de 30 a 34 años donde se identifica el mayor número de mujeres con al menos un incidente de violencia (1,473,121). Siguiendo esta línea, se realizó una exploración para identificar las entidades federativas con el mayor número de casos reportados con al menos un incidente de violencia, entre las que resaltan los estados de Michoacán (346,606), Chihuahua (294,314) y Nuevo León (243,521).

Un elemento importante, es que al revisar los datos correspondientes al nivel de instrucción, se identifica que el 40% de las mujeres que había presentado al menos un incidente de violencia tenían la secundaria completa, presentando el menor porcentaje aquellas mujeres con un nivel de instrucción correspondiente a algún año en nivel superior; estos datos revelan que al parecer entre mayor nivel de instrucción, el porcentaje de mujeres que ha presentado al menos un incidente de violencia es menor.

Por otra parte, los datos muestran que uno de los aspectos más notables de la violencia ejercida sobre la mujer es que en gran parte se da en su entorno más cercano, *el hogar*, y que en la mayoría de ocasiones proviene de su pareja conyugal. Los actos violentos a los que recurren con mayor frecuencia los hombres contra las mujeres corresponde a violencia emocional (45%), seguido de violencia económica (35%), violencia física (11%) y violencia sexual (9%); en este sentido se observa que las mujeres que se dedican a los quehaceres domésticos como principal actividad económica son aquellas que han presentado un mayor número de casos con al menos un incidente de violencia.

Según estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que, en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva (Heise, 1994, citado en Moctezuma y Desatnik, 2001). Además, la violencia es una causa de muerte e incapacidad entre mujeres en edad reproductiva tan grave como todos los tipos de cáncer y una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados.

Los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la familia realizada por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC, citado en Moctezuma y Desatnik, 2001) en 1995, muestra que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir con mayor frecuencia maltrato físico o mental, seguido por las madres (20.9%) y las demás mujeres de la familia (9.7%), entre

las que se encuentran las hijas, cuñadas, primas, 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. Respecto al maltrato infantil, el DIF (2004, citado en Moctezuma y Desatnik, 2001) reportó que el 30% de los casos que atendieron correspondieron a omisión de cuidados, el 25% por maltrato físico, el 23% por maltrato emocional y el 22% restante corresponde a negligencia, explotación laboral, abuso sexual y abandono.

La violencia familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo, donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Para atacar este fenómeno, en México en el año de 1996 se presentó por primera vez una propuesta de modificaciones legales en materia penal, civil y de procedimientos sobre el tema a los legisladores, la cual fue aprobada el 13 de diciembre de 1997, y a partir de ese momento se creó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, 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, ampliando su marco de atención, ya que se trata de una ley de carácter administrativo que tiene por objetivo la asistencia y la prevención del problema.

En esta última reforma, la ley facultó, entre otros puntos, a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal para diseñar el programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, operar y coordinar las Unidades de atención a la violencia familiar (que actualmente son 10 distribuidas en igual número de delegaciones) y fortalecer la prevención de la violencia familiar y seleccionar y capacitar al personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia (Moctezuma y Desatnik, 2001).

En la pasada década, se creó el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) en el DF, el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI), con 22 enlaces en los estados, y se emitió la Norma Oficial Mexicana contra la Violencia Intrafamiliar (Moctezuma y Desatnik, 2001).

#### ■ Población económicamente activa (PEA)

“De acuerdo al censo de población económicamente activa (INEGI-STPS, 2004), existían para el 2004, un total de 42 306 063 personas económicamente activas. De este, el 65% eran hombres (27 357 076) y el restante 35% mujeres (14 948 847). Este mismo censo reporta un número de 1 092 692 personas desempleadas, siendo de ellas un 60% hombres (656 463) y un 40% mujeres (436 229). La mayor parte de la PEA se localiza en los estados de México (6 275 161), D.F. (3 993 242), Jalisco (2 971 339), Veracruz (2 727 655) y Puebla (2 446 090) que, en conjunto tienen al 42 % de la PEA, esto quiere decir que casi la mitad de la PEA reside tan sólo en 5 entidades federativas”.

“La escolaridad de la PEA es, en promedio, de 8 grados escolares (2º de secundaria), presentándose la menor escolaridad poblacional para el Estado de Chiapas

(6 grados – 6° primaria) y la mayor para el Distrito Federal (10 grados – 1° bachillerato)” (Aparicio, 2005; p. 6).

■ **Población derechohabiente**

La Secretaría de Salud reportó para el 2002 que dentro del sistema nacional de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM Y Servicios Estatales) se encontraban inscritos 59,294,671 derechohabientes; la mayoría de ellos (78%; 46 198 689), adscritos al IMSS. Este dato es importante, pues indica que de los 100 millones de personas que habitan la república mexicana, casi el 50% de ellos no cuentan con un servicio de salud; debido a ello, el gobierno federal implementó una medida alternativa, que fue crear el seguro popular. Este proyecto brinda un seguro público y voluntario, subsidiado por el gobierno federal para recibir atención en las clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud, señalando como principal objetivo, el reducir el número de familias que se empobrecen anualmente como consecuencia de gastos por la atención de problemas de salud (Aparicio, 2005; p. 8).

De acuerdo con Aparicio (2005), se señala que cuando una persona se afilie al seguro popular, el asegurado hará un pago proporcional a su ingreso que sustituye las cuotas de recuperación y que el resto del costo de su atención será cubierto mediante un subsidio público. Así mismo, se comenta que con un pago anticipado, que se establece de acuerdo a la condición socioeconómica de la familia y que se puede cubrir trimestral, semestral o anualmente, se permite el acceso oportuno a 78 acciones en materia de salud.

Por otra parte, de los servicios de salud que se ofrecen en materia de salud psicológica, podríamos señalar que se incluyen muy pocos y que están inscritos dentro del rubro de “*servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio*” y que tienen que ver con: a) grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables; b) detección, consejería y referencia de adicciones; c) consejería sobre salud reproductiva; d) diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes; e) diagnóstico y consejería del alcoholismo y f) en los rubros de medicina familiar y especialidades, así como en los servicios de urgencias, contrario a lo que se esperaría, no se tiene contemplado algún servicio psicológico (Aparicio, 2005; p. 8).

■ **Población con discapacidad**

Para el año 2000, el INEGI reportó que la población con discapacidad era de 1,795,000 personas en toda la República Mexicana; ubicándose en cuatro entidades federativas la mayoría de casos registrados, entre los que destacan: el Distrito Federal (159,754 casos); el Estado de México (189,341); Jalisco (138,308) y Veracruz (137,267).

Por otro lado, al reportar los principales tipos de discapacidad en el país, resaltan las siguientes cifras: **a)** discapacidad motriz 45.3%, **b)** discapacidad visual 26%, **c)** discapacidad mental 16.1%, **d)** discapacidad auditiva y **e)** discapacidad del lenguaje 4.9% Estos datos reflejan que el mayor porcentaje de discapacidad que existe en la población se encuentra mayoritariamente en el área motriz y que el tercer lugar lo ocupan las discapacidades de tipo mental, aún mayor que la discapacidad auditiva y del lenguaje.

En este sentido, se observa que existe un mayor número de población masculina con discapacidad (943,717) en relación con la población femenina (851,583), ubicándose el mayor número de población con discapacidad en personas de más de 60 años (41.5%) y en niños de 5 a 19 años (15.75%).

Al revisar que hogares familiares posee como jefe de familia a una persona discapacitada, se observa un total de 711,464 hogares en toda la república mexicana, ubicándose el 18.8% en el Distrito Federal (64,088) y en el Estado de México (69,623). Un dato importante que reporta el INEGI (2000), señala que el 25% de población con discapacidad tiene posibilidades de participar en alguna actividad económica, sin embargo el 75% restante corresponde a la tasa de participación no económica. Estas cifras indican que en nuestro país todavía no existe una cultura que promueva la inserción laboral de aquellas personas con alguna discapacidad.

### ■ Población y SIDA

La secretaría de Salud (2005) reportó un incremento notable en los casos de SIDA a lo largo de estos 22 años; mientras que durante 1983 se reportaron 64 casos, para el 2005 las cifras indican un total de 4,382 casos de SIDA, conformándose un registro total de 102,575 casos. También reporta que en las mujeres, para 1983 se registraban 1.6 por ciento de casos nuevos, mientras que para el 2002 este porcentaje subió al 15.1 %. Las cifras anteriores, indican la necesidad de programas de difusión, prevención y educación sexual y de auto-cuidado para tratar de contrarrestar la incidencia de casos.

### ■ Migración

Respecto al tema de migración, el INEGI (2000) reportó que existe un total de 17,220,424 de emigrantes; siendo el Distrito Federal 26% (4,457,713), Veracruz 7.8% (1,350,282), Michoacán 5.3% (909,120), Puebla 5.1% (884,670) y Oaxaca 4.9% (843,317) los estados con mayor índice de personas que ya no residen en la entidad donde originalmente nacieron. En relación al porcentaje de población inmigrante, se observa que las cifras han aumentado de un 12.8% (1950) a un 17.7% (2000), identificándose una pequeña diferencia entre el porcentaje de hombres (17.4%) y mujeres (17.9%) migrantes.

### ■ Suicidio

El estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar. Como uno de los resultados de estos trastornos, se encuentran los intentos de suicidio y los suicidios consumados. En México durante 1997, ocurrieron 340 intentos de suicidio, de los cuales el 42.1% fue realizado por hombres y el restante 57.9% por mujeres. En el mismo año hubo 2,456 suicidios, de éstos el 83.6% fueron cometidos por hombres y sólo el 16.4% por mujeres. Los datos referentes a edad de la población que ha intentado suicidarse, muestra que hay una mayor frecuencia de intentos en la población de 15 a 29 años (68.3%) (Moctezuma y Desatnik, 2001).

A nivel nacional en 1997, el 42% de los intentos de suicidio pueden relacionarse con problemas familiares. Para el caso de población femenina, el disgusto familiar representa el 51.3%, es decir uno de cada dos intentos se debió a esa causa, el 11% por problemas amorosos. Para los hombres en el 36% de los casos se ignora la causa, y el

29% declararon disgustos familiares, es decir, casi la tercera parte cometieron intento de suicidio por problemas familiares. Otra característica que es importante mencionar es el estado civil de las personas que intentaron suicidarse. Las estadísticas, también muestran que la mayor parte se concentra en la población casada (46%), le siguen los solteros (41%) y los que están en unión libre. (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Para el año 2005 (INEGI) el número de personas que habían muerto por suicidio aumentó considerablemente (3,553 casos), en comparación con las cifras reportadas en 1997 (2,459); identificándose entre las principales causas: a) disgusto familiar (29%), problemas amorosos (25%) y enfermedad grave e incurable (18%). Así mismo, se observa que el mayor número de suicidios registrados por entidad federativa en ese mismo año, se encuentran: a) Veracruz (264 casos), Jalisco (236), Chihuahua (216), Guanajuato (212) y el Distrito Federal (208).

La preocupación nacional e internacional por las diferentes situaciones mencionadas refleja implicaciones sociales y políticas, que señalan a la institución familiar como un asunto de interés público, lo que ha conducido, en la última década, a diversas reformas en el marco legal y 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).

## **1.2 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA**

En la historia de la psicoterapia han surgido diversas aproximaciones teórico-filosóficas respecto a la comprensión y explicación del ser humano, desarrollándose en torno a cada una de ellas, diversas formas de intervención y estrategias para poder resolver las diferentes problemáticas.

Algunas aproximaciones centran su atención en los procesos individuales internos (psicoanálisis) o bien en los procesos individuales externos (conductistas), bajo una causalidad lineal (causa-efecto) como la principal variable para explicar la conducta de las personas. La Terapia Familiar en cambio, inicia una nueva forma de abordar los problemas, pues toma en consideración los procesos de interacción entre los individuos y su contexto socio-cultural, haciendo énfasis en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento.

Esta forma diferente de abordar el problema, permite que la atención no se enfoque a una persona únicamente, sino que toma en cuenta a todo el sistema (familia, pareja y/o grupos) y a las interrelaciones que entre ellos se están viviendo. En este sentido, la Terapia Familiar intenta incidir en el manejo de la problemática desde una visión en la que exista una corresponsabilidad en las relaciones dentro del grupo y las posibilidades de cambio, lo cual permite distintas alternativas para el manejo y solución del problema.

El movimiento de Terapia Familiar es relativamente joven, pues tiene sus inicios al final de los años 40 y principios de los 50's en EUA, teniendo como principal objetivo, buscar métodos de terapia más eficaces en los casos graves de trastornos emocionales. Este nuevo campo comienza a desarrollarse a partir de la Segunda Guerra Mundial, pues como una de las consecuencias, se incrementó el número de enfermos psicóticos y de desórdenes emocionales; principalmente en los excombatientes y sus familias.

El enfoque médico, especialmente la psiquiatría y el psicoanálisis se dieron a la tarea de trabajar con estos padecimientos, sin embargo sus técnicas de tratamiento no eran efectivas en los casos graves de trastornos emocionales, como lo fue la *esquizofrenia*.

En el año de 1953, un grupo conformado por John Weakland, Jay Haley, y William Fry (Lipset, 1991; citado en Eguiluz, 2004), comenzó a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia. Existía el interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos. Dentro de esta orientación se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes pautados en diferentes niveles lógicos, y que no hacían una diferencia entre fantasía y realidad; por lo que confundían una declaración metafórica con una literal (Winkin, 1987; citado en Eguiluz, 2004).

La aparición en 1956 del artículo titulado: "Hacia una teoría de la esquizofrenia" fue todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría. En él se afirmaba por primera vez, que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo producto de las relaciones familiares (Haley, 1956, p. 18). Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, que considera al síntoma como algo inherente al hombre, a lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal y contextual. La "enfermedad mental" empezó a considerarse dentro de patrones específicos de interacción. Los trabajos de Bateson y su equipo con las familias de los pacientes esquizofrénicos jugaron un rol importante en el desarrollo de este postulado, al percatarse de que la visión que se tiene del individuo es más útil y apropiada cuando se considera como parte de un contexto ecológico más amplio.

La teoría del doble vínculo pasó a formar parte del proyecto denominado terapia familiar de la esquizofrenia. Esta teoría incluía la idea de describir la comunicación en términos de niveles con la posibilidad de que estos niveles entraran en conflicto y dieran lugar a una paradoja, o atadura, en donde ninguna respuesta aceptable fuera posible dejando a la persona "atrapada" (Haley, 1993, p. 21).

Durante las investigaciones sobre el doble vínculo, Jackson se sintió interesado por desarrollar la parte terapéutica de esta teoría. Con el objetivo de profundizar sobre el tema creó en 1959 el Mental Research Institute (MRI), en donde tuvo como colaboradores de manera inicial a Virginia Satir y a Jules Riskin; posteriormente, durante el periodo comprendido de 1959 a 1962, Jackson trabajó de manera paralela en el MRI y en el proyecto de Bateson. En 1960 se incorporó al equipo a Paul Watzlawick, y en 1962 (año en que finaliza el proyecto de Bateson) a John Weakland y a Jay Haley (Winkin, 1987; citado en Eguiluz, 2004).

Con la fundación del MRI, se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional basado en la pragmática de la comunicación humana. Los trabajos hechos

en el Instituto promovieron un enriquecimiento intelectual y se ubicaron como la primera asociación que consideró el uso clínico de las conceptualizaciones batesonianas para comprender las formas de interacción en grupos humanos (Jackson, 1968, 1977; citado en Eguiluz, 2004).

De esta manera, el movimiento de la terapia familiar comenzó su camino, siendo muchos de los autores anteriormente mencionados los pioneros que cimentaron las bases para la creación de diferentes modelos y escuelas, dentro de las que destacan: el modelo estructural, estratégico, de Milán, terapia breve o centrada en el problema, soluciones, narrativa y enfoque colaborativo.

En los últimos años, la Terapia Familiar ha crecido y evolucionando, gracias a las aportaciones de enfoques postmodernos, mostrando una visión mucho más flexible en la comprensión de la realidad del ser humano; en la cual, no existe una forma única de ser o del deber ser de una familia, sino que existen diferentes formas de concebir la realidad y los problemas, mostrando una visión más abarcadora de familia. Así mismo, consideran que el terapeuta no debe asumir una postura de expertez ante el problema, sino que la construcción de éste y su posible solución se hace en conjunto con los miembros del sistema, incluyendo al terapeuta.

En nuestro país, se comenzó a trabajar la terapia familiar desde 1963, tras el arribo del Dr. Raymundo Macías a la capital, después de una especialización en Montreal, Canadá con Epstein y Segal, quienes desarrollaban un esquema de evaluación familiar.

A la llegada del Dr. Macías, se comenzó a ofrecer diferentes seminarios y cursos de dinámica y terapia familiar, en el posgrado de psicología, así como en el de psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México. En 1969 junto con el Dr. Roberto Derbez y Lauro Estrada, organizan el primer posgrado, de un año de duración, para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana (UIA), posteriormente se amplía a dos años de entrenamiento.

En 1977, el Dr. Macías se separa de la UIA, y funda su propio instituto: el Instituto de la Familia A. C. (IFAC), incorporado a la misma Universidad en 1972; con la visión teórica de trabajo planteada como dinámica, sistémica e integrativa; y en 1989 inaugura una clínica con nexos con diferentes instituciones de salud, para la práctica y atención terapéutica a familias (Pineda, 2004).

Otra institución pionera de la terapia familiar en México, de acuerdo con Pineda (2004), es la Universidad de las Américas (UDLA), que imparte la maestría en psicología en dos especialidades: Género y Terapia Familiar, con práctica terapéutica en su propia clínica, además en el Hospital Infantil de México, e Instituto Nacional de Pediatría.

En 1984, el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) es fundado por el médico psiquiatra y psicoanalista de grupos Ignacio Maldonado, Horacio Skorkick y Estela Troya; con una aproximación analítica, sistémica y social. Posteriormente, a partir de 1984, el instituto PERSONAS se ocupa de la terapia familiar y de pareja. En 1987, la Dra. María Luisa Velasco de Torres crea el instituto de Terapia Familiar CENCALLI; en 1986 se funda el instituto de Terapias Breves, S.C. (IMTB), por la Dra. María Blanca Moctezuma. En 1992, el instituto superior de estudios para la Familia fue instituido por el Dr. en filosofía Alberto Castellanos, de la Universidad Anáhuac del Norte (Pineda, 2004).

En 1981 se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), cuyo objetivo principal, es el de propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines; además de promover la puesta en marcha de programas de excelencia para la formación y capacitación de terapeutas que realizan su entrenamiento clínico en los institutos que pertenecen a la asociación y otros institutos de México y el extranjero; de igual manera asume la tarea de incidir en aspectos de la ética profesional de los psicoterapeutas afiliados. Gracias al trabajo de estos institutos y de sus posgrados, se han podido documentar trabajos realizados con población mexicana, tales como emigración y exilio (Eguiluz, 2004), retraso mental (Berger, en *Terapia y Familia*, 2004-1), género (Sluzki, en *Terapia y Familia*, 2004-1), madres solas (Colgan, en *Terapia y Familia*, 2003-2); muerte y suicidio (Baizán, en *Terapia y Familia*, 2002-2); adolescencia e identidad (Espinosa, en *Terapia y Familia*, 2002-2); sólo por mencionar algunos de los muchos trabajos publicados dentro de la revista de *Psicoterapia y Familia*, que es la primera revista de corte sistémico en México (Eguiluz, 2004).

Como podemos observar, en los últimos años, la terapia familiar ha crecido y evolucionado, consolidándose a partir de su impulso en la formación de terapeutas capaces de hacer frente a las diferentes problemáticas, desde la perspectiva interaccional.

Para comprender el panorama y características de la demanda de terapia familiar en México y por consiguiente los retos ante los cuales se enfrentarán los profesionistas que se preparen en esta área de trabajo, será de gran importancia, considerar a la familia en su estructura y organización, a partir de las transformaciones sociales, políticas y económicas, en su compleja interacción con los cambios demográficos, ideológicos y culturales, que se han ido moldeando y adaptando en los últimos años, y que de alguna manera, sientan las bases para los años subsecuentes.

## **CAPITULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO**

### **DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO**

La presencia de los terapeutas familiares dentro de los ámbitos clínico, escolar y comunitario cada vez tiene mayor relevancia y campo de acción, lo cual crea la necesidad de que las instituciones que forman a los nuevos profesionistas, posean diferentes escenarios clínicos.

El Programa de Maestría en Psicología de la UNAM con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se aprende en dos entidades académicas: Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en las que se imparte el programa desde el año 2001. La descripción que se realizará del trabajo clínico y del escenario de trabajo, se concentra en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, que corresponde a la Facultad de Psicología, donde realicé mi formación académica (Fig. 1).



Fig. 1 Vista frontal del Centro de Servicios Psicológicos



Fig. 2 Sala de Espera

### **2.1 CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA” DESCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO**

El Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se ha llevado a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, que se encuentra ubicado en el sótano del edificio “D” en el área de Posgrado de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria.

El Centro ofrece diferentes servicios, entre los que se encuentra:

- ψ Psicoterapia Infantil
- ψ Terapia de Grupo

- ψ Terapia Cognitivo-Conductual
- ψ Terapia con Biofeedback
- ψ Terapia Individual
- ψ Terapia Familiar y de pareja
- ψ Terapia para Adolescentes (a partir del 2004)

Así como talleres y cursos a los estudiantes, trabajadores de la Universidad y al público en general.

El Centro cuenta con sala de espera (Fig. 2), 15 cubículos (fig. 5 y 6), de los cuales 5 están equipados con cámara de Gesell, equipo de videograbación y televisión, contando con las condiciones suficientes para realizar el trabajo terapéutico (Fig. 3 y 4).



Fig. 3 Cámara No. 3. Escenario donde se atendían a los pacientes y familias



Fig. 4 Cámara No. 4 Escenario donde se encontraba el supervisor y el equipo terapéutico del otro lado del espejo

Para la recepción de pacientes, el procedimiento llevado a cabo por el Centro, se enfoca en abrir un período de llenado de solicitudes a lo largo de 2 semanas aproximadamente. El Centro de Servicios Psicológicos por medio de la Gaceta UNAM y programas de radio, proporciona la información de los diferentes servicios que ofrece al público en general; además de que diferentes instituciones canalizan pacientes, como el Centro de Salud Mental ubicado en la Facultad de Medicina, el Hospital de Servicios Médicos de la UNAM, el Centro de Orientación Educativa (COE), el Instituto de Comunicación Humana (INCH), los diferentes CENDIS, el Instituto Nacional de Psiquiatría, así como diferentes escuelas que solicitan una evaluación a niños y adolescentes que presentan bajo rendimiento escolar o problemas de atención, principalmente.

El horario de atención es de las 8:00. a 20:00 hrs. lunes, martes, jueves y viernes y de 8:00 a 19:00 hrs. los días miércoles. Los asistentes deben llevar una identificación oficial.



Fig. 5 y 6. cubículos del Centro de servicio psicológico, donde se atienden a los diferentes pacientes y familias.

La ficha de admisión, está compuesta por tres hojas; en la *primera* de ellas el paciente proporciona sus datos personales (nombre, dirección, teléfono) así como algunos datos sociodemográficos, también señala la principal problemática por la cual asiste al Centro, indicando las áreas donde mayormente está siendo afectando, que son: laboral, familiar, académica, sexual, salud y amistades. La *segunda* hoja, proporciona al paciente conocimiento de sus derechos y responsabilidades, la cual debe ser firmada por la persona interesada (ver anexos 1-2).

En caso de que el paciente sea un menor de edad, sus padres o tutor(es) deben ser las personas que firmen. La *última* hoja, investiga a través de una encuesta, algunos síntomas que el paciente haya padecido en los últimos tres meses; este formato lleva un seguimiento por parte del área de Medicina conductual.

Cada ficha al entregarse, es numerada. Al paciente se le hace entrega de su identificación y se le indica que un terapeuta del Centro se comunicará con ellos en un período de 15 días aproximadamente. Las fichas son clasificadas en los diferentes servicios, basándose en los diferentes motivos de consulta. Cada servicio, cuenta con un espacio y horarios determinados; dependiendo de ellos, se determina el número de pacientes que pueden ser atendidos. Los terapeutas se dirigen a la coordinación por las solicitudes y comienzan a contactar a los pacientes. Aquellos pacientes que no pueden asistir en los horarios propuestos por el servicio solicitado, son canalizados a otras instituciones.

A partir de octubre del 2003, el procedimiento que se lleva a cabo para recibir pacientes en el centro se ha modificado, siendo ahora un período abierto durante todo el año. Las solicitudes de admisión pueden ser llenadas de lunes a viernes de las 8:30 a 9:30 de la mañana.

## 2.2 ANALISIS SISTÉMICO DEL ESCENARIO CLÍNICO

La Facultad de Psicología de la UNAM, cuenta con un Programa de Maestría y Doctorado en Psicología profesional, en el cual se ubica la residencia en terapia familiar (Fig. 5).

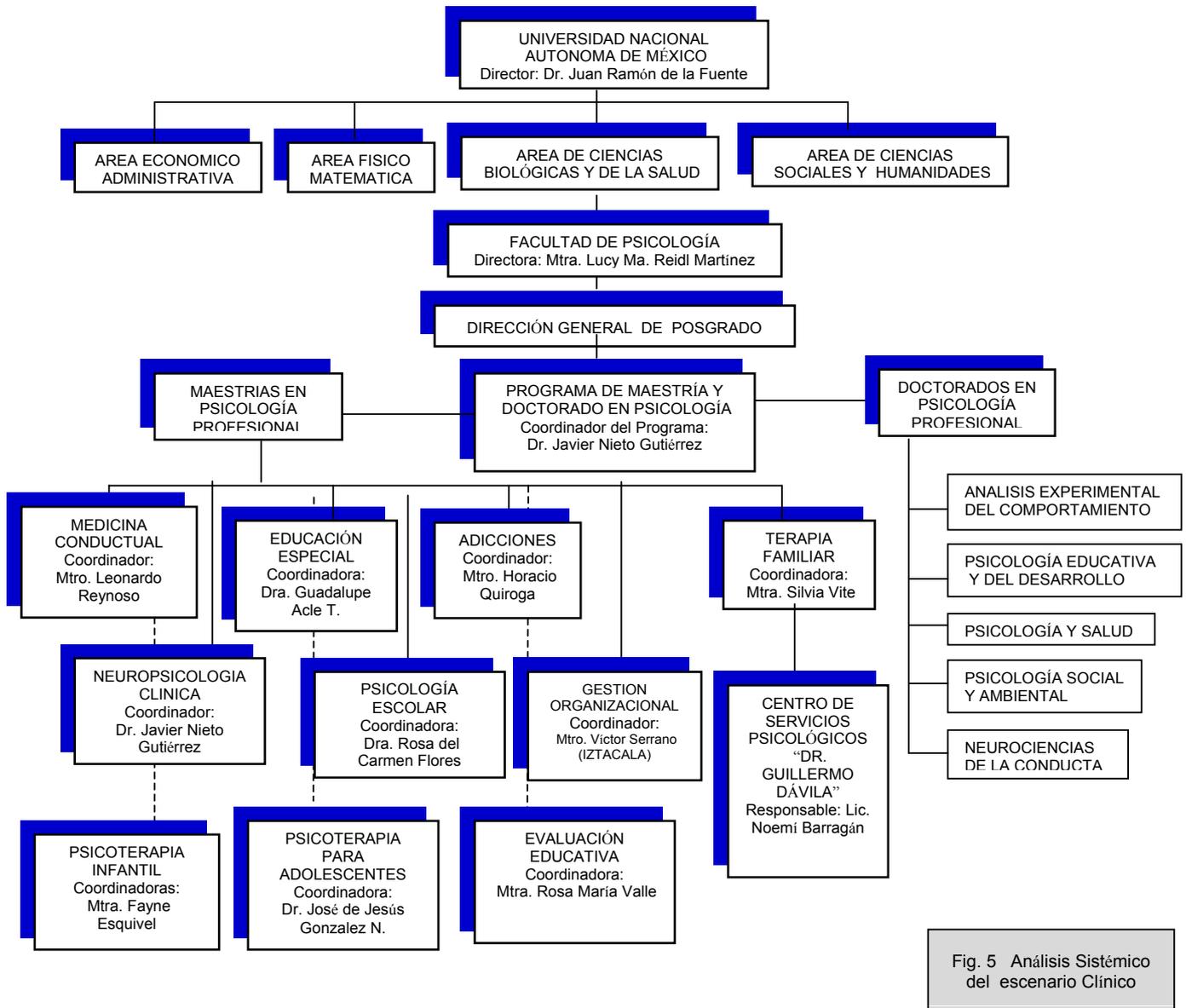


Fig. 5 Análisis Sistémico del escenario Clínico

El residente de la maestría en terapia familiar, a lo largo de su formación, participa activamente en el escenario clínico, con el objetivo de desarrollar las diferentes habilidades y competencias requeridas por el programa, tales como: el reconocimiento de la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica clínica, la aplicación de técnicas y estrategias de acuerdo al modelo estudiado en relación a la problemática identificada y a las necesidades del paciente, principalmente. Este aprendizaje se efectúa a través de seminarios teórico-clínicos, así como la atención a las personas que solicitan el servicio o que son canalizadas por diferentes instituciones al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, dentro de un marco ético y de compromiso social.

El trabajo realizado en el Centro, representa parte del servicio a la comunidad que la Universidad proporciona a la sociedad, pues constituye un servicio de bajo costo y con

una alta calidad académica y ética. Esto hace que el Centro represente un escenario de trabajo muy enriquecedor, pues el estudiante interactúa con diferentes poblaciones y necesidades de los pacientes.

### 2.3 FORMA DE TRABAJO

Dentro del escenario clínico, los residentes trabajan bajo un programa de supervisión, en el cual se llevan a cabo:

1. Entrevistas clínicas
2. Evaluación sistémica de cada caso, de acuerdo al motivo de consulta, los objetivos y metas terapéuticas planteadas.
3. Integración de reportes clínicos.

A lo largo de la Maestría, cada uno de los residentes participa en todos los casos clínicos, ya sea como terapeuta y/o co-terapeuta asignado a un caso o como parte del equipo terapéutico atrás de la cámara de Gessell, junto con el supervisor, conformando así el sistema terapéutico total. Por otro lado, la residencia cuenta con 3 cámaras de Gessell, para trabajar con las diferentes familias; en uno de los lados del espejo se atendía a la familia y del otro lado, se ubicaba el equipo terapéutico que podía observar la sesión. Se nos proporcionaron los expedientes, así como un equipo de televisión y videograbación. En cada una de las sesiones, se trabajó con dos teléfonos a manera de interfón para poder transmitir mensajes del equipo a la familia, así como indicaciones y sugerencias al terapeuta. Así mismo, la residencia cuenta con seis supervisores clínicos, responsables directos del manejo terapéutico que cada estudiante lleva con los pacientes, en cada semestre. Entre las principales funciones que desempeña el supervisor, se encuentran: orientar, promover y guiar las actividades de los terapeutas, apoyarlos en el trabajo terapéutico, contribuir al desarrollo potencial de sus recursos y habilidades, supervisión de los casos clínicos, incluyendo las resonancias del terapeuta y del equipo, como parte del trabajo de la persona del terapeuta, principalmente (Fig. 6).

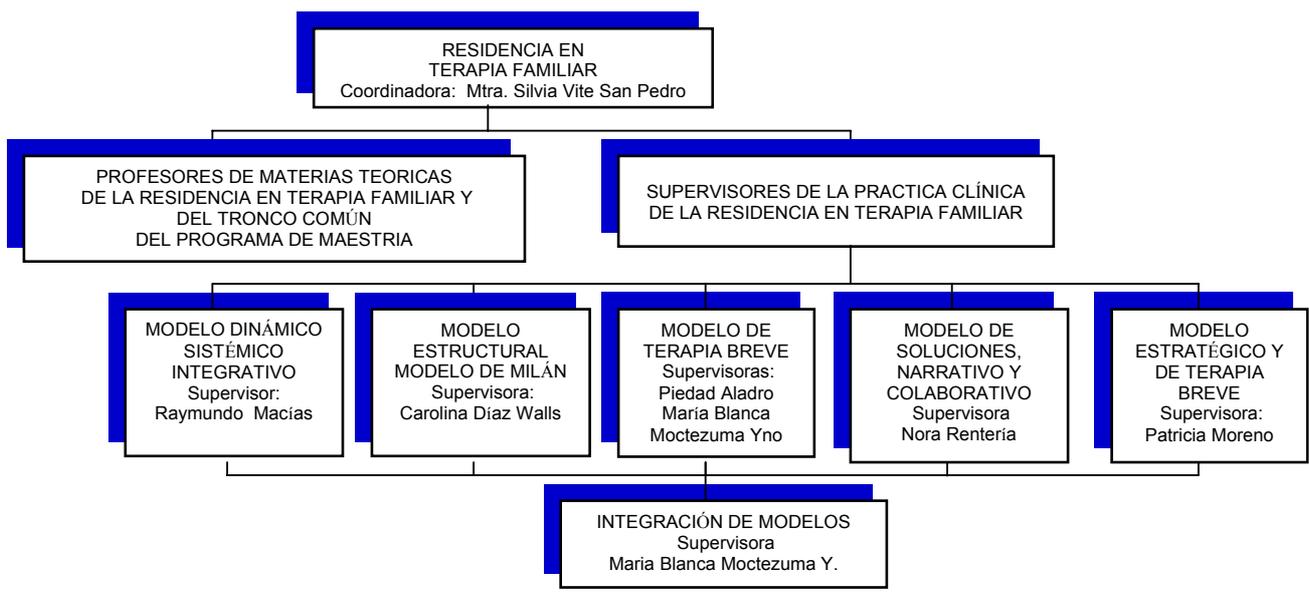


Fig. 5 Organigrama de la residencia en terapia familiar

## A) TRABAJO TERAPÉUTICO

Durante el tiempo de estancia como residente de la Maestría en Terapia Familiar tuve a mi cargo la intervención terapéutica directa de 6 familias<sup>1</sup>, participando como parte del equipo terapéutico y de supervisión en 46 casos clínicos más.

El procedimiento llevado a cabo en el trabajo con las familias se conformó de la siguiente manera:

1) Una vez que se nos asignaba un expediente (familia o pareja) a cada uno de los residentes, se procedía a realizar una *entrevista telefónica*. El principal *objetivo* de la llamada, se enfocaba en realizar el primer contacto con la familia, recolectar información sobre el motivo de consulta (frecuencia, intensidad, personas involucradas, etc), conformar el genograma familiar preliminar, recabando información de la familia de origen y nuclear, así como los miembros de la familia y/o interesados que asistirían, concertar una cita en el horario en que la familia pudiera presentarse sin ningún problema. La información recabada, permitiría al terapeuta y al equipo terapéutico formular una hipótesis básica de intervención.

2) En la *primera sesión*, el terapeuta se presenta ante la familia, informándole el procedimiento de trabajo que se lleva en el Centro de Servicios Psicológicos (encuadre), que consiste en: a) Informarles que cada sesión terapéutica tiene una duración de 50 a 60 minutos, b) La modalidad de trabajo con el equipo terapéutico, 3) Informarles que cada sesión es videograbada (se pide nuevamente su consentimiento de forma verbal a cada uno de los miembros de la familia) y se les informa que el acceso al material filmado será de uso exclusivo del terapeuta. Se les explica que el material videograbado permite proporcionar una atención más adecuada, ya que el trabajo es revisado y analizado, tomando en cuenta elementos que durante la sesión pudieron pasar inadvertidos), 4) Explicarles que a lo largo de la sesión, el terapeuta mantendrá comunicación con el equipo de dos maneras: 1) vía telefónica (interfón) y 2) aproximadamente a la mitad de la sesión, se tomará unos minutos para platicar con el equipo.

La dinámica de trabajo, manejada en cada una de las sesiones, involucra 5 etapas: presesión, sesión, intersesión, cierre de sesión y postsesión.

### Presesión

Tiene una duración entre 15 y 20 minutos, en ella todos los residentes nos reunimos en equipo junto con el supervisor, para planear la sesión antes de que la familia llegue, en ella se plantea una hipótesis de trabajo, objetivos, posibles estrategias de intervención y la revisión de la tarea (en caso de haber dejado) de la sesión anterior. El principal objetivo de esta etapa, consiste en poder estructurar cada una de las sesiones junto con el residente, proporcionando un punto de partida y una guía a seguir junto con el equipo y el supervisor del caso.

### Sesión

Tiene una duración de aproximadamente 30 a 45 minutos. La primera sesión, se enfoca principalmente en: 1) establecer una relación de colaboración con los miembros de la familia "joining", 2) que el terapeuta obtenga información de la familia acerca del principal

<sup>1</sup> Las 6 familias serán descritos de manera más detallada en el capítulo IV

motivo de consulta y evolución, 3) comprender e identificar la dinámica que posee la familia, así como diversos factores asociados a ella (creencias, actitudes, lenguaje verbal y no verbal, redes de apoyo, etc), 4) evaluar las intervenciones del equipo con el terapeuta a lo largo de la sesión, así como las hipótesis planteadas en la pre-sesión, principalmente.

En sesiones subsecuentes, los objetivos cambian un poco, dependiendo de la planeación realizada a lo largo de la presesión, llevándose a cabo los siguientes puntos generalmente: 1) revisión de tareas, 2) explorar como se sintieron cada uno de los miembros de la familia después de la sesión anterior, evaluando si se presentó algún cambio o situación diferente, 3) identificar la *pauta que conecta* de las interacciones entre los miembros de la familia en relación con el motivo de consulta, 4) utilización de diferentes estrategias e intervenciones de acuerdo a la información que proporcione la familia, así como del modelo de trabajo, 5) una vez realizada la intersesión se transmite los mensajes del equipo y la tarea o reflexión planeada para la familia que será realizada hasta la próxima cita<sup>2</sup>, 7) cierre de la sesión.

### **Intersesión**

Se realiza unos minutos antes de concluir la sesión con los miembros de la familia, el terapeuta les anuncia que saldrá unos minutos con el equipo terapéutico. El tiempo de la intersesión puede variar dependiendo del tiempo asignado para el caso clínico o bien por el tiempo que lleve la discusión y revisión con el equipo terapéutico total. Entre sus principales objetivos, destacan: 1) revisión del estado anímico del terapeuta, 2) evaluación de las principales observaciones del terapeuta y el equipo de la sesión, 3) a partir de la evaluación conformar una tarea y/o mensajes para la familia (de acuerdo al modelo que se está trabajando) y 4) acordar la forma en cómo se cerrará la sesión.

La contribución mayor en esta etapa del proceso de entrenamiento radica en la posibilidad de escuchar las diferentes posturas del equipo, supervisor y del propio terapeuta, lo cual permite integrar diferentes visiones de lo que se ha observado a lo largo de la sesión. Así mismo, se rescata al terapeuta de una situación que pudiera ser más o menos comprometida, ofreciéndole un espacio de reflexión que le permite salir un poco del sistema y meditar sus respuestas e intervenciones.

### **Cierre de la sesión**

En esta etapa, el terapeuta regresa con la familia, para la conclusión de la sesión, que consiste generalmente en transmitir los mensajes, preguntas, dudas y posibles observaciones del equipo terapéutico, así como la prescripción (tarea) a los miembros de la familia. Tiene generalmente una duración breve, aunque en ella se puede realizar (si el tiempo lo permite): 1) un resumen de la sesión, 2) exploración de las reacciones de los miembros de la familia ante la información transmitida por parte del equipo, 3) explicación de la tarea, ritual o reflexiones que la familia realizará, mediante un breve ejemplo. El

---

<sup>2</sup> La dinámica al dejar una tarea a la familia era la siguiente: la tarea era expuesta a todos los miembros de la familia cuidando que cada uno de ellos estuviera atento a las indicaciones del terapeuta, al terminar la explicación se proporcionaba un ejemplo práctico relacionado con la familia o con alguna situación cotidiana; al finalizar la explicación el terapeuta preguntaba a la familia si había quedado clara la tarea o si existía alguna duda. Cuando la tarea se enfocaba a describir o llevar un diario de control de cada miembro de la familia, la tarea se proporcionaba tanto de forma verbal como escrita.

objetivo principal de esta etapa consiste en promover una reorganización diferente en las relaciones familiares que repercute en la problemática por la cual piden ayuda.

### **Postsesión**

Se realiza una vez que se ha retirado la familia. La duración de esta etapa es variable, pues en ella tanto el equipo como supervisor y terapeuta se reúnen nuevamente para comentar las reacciones observadas en el cierre, así como de la sesión en general. El objetivo principal de esta etapa, consiste en: 1) analizar el trabajo realizado por el terapeuta con la familia (técnicas, intervenciones y aspectos que debe tener presente o que se podrían mejorar), 2) analizar la respuesta de la familia ante el trabajo realizado por el terapeuta, 3) evaluar la información obtenida en relación con la hipótesis inicial (en ocasiones los nuevos datos recabados son “agendados” y podrán ser retomados posteriormente), 4) a partir de la discusión con el equipo, se plantean nuevas hipótesis sistémicas que describan las pautas e interrelaciones de los miembros de la familia, lo cual permite trazar una línea a seguir en sesiones posteriores, 5) planteamiento y establecimiento de posibles metas terapéuticas.

### **Cierre del Caso Clínico**

Se espera que dentro del trabajo terapéutico, el cierre del caso se presente cuando se han cumplido las metas terapéuticas y el motivo de consulta inicial por el cual la familia acudió a terapia se ha resuelto. Sin embargo, a lo largo de la Maestría, se presentaron diferentes situaciones que impidieron que todos los casos fueran terminados de esta manera. Algunos de ellos fueron finalizados: 1) por incompatibilidad de horario del paciente para seguir su proceso terapéutico ó 2) por deserción de los pacientes.

Cuando se presentaba alguno de estos dos casos, la supervisión se concentraba en realizar hipótesis acerca de los motivos por los cuales la familia abandonaba su proceso terapéutico, así como el trabajo de la persona del terapeuta (pues en la mayoría de las ocasiones, tiende a culparse, sobre todo si el proceso llevaba un considerable número de sesiones).

En los casos en que se dio de alta a la familia y se llevó a cabo el cierre del proceso, el procedimiento que se daba consistió en concertar una cita de seguimiento en un periodo aproximado de dos a tres meses. La cita era confirmada por vía telefónica. El principal objetivo de esta sesión de seguimiento consiste en: 1) evaluar los cambios y su permanencia logrados por la familia, 2) obtener información sobre el desarrollo de los problemas de la familia y su estado en general, enfocándose con principal atención en las soluciones llevadas a cabo para enfrentar estas situaciones, 3) evaluar los objetivos a mediano plazo que se concertaron con la familia en la última entrevista, 4) obtener información sobre la eficacia de los métodos terapéuticos utilizados, 5) obtener información de la familia sobre su proceso terapéutico (qué faltó por revisar, cuáles fueron los cambios observados, etc).

En los casos que fueron supervisados bajo el modelo de equipo reflexivo<sup>3</sup>, en la sesión de cierre y/o de seguimiento, algunos miembros del equipo reflejaron su opinión de

---

<sup>3</sup> En el equipo reflexivo, el principal objetivo terapéutico, consiste en establecer un diálogo que posibilite a los miembros de la familia y a aquellos que escuchan el diálogo una nueva comprensión y atribución de significado a los problemas, las explicaciones en torno a éste, la forma de concebirlo, etc. Esto se lleva a cabo, a través del intercambio de ideas y preguntas formuladas por el terapeuta o por el equipo reflexivo, lo

manera individual y positiva, los cambios señalados por la familia, lo que aprendieron de ellos a lo largo del trabajo terapéutico y su perspectiva del proceso en general.

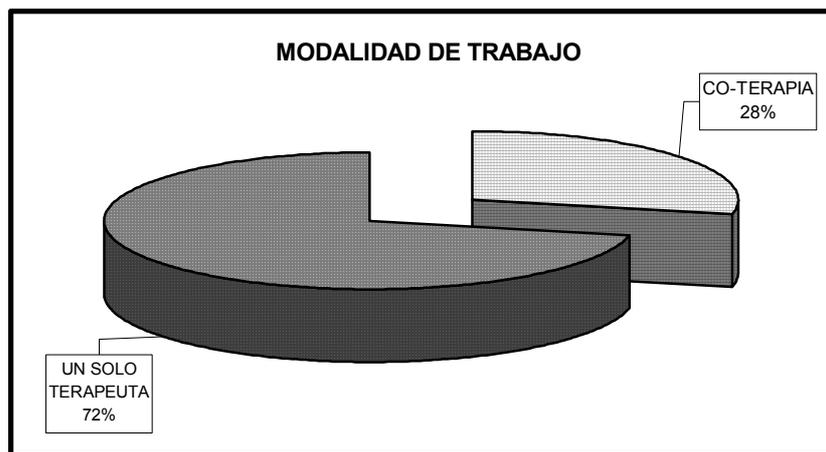
Por último, cabe señalar que dentro del Centro de Servicios Psicológicos, se estableció una comunicación abierta con otras residencias, sobre todo con el área de Medicina Conductual, Psicoterapia Infantil y la Residencia de Terapia con Adolescentes, para la canalización interna de pacientes y el seguimiento de los casos clínicos canalizados para lograr una mayor integración de cada uno de ellos.

## 2.4 ESTADÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Después de hacer un análisis sistémico de cómo está conformado el trabajo clínico, se procedió a describir en forma de gráficos, las principales características de la población atendida en el Centro de Servicios Psicológicos por el grupo en formación como terapeutas familiares a lo largo de la maestría.

La figura 7, ilustra las dos modalidades de trabajo (co-terapia y trabajo con un solo terapeuta) utilizadas a lo largo de la residencia, en donde se atendió un total de 44 familias. Del total de casos clínicos, se consideró para fines de este reporte profesional que dos casos clínicos fueran divididos como dos procesos diferentes cada uno de ellos, pues al terminar la terapia ambos casos iniciaron un nuevo proceso, con un motivo de consulta diferente<sup>4</sup>; de esta manera para la descripción de las familias, se contempla un total de 46 casos atendidos<sup>5</sup>.

**Figura 7. Modalidad de trabajo terapéutico de los 46 casos clínicos atendidos por el grupo en formación como terapeutas familiares a lo largo de toda la maestría.**



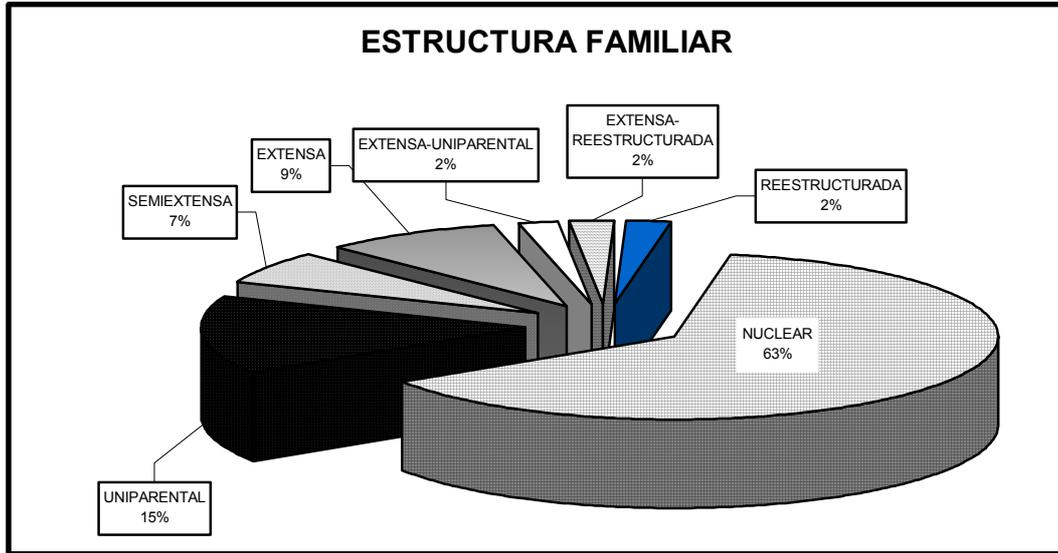
cual permite abrir nuevas alternativas de explicación que no se hayan recibido antes, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

<sup>4</sup> Los casos se describirán en el Capítulo IV

<sup>5</sup> Como nota aclaratoria, para fines de este reporte de actividades profesionales, se hablará de un total de 44 familias, de las cuales se trabajaron 46 motivos de consulta.

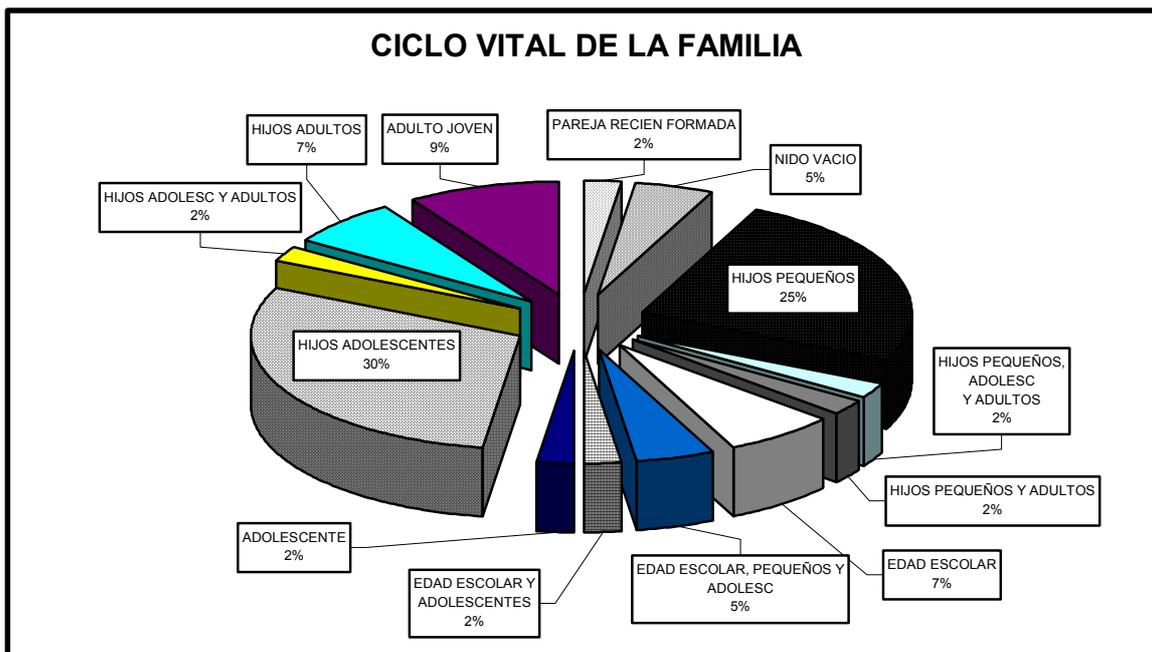
En la figura 8, se presenta la estructura familiar de las 44 familias atendidas a lo largo de la residencia, cabe señalar que los datos que se presentan en la gráfica se refieren a la composición inicial de las familias, tomada de la primera sesión.

**Figura 8. Estructura Familiar de las 44 familias atendidas por el grupo en formación como terapeutas familiares a lo largo de toda la maestría.**



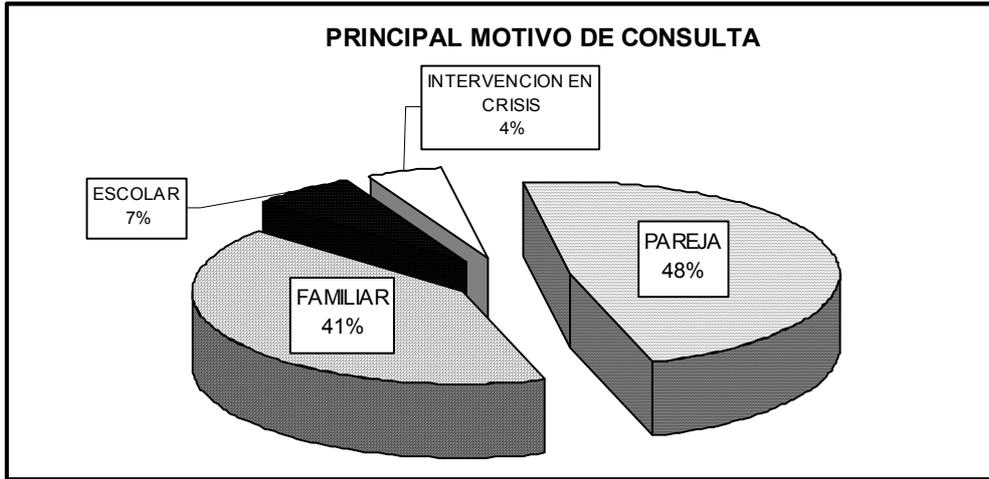
En la figura 9, se ilustra el ciclo vital en que se encontraban cada una de las familias atendidas a lo largo de la residencia.

**Figura 9. Ciclo vital de la familia de los 44 familias atendidas por el grupo en formación como terapeutas familiares a lo largo de toda la maestría.**



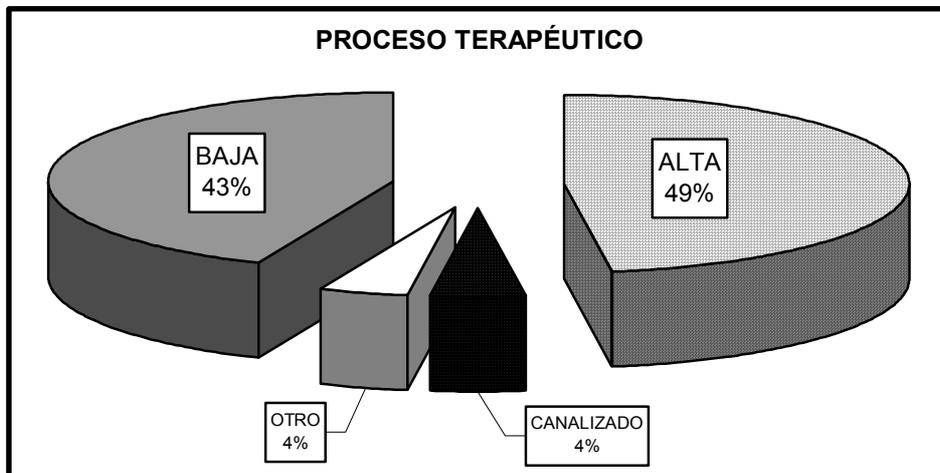
El la figura 10, muestra los principales motivos de consulta de la población atendida, donde se identifica que el 48% acude por problemas de pareja, el 41% por problemas familiares, el 7% por problemas escolares (bajo rendimiento académico y problemas de conducta) y el 4% en intervención en crisis. Es importante señalar que el número de motivos de consulta que se ilustran en la gráfica corresponde al descrito por la familia en la primera sesión, por lo cual se englobó en cuatro categorías principales que se ilustra a continuación.

**Figura 10. Principal motivo de consulta de los 46 casos clínicos atendidos por el grupo en formación como terapeutas familiares a lo largo de toda la maestría.**



Por último, en la figura 11, se observa la evolución que tuvieron los casos clínicos en cuanto al proceso terapéutico; se identifica que el 49% ilustra los casos terminados y dados de alta, la mayoría con una sesión de seguimiento; el 43% señala aquellos casos que no concluyeron el proceso (deserción); el 4% corresponde a 2 casos clínicos que fueron canalizados con otros terapeutas dentro del mismo programa de maestría que continuarían el manejo del caso, por último el otro 4% al que se le etiquetó como "otro" señala dos casos clínicos que no concluyeron su proceso terapéutico, pero que sin embargo realizaron un cierre de la terapia, en donde se evaluó la evolución del motivo de consulta, la evaluación de cambios (si es que se presentaron), las expectativas cumplidas o no cumplidas respecto al proceso terapéutico, así como lo que faltaría por trabajar en un futuro.

**Figura 11. Proceso terapéutico que llevaron los 46 casos clínicos atendidos a lo largo de la residencia**



## CAPITULO III. MARCO TEÓRICO

*Un terapeuta familiar que no quiera ser un simple tecnólogo aplicador de recetas, y sí quiere ser cada vez más eficiente y ético, deberá conocer, no únicamente los procedimientos clínicos, sino también de dónde surge su herramienta, qué tan sólidas son sus bases, esto lo convertirá en un verdadero profesional de la terapia (Molina, 2001).*

### INTRODUCCIÓN AL MARCO EPISTEMOLÓGICO

Desde el siglo XVII, y hasta mediados del siglo XX, el mundo mostraba una visión predominante que hacía referencia a la existencia de una realidad única en la cual ocurrían los hechos; cada uno de estos hechos eran anteceditos por otros, estableciendo una relación directa de causa-efecto. En este contexto, la tarea del científico consistía en descubrir esa relación, con lo cual construiría leyes y teorías que proporcionarían información verdadera y explicativa del mundo, que conformó la concepción de ciencia de la modernidad.<sup>1</sup>

Sin embargo, este paradigma era insuficiente para explicar muchos fenómenos humanos y, en particular, para entender los cambios y las permanencias en las formas de ser y de actuar, por lo cual a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se dio un giro epistemológico de esta primera visión de estudiar los hechos, proponiendo visiones alternativas del mundo, en donde se estudiaría las interconexiones, las totalidades relacionadas, se cuestionaría la existencia de leyes universales y se daría un papel relevante al sujeto. La característica de esta revolución conformaría el reemplazo de modos de pensamiento analíticos fragmentadores, por otros de naturaleza holística integradores (Molina, 2001, p. 14).

Esta nueva tendencia se manifestó con el nacimiento de nuevas disciplinas, como la teoría general de los sistemas y la cibernética, cuyo interés se enfocaba en estudiar totalidades organizadas. Los resultados obtenidos de estas disciplinas en la década de los 40's, marcó el inicio de la creación de nuevos procedimientos y técnicas, que fueron retomados por otras disciplinas, siendo una de ellas, la Terapia Familiar Sistémica.

### A. FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA SISTÉMICA

En el presente trabajo describiremos cómo se conformó la epistemología de la terapia familiar, cómo ha evolucionado, cuáles son sus bases, cómo surgieron y cuáles son sus principales características, para lo cual haremos inicialmente una breve revisión que nos sirva como marco de referencia.

---

<sup>1</sup> Newton llevó a cabo la culminación de esta idea de modernidad, por lo cual a esta forma de concebir al mundo, también llega a dominársele "El mundo Newtoniano" (Molina, 2001)

### **3.1 Teoría general de los sistemas**

La Teoría General de los Sistemas (TGS), fue integrada y propuesta por el biólogo alemán, Ludwing Von Bertalanffy (1901-1972) a finales de los años treinta, aunque sus primeras publicaciones aparecieron una década después. La teoría parte de una noción muy simple de sistema, que es definida por Bertalanffy como un conjunto de elementos en interacción.

La TGS es una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los "sistemas" (Bertalanffy, 1984); el objetivo principal estaba enfocado en diseñar una teoría general de la organización y aunque esto parecía un proyecto ambicioso, su mayor aportación fue el concebir y proponer que una gran cantidad de fenómenos y procesos podían ser vistos como sistemas, es decir, como totalidades interconectadas y con una meta (Molina, 2001, p. 21).

El concepto de sistema se refiere a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de sus partes, dando lugar a una entidad distinta. De esta manera, podemos describir realidades que pueden ser entendidas como si fuesen sistemas y descubrir entonces sus características e interacciones entre sus partes. Cabe señalar, que la delimitación del sistema será arbitraria, pues dependiendo de nuestras necesidades construiremos nuestro sistema puntualizando de igual forma la amplitud o estrechez con que podrá ser utilizado.

Bertalanffy plantea que existen dos tipos diferentes de sistemas: *abiertos* y *cerrados*. Los **sistemas cerrados**, se consideran sistemas que están aislados del medio circundante, pues no intercambian información ni energía con su entorno y están sujetos a la segunda ley de la termodinámica que se refiere a que los sistemas acumulan **entropía** que es la tendencia de un sistema a deteriorarse, desde un estado muy organizado diferenciado y menos probable, hasta un estado más probable indiferenciado y caótico; en este caso, los sistemas cerrados desde que se crean inician su deterioro hacia su estado de máxima probabilidad, en otras palabras, inician su deterioro ya sea rápido o lento, pero éste es inevitable.

Los **sistemas abiertos** en cambio intercambian energía e información con su entorno, hacen transacciones, envían y reciben mensajes, la información que reciben es **negaentropía**, esto es, al contrario que la entropía que lleva al desorden, la negaentropía lleva a niveles superiores de organización, los sistemas vivos y los sistemas sociales son abiertos, lo que les permite no solo no deteriorarse, sino desarrollarse, ser más complejos, pues no mantienen un estado de equilibrio constante (Bertalanffy, 1995; Molina, 2001). Las familias son ejemplo de sistema abierto que intercambia información con su entorno, la información que ingresa la desequilibra, produce crisis, pero gracias a ese desequilibrio, a esas crisis, logra crecer y alcanzar estados superiores de desarrollo.

Por otra parte, podemos identificar en los sistemas abiertos diferentes propiedades, entre las que se encuentran:

- **Totalidad**, que se refiere a que el sistema trasciende con amplitud las características individuales de los miembros que lo integran; no es una sumatoria de componentes sino que posee una complejidad y una originalidad propias; todo cambio de una de las partes

afecta a todas las demás, influye sobre ellas y hace que todo el sistema pase a ser diferente a lo que era antes.

- **Equifinalidad**, hace referencia a las modificaciones que se producen dentro de un sistema a través del tiempo, en donde los resultados (entendidos como modificaciones pasado un tiempo determinado), no son provocadas por las condiciones iniciales sino por la naturaleza del proceso, razón por la cual los mismos resultados pueden tener diferentes orígenes (Eguiluz, 2001)

- **Equicausalidad**, hace referencia a que una misma condición inicial puede dar origen a estados finales distintos, pues cada sistema evoluciona de acuerdo a su propia coherencia interna (Eguiluz, 2001)

- **Reglas de relación**, señala que dentro de un sistema se presentan reglas que definen la relación entre los componentes del sistema; de tal forma que las unidades que se vinculan entre sí producen un cambio de una unidad que modifica a las otras y éstas a su vez a la unidad inicial y así sucesivamente (Andolfi, 1985).

- **La retroalimentación**, es la base de la **circularidad** característica de los procesos interactivos, la información que va del emisor al receptor implica una información posterior de retorno (feedback), que puede tener dos efectos, 1) hace que se logre y mantenga la estabilidad (homeostasis) del sistema y es, por tanto negativa (no hay cambio), o 2) es positiva y provoca una pérdida de estabilidad y equilibrio en el sistema, favoreciendo el cambio. La *retroalimentación positiva* explica el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema, la *retroalimentación negativa* tiene como función el control y mantenimiento del equilibrio interno del sistema, insertando en él, el elemento del tiempo.

- **Teleología**, es el proceso a través del cual los sistemas se adaptan a las distintas exigencias de los diferentes estadios del desarrollo, por los que atraviesa a fin de asegurar su continuidad y crecimiento; este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones: "morfostasis y morfogénesis". *Morfostasis*: es la capacidad de un sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante; el mecanismo esencial que permite que el sistema lo logre son los circuitos de retroalimentación negativa (Hoffman, 1994; Simon, et.al., 1997). *Morfogénesis*: se refiere al proceso según el cual un sistema debe modificar su estructura básica. El concepto de morfogénesis fue introducido en la cibernética por Maruyama (1960). Describe un fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación-amplificación, exagerando una desviación (cambio) mínima en el sistema, puede inducir un cambio desproporcionadamente grande en el mismo sistema (Hoffman, 1994; Simon, et.al., 1997). Estas dos funciones se articulan en un proceso complementario y dinámico. Cuando la tendencia al cambio excede los límites permitidos por el sistema, se activan mecanismos para contrarrestar esta tendencia y mantener la organización previa del sistema (Eguiluz, 2004)

Los sistemas están formados a su vez por partes o subsistemas y son partes de totalidades mayores o supersistema. Cualquier sistema es parte de uno mayor y esta formado por sistemas menores, lo que lleva a una **jerarquía** de sistemas tanto hacia arriba como hacia abajo. En terapia familiar casi siempre, pero no siempre, la familia es tomada como el sistema, sus miembros los subsistemas y su entorno social el supersistema (Molina, 2001, p. 30).

### **3.2 Los inicios de la cibernética**

En mayo de 1942, tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr., donde se abordaría el trabajo en conjunto de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow acerca de la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. El trabajo explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y, más aún, cómo su conducta se da en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de ese modo autorregularse. Este modelo remplazaba la relación causa-efecto tradicional de un estímulo que lleva a una respuesta, por una causalidad circular que requiere de retroalimentación negativa, lo cual implicó todo un giro epistemológico en las formas de explicación en el campo de la ciencia (Eguiluz, 2004).

Desafortunadamente, el comienzo de la Segunda Guerra Mundial imposibilitó la continuación de estos trabajos a lo largo de cuatro años. En 1946, las conferencias fueron reanudadas, participando científicos tanto de las llamadas ciencias duras, como de las ciencias sociales, entre los que se encuentran los neurofisiólogos mexicanos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No, el matemático Walter Pitts, el psicólogo Kurt Lewin, los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, principalmente. De las ideas formuladas a lo largo de estas reuniones, ahora llamadas conferencias de Macy y de los trabajos realizados en forma independiente, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco conceptual de referencia: la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas. De manera particular, la cibernética probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos, convirtiéndose en un soporte teórico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional y la aparición de la terapia familiar. Dentro de este desarrollo, Gregory Bateson desempeñó un papel fundamental para llevar los conceptos de la cibernética a la explicación del comportamiento (Eguiluz, 2004).

### **3.3 Bateson y la Terapia Familiar**

Gregory Bateson, fue una de las personas que más influenciaron el movimiento de la terapia familiar, pues introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento.

De todas las ideas de Bateson, retomadas en el campo de la terapia familiar, existen dos que son de suma importancia: **“la pauta que conecta”** y **“la diferencia que hace una diferencia”**. La *primera* de ellas, señala que los distintos elementos de la ecología están conectados a través de circuitos, lo importante es explorar las pautas que permiten entender cómo están conectados los distintos elementos. La *segunda*, en el entendido que los distintos elementos se conectan a través de relaciones, y que distinguimos una cosa de otra a partir de las diferencias, no de las similitudes; entonces una manera de conocer y generar nueva información, que haga una diferencia con la información que hasta ese momento se contaba, es buscar diferencias en las relaciones y diferencias en las relaciones a través del tiempo.

Así mismo, Bateson utilizó una **causalidad circular** en lugar de una causalidad lineal para explicar los fenómenos; pues consideraba que la causalidad lineal era útil para explicar fenómenos en el mundo de los objetos sin vida, de los objetos que pueden ser

sometidos a fuerzas en un sentido unidireccional, pues no poseen la capacidad de interaccionar. La causalidad circular en cambio, cumple mejor la función de explicar los fenómenos del mundo de las formas vivas, en las que no sólo son importantes las fuerzas sino también la información y las relaciones. Este tipo de sistemas son constantemente modificados por cadenas recursivas de retroalimentación, que parten de múltiples orígenes, desde dentro y fuera del sistema. Cuando uno describe los componentes causales del cambio sistémico, se hace inaceptable pensar en términos de la causalidad lineal, ya que esta identifica un solo factor como determinante del cambio en el comportamiento del sistema, y cuando se habla de sistemas vivos es más acertado pensar en términos de complejidad y multicausalidad.

Por otro lado, en la época en que se encontraba estudiando la cultura iatmul, en Nueva Guinea, Bateson acuñó el término **esquismogénesis**, para referirse al “proceso de diferenciación de las normas de comportamiento individual como resultado de la interacción acumulativa entre individuos” (Hoffman, 1998). Este proceso incluía las pautas de interacción simétricas y complementarias, que más adelante serían nuevamente planteadas como un axioma de la Teoría de la Comunicación Humana.

Durante el decenio de los 50's, trabajó en un proyecto de investigación que intentaba clasificar la comunicación por niveles (de significado, de tipo lógico y de aprendizaje); entre otros campos de interés, el grupo contemplaba las pautas de transacción esquizofrénica. Sus miembros se preguntaban si estas pautas surgirían de una incapacidad de discriminar entre niveles del tipo lógico: por ejemplo, entre lo literal y lo metafórico. El grupo de Bateson planteó la hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría, en palabras de Bateson, “*aprender a aprender*” en un contexto en que esta dificultad fuese, de alguna manera, adaptativa. Si podía comprenderse este contexto del aprendizaje, podrían comprenderse también los misterios del habla y del comportamiento esquizofrénico. Como la familia es el contexto básico del aprendizaje para los seres humanos, el grupo de Bateson razonó que la familia del esquizofrénico acaso hubiese moldeado estas formas peculiares por vía de los peculiares requerimientos de comunicación que se le imponían (Hoffman, 1998).

Al observar el marco familiar, notaron que si el paciente mejoraba otro miembro de la familia empeoraba, era como si la familia necesitara la presencia de una persona con un síntoma. Jackson se refirió a esto con su concepto de “*homeostasis familiar*” para describir a un sistema de información cerrado en que las variaciones del comportamiento son alimentadoras para corregir la respuesta del sistema. Para provocar una escapada se prescribía el síntoma o se empujaba a seguir en la misma dirección, dichas intervenciones amenazaban la homeostasis, y con esto se mantenía la esperanza de establecer un nuevo equilibrio o crear un nuevo equilibrio propio (Hoffman, 1998).

Al trabajar con las familias con un miembro esquizofrénico surgió el concepto de **Doble Vínculo**. En 1956 se publicó un famoso escrito del equipo Bateson, Jackson, Haley y Weakland: “*Toward a Theory of Schizophrenia*” (Hacia una teoría de la esquizofrenia), que describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. En algunas circunstancias estos callejones sin salida parecen provocar respuestas conocidas en su conjunto como esquizofrenia. El doble vínculo es en esencia una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era anulada o contradicha en otro nivel. La única manera en que se puede responder a la

petición es señalando cual imposible es, burlarse de ella o abandonar el campo; pero cuando no es posible ninguno de estos cursos pueden surgir graves dificultades.

En el artículo original sobre el doble vínculo, se dieron ejemplos de este tipo de callejón sin salida, y se fijaron condiciones en toda forma como requisitos para su aparición, entre los que se identifican:

- Una orden negativa primaria: “no hagas eso”
- Una orden negativa secundaria a otro nivel, que entra en conflicto con el primero; “no atiendas a nada de lo que te digo” (quizá dada por el tono de voz o el modo de hablar)
- Una orden que prohíbe todo comentario (generalmente, claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario explicitar) y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo (a menudo dada por el contexto)
- Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes
- Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

En el artículo, se introduce el concepto de doble vínculo como determinante crucial de la esquizofrenia del niño, aunque más adelante informarían que la situación de doble vínculo es un componente necesario pero no suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia (Reséndiz, 2004).

La teoría anterior, aislaba una unidad que comprendía dos comunicadores, siendo el foco de interés el tipo de intercambio entre ellos. Weakland fue el primero en romper con el molde diádico en un ensayo en 1960 “La hipótesis del doble vínculo en la esquizofrenia y la interacción en tres partes”. El grupo llamo la “*danza infinita de las coaliciones*” al proceso en el que las familias esquizofrénicas donde al parecer dos personas pudieran reunirse para convenir o discernir, sin que interviniera una tercera persona. Dos miembros no podían formar una alianza estable ya sea por que otro miembro de la familia intervenía o por que los que se habían asociado se sentían tan incómodos por excluir a otra persona que ellos mismos disolvían la coalición (Hoffman, 1998).

### **3.4 Teoría de la comunicación humana**

La Teoría de la Comunicación Humana articulada por Watzlawick, Beavin y D. Jackson (1995), se desarrolla de alguna manera, a partir de la investigación realizada por Bateson, Jackson, Haley y Weakland sobre la comunicación a distintos niveles, entendida a partir del contexto en que se presenta. Los aportes de Bateson y su equipo, sentaron las bases para el trabajo que años más tarde desarrollarían Watzlawick et al. (1995) sobre la Teoría de la Comunicación Humana, y que darían pie a la consolidación de un modelo de intervención terapéutica.

Del modelo pragmático de la comunicación humana, destacan los siguientes axiomas:

#### **i) La imposibilidad de no comunicarse.**

Existe una propiedad de la conducta que no puede pasarse por alto: no hay nada que sea contrario a la conducta, en otras palabras, no hay no-conducta, es decir, es imposible no

comportarse, así es que, es imposible no comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje, que influye sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican.

**ii) Los niveles de contenido y relación de la comunicación**

Toda comunicación implica un compromiso, y por ende, define la relación. Es decir, la comunicación no solo transmite información, sino que al mismo tiempo, impone conductas. En estas dos operaciones, se conocen los aspectos: referenciales y conativos. El *aspecto referencial* de un mensaje transmite información y, por lo tanto, en la comunicación humana es sinónimo de **contenido** del mensaje. El *aspecto conativo*, se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la **relación** entre los comunicantes. En otras palabras, la relación que existe entre los aspectos referencial y conativo: consiste en que el primero transmite los datos de la comunicación y el segundo, como debe entenderse dicha comunicación. En este sentido, es importante señalar que la conexión existente entre los aspectos de contenido y relacionales en la comunicación, constituyen *metainformación*, puesto que es información acerca de información, y cualquier confusión entre ambas, llevaría a un resultado carente de significado.

**iii) La puntuación de la secuencia de los hechos**

La siguiente característica básica de la comunicación, se refiere a la interacción: intercambio de mensajes entre comunicantes. Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que siguiendo a Whorf (1956, citado en Watzlawick, et.al, 1997) ha sido llamado por Bateson y Jackson, la puntuación de secuencia de hechos, que tiene que ver con el recorte que cada uno de los participantes hace de los hechos, de la causalidad y de los efectos, de esta manera a decir de cada participante, cada uno podría explicar en dónde comienza y en dónde termina un circuito dado de interacción, desde la manera en que cada uno lo percibe.

**iv) Comunicación digital y analógica**

Este axioma, hace referencia a que existen dos tipos de comunicación: una de semejanza auto-explicativa (comunicación **analógica**) y otra mediante palabras (comunicación **digital**). Recordemos que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, cabe suponer que ambos modos de comunicación no sólo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje, de esta manera, el aspecto relativo al contenido de un mensaje se transmite de forma digital, mientras el aspecto relativo a la relación, es de naturaleza analógica (conducta no verbal). Cabe mencionar que mientras el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

**v) Interacción simétrica y complementaria**

Puede describirse a estas como interacciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; en la interacción complementaria cada uno de los participantes complementa la

interacción del otro, uno de los participantes ocupa la posición superior o primaria y el otro la inferior o secundaria. Cabe señalar que estos términos no hacen referencia a que uno sea mejor que el otro, o que se les identifique como “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”; pues en una relación complementaria ninguno de los participantes impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella; sus definiciones de la relación encajan. Así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

El modelo pragmático de la comunicación humana esta desarrollado sobre la base del estudio de la interacción tal cual se da entre los seres humanos, y de alguna forma viene a reemplazar al modelo en que se planteaba la comunicación como una serie de elementos encadenados de forma causal y mecánica, se trataba de un modelo de comunicación basado en las condiciones ideales, con un emisor que transformaba el mensaje en señales, un canal que es el medio para transportar las señales, un receptor que es el destino a quien va dirigido el mensaje y que construye el mensaje a partir de las señales que recibe. El ruido era la principal fuente de interferencia del mensaje durante su transmisión (Watzlawick et al., 1997).

### **3.5 Cibernética**

La cibernética es considerada la teoría del control y la información, se ocupa de los circuitos de retroalimentación y señala que los seres vivos son sistemas complejos con múltiples circuitos de retroalimentación que se hallan interconectados.

Durante los años cuarenta, se comienza a desarrollar en E.U.A., a partir de los trabajos de matemáticos como N. Wiener, Von Neuman, Shannon, de físicos y técnicos como V. Bus, Bigelow y neurofisiólogos como Mc Culloch, Walter Pitts, J.Letvin, Rosenblueth y W. B. Cannon. Estos autores asumían que entre el sistema nervioso y la máquina automática existía una analogía fundamental: ambos son dispositivos que toman decisiones basándose en otras tomadas en el pasado y que tanto en las máquinas como en los nervios, existía un aparato específico para tomar decisiones en el futuro. Al mismo tiempo, estas máquinas, resistían el aumento de entropía mediante dicha capacidad para tomar decisiones, a lo que se llamó *organización* y su regulación se realizaba mediante la *retroalimentación*, a partir de *información* que extraían del mundo externo para utilizarla en sus operaciones, pues contaban con sensores o receptores que les permitían recibir los mensajes mediante los cuales regulaban su comportamiento (Wiener, 1981, citado en Pineda, 2004).

Con la llegada de la cibernética, se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió estudiar y explicar tanto sistemas artificiales, como sistemas naturales o sociales, (F.B. Simon, H. Stierlin y L.C., Wynne, 1997; Molina, 2001; Eguiluz, 2004). De esta manera, podemos entender que la cibernética no constituye únicamente una herramienta, ni una técnica, sino una concepción epistemológica, en donde el observador y lo observado interactúan, se retroalimentan.

Más tarde, Gregory Bateson introduciría este concepto al campo de la terapia familiar, señalando la importancia de la retroalimentación (mecanismo central de la cibernética) para comprender los sistemas humanos (Hoffman, 1998). De acuerdo con

Simon (et.al., 1997), en el ámbito de la terapia familiar, las ideas precedentes de la cibernética hicieron que se formularan preguntas fundamentales sobre muchos presupuestos epistemológicos y ciertas premisas terapéuticas y de diagnóstico; en donde se puede distinguir dos fases: en la primera, los investigadores se preocuparon por determinar como podría mantenerse la estabilidad de un sistema (primera cibernética). En la segunda, se enfocaron por entender a los sistemas auto-organizados (cibernética de segundo orden).

■ **Primera Cibernética:** En un inicio diferentes terapeutas mostraron interés por explicar el funcionamiento y la realidad de las familias con quienes estaban trabajando, para crear intervenciones que permitieran modificar sus pautas de interacción. Para ello, consideraban al terapeuta como un observador externo del sistema terapéutico con una visión objetiva; el sistema terapéutico se dividía en un observador y el sistema observado. De esta manera, identificaron los sistemas homeostáticos que buscan mantenerse en equilibrio; por ejemplo, si un miembro de la familia mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba, manteniendo un equilibrio dentro del sistema. El mecanismo involucrado en este proceso, es la *retroalimentación negativa*, que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante. Este cambio, es denominado frecuentemente cambio de *primer orden*, pues en él, los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera.

■ **Segunda Cibernética:** Con la segunda cibernética se pasó del estudio de los sistemas homeostáticos a los sistemas alejados del equilibrio y en constante evolución; los sistemas son desestabilizados por las intervenciones que el terapeuta realiza, pero el sentido y amplitud de estos cambios son determinados por la propia coherencia interna del sistema, es decir, el sistema evoluciona de acuerdo a sus propias reglas y organización, el mecanismo que de alguna forma empuja al sistema hacia una nueva organización más allá de los límites actuales del sistema fue llamado *retroalimentación positiva*. De las aportaciones de la segunda cibernética se incorpora la idea de *cambios de segundo orden*, que tienen que ver con cambios en la estructura familiar, cambios en la reglas y el desarrollo de nuevos recursos para la resolución de los problemas. Más adelante con la cibernética de segundo orden el terapeuta se incluye como parte del sistema observado, observador y observado forman parte del mismo sistema, se reconoce así la imposibilidad de un conocimiento objetivo por parte del terapeuta; se abandona la idea de descubrir por la de construir y co-construir realidades en el sistema terapéutico (Reséndiz, 2004, p. 23).

La distinción entre cibernética de segundo orden y de primer orden la introdujo Von Foerster (1981) y en la terapia familiar la adoptaron Hoffman (1985) y Kenney (1983). Mientras la cibernética de primer orden se basa en la premisa de estudiar una realidad externa, sin referencia a la actividad cognitiva que hace posible el estudio, la cibernética de segundo orden (también conocida como cibernética de sistemas de observación) se centra en el papel del observador a la hora de construir la realidad observada (Feixas, G., 1998).

Gregory Bateson introdujo una diferenciación para enfatizar que los cambios en los sistemas pueden variar dependiendo de su centralidad para el funcionamiento del sistema. Los cambios superficiales representan cambios de primer orden: ajustes de poca importancia o reajustes de elementos del sistema actual, como cuando uno cambia la situación de los componentes del sistema. Los cambios de segundo orden, que son cualitativamente revolucionarios, implican cambios no sólo en los componentes de un

sistema y en su situación relativa, sino en todo el entramado de relaciones que definen el sistema (Neimeyer y Mahoney, 1998).

### **3.6 Constructivismo**

Como antecedente inmediato al constructivismo, se encuentra la teoría *posmodernista*, la cual se caracterizó por abandonar la fe que se tenía puesta en la modernidad, esto es, que el progreso tecnológico y humano se daría por la acomodación de conocimiento legítimo. La postura posmodernista rechazaba la idea de un universo cognoscible, señalando la presencia de realidades divergentes, situadas históricamente y constituidas socialmente. Estas ideas dieron importancia a: 1) la presencia de diferentes conocimientos locales y no únicamente en la existencia de un solo tipo de conocimiento verdadero; 2) señalaron que no podemos aspirar a un conocimiento universalmente válido del “mundo real”, pero podemos usar los símbolos de nuestro contexto para teorías viables o ficciones útiles que nos permitan negociar nuestro mundo real y 3) enfatizaron la importancia del lenguaje para la construcción de dichas realidades. Estas ideas dieron pie a una nueva visión, la cual se le dio el nombre de constructivismo.

El **constructivismo** involucra toda una escuela de pensamiento que se enfoca en estudiar la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva, proponiendo que un organismo no es nunca capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, y que solo puede construir un “modelo que se ajuste a ella” (Von Glasersfeld, 1984).

De esta manera, el constructivismo no tiene por objeto conocer la realidad, sino que solo intenta comprender cómo se construyen los modelos que tienen diferentes finalidades pragmáticas. Puesto que las especies, los organismos y los seres humanos difieren con respecto a sus metas pragmáticas (o de supervivencia), existen posibilidades casi ilimitadas para la construcción de diversas realidades (Simon et.al., 1997).

Estas teorías se aplican en el cuadro que el terapeuta se forma de una determinada familia así como también en las perspectivas (o realidades) del mundo que construyen las diversas familias. Las pautas de interacción adaptativas y no adaptativas de la familia están estrechamente ligadas a sus construcciones específicas de la realidad, y por lo tanto, son modificables mediante intervenciones destinadas a reconstruir esas realidades.

Algunos de los principales teóricos de este enfoque, como Von Glasersfeld, Von Foester, Watzlawyck, Maturana y Varela, consideraban que el conocimiento son solo imágenes que construimos para explicar nuestra realidad; sin embargo no existe un conocimiento verdadero, pues el principal objetivo es la búsqueda de explicaciones que nos permitan movernos y funcionar; por esta razón, los terapeutas constructivistas no buscan la verdadera causa de un problema, y parten del supuesto de que existen varias posibles maneras de representarse y explicar una determinada forma de actuar, sin que además exista manera de demostrar cual es más verdadera que otra. En este sentido, lo importante es buscar el procedimiento que nos permita resolver el problema de la mejor manera posible para el paciente. Los problemas –lo que una persona o una familia construyó como problema- y las soluciones –las metas del tratamiento- son siempre relativas; lo que para una familia constituye un problema, para otra puede ser lo más normal y lo que resuelve el problema para alguien, para otro no es una solución.

Para el constructivismo el mundo que experimentamos lo construimos automáticamente, nosotros mismos, pero no nos damos cuenta de la manera en que realizamos ese acto de construcción.

### **3.7 Construccinismo Social**

Hacia finales de los años ochenta, surge en los E.U.A., las teorías del construccionismo social; Kenneth J. Gergen, es conocido como uno de sus principales representantes en el campo de la psicología, quien propone el abandono de las metáforas mecanicistas de la cibernética, por las extraídas de la teoría literaria o antropología posmoderna.

El construccionismo social, parte del supuesto de que las ideas, los conceptos, los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, surge y se transforma en un espacio social, en el ámbito del mundo cotidiano, y es sólo a través del intercambio verbal que el individuo desarrolla un yo; esto es una narración acerca de sí mismo y del mundo que le rodea, enfatizando la idea de que no existen verdades sociales absolutas, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y a los demás. Según Gergen (1996), la sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto.

Esta postura, enfatiza el papel que juega la sociedad y la cultura, alejándose de las metáforas biológico-cibernéticas, que comparan a una familia con un organismo o una máquina (Hoffman, 1996), y términos como los de homeostasis y circularidad, son reemplazados por los de diálogo, conversación, construcción, resignificados, deconstrucción; para representar la manera en como construimos socialmente nuestro mundo. Las terapias posmodernas desde dicha posición, significan nuevos caminos para conversar, para hacer preguntas; diferentes modos de arranque terapéutico, que giran en torno a la co-construcción y proceso social.

Los terapeutas que se han visto influidos por el construccionismo social, replantean el significado de su trabajo clínico. Abandonan unas metáforas por otras; como parte del requerimiento de dar respuesta a las necesidades crecientes de apoyo terapéutico que prueben ser efectivas y optimicen de manera amplia los recursos del paciente y del terapeuta.

Los terapeutas que se asumen en la línea construccionista estipulan que utilizan el diálogo por encima de la intervención para modificar los significados, y ampliar el campo de lo posible. Terapeutas como Lynn Hoffman, Harlene Anderson y Harold Goolishian, se desvinculan del constructivismo para volverse hacia el construccionismo social. En 1994 Joan Aderman, Tom Andersen, H. Anderson, M. Frankfurt, Peggy Penn, Tom Russel y Kathy Weingarten; difunden los elementos del enfoque al que llamaron colaborativo, que concibe a la terapia como una colaboración entre personas con experiencias y perspectivas distintas más que como una relación entre un experto y los sujetos que piden ayuda (Elkaïm, 1996; citado en Eguiluz, 2004).

Anderson y Goolishian (1996) resumieron adecuadamente la influencia que esta nueva postura tiene en la terapia familiar; cuando dicen, “nuestra teoría de la terapia se desplaza rápido hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Esta concepción destaca que los significados, los crean y experimentan los individuos que conversan. Apoyándonos en esta nueva base teórica, hemos desarrollado algunas ideas que

trasladan nuestra comprensión y nuestras explicaciones de la terapia a la arena de los sistemas cambiantes, que solo existen dentro de la vaguedad del discurso, el lenguaje y la conversación. Esta postura anida en el ámbito de la semántica y la narrativa. Nuestra actual posición se apoya fuertemente en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo” (1996, p. 46)

Según esta perspectiva, la gente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humanos.

Esta posición constructivista cuando se aplica a la terapia se apoya en las siguientes premisas:

1. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. *El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos.*
2. El significado y la comprensión se construyen socialmente. *Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.*
3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto “problema”. *El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y disolución del problema.*
4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos: “conversación terapéutica”. *La conversación terapéutica ,es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del dialogo.*
- 5- El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. *En ella el terapeuta es un participante-observador y un participante facilitador de la conversación terapéutica.*

El salto epistemológico que se dió al incluir el papel del observador en la construcción de lo observado, sólo se afinó firmemente cuando se adoptó un nuevo nivel de análisis de los procesos sistémicos compuesto por el construccionismo social y la narrativa. Con la incorporación de este nivel de análisis, las terapias sistémicas expandieron su base conceptual al inscribirse dentro del construccionismo social que define la realidad como acuerdos narrativos co-organizados en conversaciones. El supuesto conceptual de este modelo es que el problema reside en la descripción del problema, y que consecuentemente, el cambio consiste en describir, esto es hablar acerca de los problemas de manera diferente, generando diferentes recuerdos y diferentes consecuencias.

## **B. MODELOS DE LA TERAPIA FAMILIAR**

A continuación, se describirá brevemente los principales modelos de la terapia familiar, que surgieron y se desarrollaron a partir de los supuestos epistemológicos anteriormente descritos.

### **3.8 Modelo Estructural**

Este modelo directivo de terapia familiar, fue desarrollado por Minuchin, quien trabajó durante mucho tiempo en el Philadelphia Child Guidance Clinic con familias de nivel socioeconómico bajo (Guerin, 1976). El modelo, se basa en el concepto normativo de familia funcional. Se insiste especialmente en los *límites* entre los subsistemas familiares y en el esclarecimiento y mantenimiento de una *jerarquía* clara, basada en la competencia parental para decidir todos los asuntos relacionados con la familia (Simon, et.al., 1997).

Los *límites* se encuentran constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su principal *función* es proteger la diferenciación del sistema o subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros y ser definidos con precisión, para que permitan a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferir. Deben además permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Para Minuchin una familia apropiadamente organizada, tendrá *límites* claramente marcados. El *subsistema marital* tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El *subsistema parental* tendrá límites claros entre él y los niños, mas no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El *subsistema de hermanos (fraternal)* tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos (Minuchin, 1990; Hoffman, 1998). De esta manera, la terapia estructural se encuentra encaminada en rediseñar la organización familiar, de tal forma que se aproxime lo más posible a este modelo normativo.

Existen dos extremos del funcionamiento de los límites, que influyen en la permeabilidad, la comunicación y las posibilidades de desarrollo de sus miembros: el aglutinamiento y el desligamiento. El *aglutinamiento* se caracteriza por: a) poca diferenciación entre los miembros de la familia, b) falta de autonomía, c) dificultad para la exploración y dominio independiente del problema y d) cuando un miembro de la familia tiene un problema, éste repercute intensamente sobre los otros. Por otra parte, el *desligamiento* se caracteriza por: a) un desproporcionado sentido de independencia, b) pocos sentimientos de lealtad y pertenencia, c) poca disposición para recibir ayuda y d) solo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con suficiente intensidad para activar los sistemas de apoyo de la familia (Umbarger, 1983, citado en Desatnik, 2004).

Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar es cuando se puede presentar el *síntoma*. Para su abordaje, se deben considerar dos aspectos importantes: el contexto y la atribución de responsabilidad compartida entre los miembros de la familia con relación al síntoma, en donde es importante *descubrir* cómo es que todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, *entender* cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar.

Una de las primeras tareas del terapeuta, consiste en *evaluar* las estructuras disfuncionales de la familia, como: el des-dibujamiento de las fronteras, la confusión en la jerarquía familiar y la existencia de coaliciones patológicas rígidas (triangulación). Por otra

parte, y casi simultáneamente, es importante que el terapeuta se conecte con la familia, lo cual implica el poder sincronizarse con el modo en que la familia piensa, habla y siente, a través de diferentes estrategias de coparticipación o bien interviniendo a través de movimientos de reestructuración (que cuestionan la estructura familiar) y reencuadre (cuestionamiento del síntoma) (Desatnik, 2004). De esta manera, puede *rastrear* la interacción familiar permitiendo o aún alentado el despliegue natural de las configuraciones familiares antes de intervenir directamente (Minuchin y Fishman, 1994; Simon, et.al., 1997).

El terapeuta utiliza una variedad de técnicas para reestructurar los límites difusos o rígidos de la familia en su conjunto y los de sus subsistemas, permitiendo así la formulación de estrategias nuevas y más eficaces para resolver los problemas. Con frecuencia, se ocupa de *desequilibrar* el sistema –proyectando por lo menos temporalmente, su influencia en un miembro o subsistema menos predominante- a fin de propiciar el pasaje a una estructura familiar más funcional. Asimismo, puede llamar la atención hacia las estructuras familiares que se manifiestan en el orden que adoptan al sentarse los miembros de la familia durante la sesión, modificándolo deliberadamente.

La terapia estructural suele desarrollarse a lo largo de tres a seis meses con entrevistas semanales, la terapia se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas, recurriendo a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas. De acuerdo con Minuchin (1979) *un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, con su contexto familiar, constituye una modificación de su experiencia subjetiva*; por tanto si la organización familiar se vuelve más “normal” el síntoma desaparecerá automáticamente.

Por otro lado, el concepto que se maneja de familia, la sitúa dentro de un movimiento continuo, de tal forma que al considerar sus procesos de desarrollo, se debe evaluar tanto el nivel de las pautas transaccionales como el de las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias familiares, la relación con otros individuos y el contexto social. Esto permite manejar un diagnóstico evolutivo que se modifica constantemente, de tal forma que en la medida en que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste a las intervenciones, proporciona al terapeuta aperturas para la intervención terapéutica lo largo del proceso.

En general, el terapeuta desea que los miembros de la familia practiquen nuevas maneras de relacionarse realizando una *representación* dentro de la sesión misma. Siempre que resulta posible, apoya el liderazgo de los padres y trata de quebrar las estructuras transgeneracionales disfuncionales, en las cuales los hijos asumen aspectos de los roles parentales, conduciendo a la familia, hacia pautas nuevas más adaptativas. Al hacerlo, el terapeuta asume, al menos temporalmente una posición jerárquica dominante con respecto a la familia y, en consecuencia, es capaz de intervenir en el sistema familiar. Una vez concluida la terapia, el terapeuta sigue presente, en cierto sentido, en la fantasía de la familia y, por lo tanto, puede continuar siendo un factor terapéutico en el sistema familiar (Simon, et.al., 1997).

Recientemente, Minuchin (2002) ha señalado que él se considera a sí mismo como un terapeuta estructural -estratégico-narrativo-. Esto implica que, además de reconocer como marco explicativo de lo que ocurre en la familia a la estructura y al mismo tiempo como foro de evaluación e intervención de la acción terapéutica, también recalca

el papel del terapeuta como parte integrante del sistema que mantiene una postura de unión y acomodamiento en la que puede moverse dentro y fuera del sistema según los requisitos de su acción con la familia, manteniendo una postura de liderazgo. Minuchin da mucha importancia a las construcciones que tiene la familia acerca de la realidad, a la forma como estas construcciones han influido sobre las experiencias de la familia a través de varias generaciones, por lo que insiste también en que el terapeuta tenga entre sus objetivos la comprensión de dichas premisas para tratar con la familia de co-construir narrativas alternativas. (Desatnik, 2004)

### **3.9 Modelo de Terapia Breve M.R.I.**

El Mental Research Institute (MRI) fue fundado por Don D. Jackson en 1959, en donde se comenzó a trabajar una investigación sobre la comunicación humana. El grupo inicial estaba formado Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se unieron Haley, Weakland y Watzlawick. Bateson fungía como investigador asociado y como profesor (Espinosa, 2004).

Los intereses del grupo en ese tiempo se relacionaban con la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, identificando aspectos importantes sobre la utilización de clases y categorías dentro del proceso comunicacional, siendo una de las contribuciones más importantes “la teoría del doble vínculo” (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Posteriormente a finales de la década de los años 60, se constituyó el proyecto de terapias breves, bajo la iniciativa de Richard Fisch, John Weakland, Paul Watzlawick y Lynn Segal principalmente, en el *Brief Therapy Center* del Mental Research Institute. El proyecto se inició con tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentaran las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pudiera ser comprendido y aplicado por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares.

Para la construcción del modelo, fueron retomadas diferentes ideas: *a) del pensamiento constructivista*, se tomó la idea de que tanto las familias como las personas construyen su propia realidad, pues no existe una realidad absoluta (Glaserfeld, 1996); *b) del trabajo de Milton H. Erickson*: se adoptó la idea de utilizar las llamadas “resistencias de la familia” como partes de la solución, de tal forma que los síntomas, las creencias rígidas, las conductas compulsivas fueran utilizadas como recursos a favor del proceso terapéutico (O’ Hanlon, 1993) y *c) de los estudios de Bateson*: se tomó la idea que señalan la existencia de una relación recursiva entre el significado y la acción, de tal forma que un cambio de visión respecto al problema, puede conducir a un cambio en la conducta del paciente (Espinosa, 2004).

El modelo se caracteriza por no buscar causas históricas, pues considera que toda conducta normal o problemática, está configurada y conservada de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta. Por tanto, el mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales y para eliminarlas o transformarlas se deben alterar los patrones de interacción familiar, que mantiene el comportamiento problemático.

En este sentido, es importante mencionar que el modelo no es normativo, pues no plantea un “deber ser”; cada persona lo establece, de tal forma que la meta es el objetivo

de cambio establecido por el paciente; no busca patología, dado que las cosas que pasan son un fenómeno social, no individual (no dentro sino entre personas); no es una terapia de crecimiento, ya que no intenta que el paciente se conozca más o clarificar la verdad. En todo caso, lo que el modelo intenta es redefinirla; se trabaja con un solo problema por tratamiento. Se buscan pequeños cambios, sobre la base de que éstos forman parte de un ecosistema y, por tanto, producirán otros cambios; principalmente (Espinosa, 2004).

Para lograr todo ello, el modelo de terapia breve tiene una forma definida de trabajo, una de sus características es el límite de tiempo, aproximadamente 10 sesiones por problema, cada una de ellas espaciadas semanalmente y con una duración de una hora (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). Cabe señalar que terapia breve no significa menos tratamiento sino mayor eficacia; entendiendo como terapia eficiente aquella dirigida a un objetivo específico.

El modelo considera a la familia como un sistema evolutivo que atraviesa por crisis o dificultades y cuyo mal manejo dará origen a problemas y/o síntomas particulares. El objetivo es alcanzar un cambio tipo 2 en relación a la solución intentada. El cambio tipo 1 hace referencia a los cambios que ocurren dentro de la misma clase de soluciones intentadas y que sólo contribuyen al mantenimiento del síntoma; el cambio tipo 2, supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1980).

De acuerdo con los autores, una dificultad se convierte en problema cuando se intenta resolver de manera equivocada, y después del fracaso, se aplica *más de lo mismo*, lo que conlleva al agravamiento y mantenimiento del problema, de tal forma que el síntoma es mantenido por los intentos de solución, mientras que los intentos de solución son mantenidos por el síntoma (Watzlawick, et.al., 1980).

Dentro del trabajo terapéutico, existen diferentes aspectos a considerar por el terapeuta, uno de ellos es la identificación del paciente real, es decir quién está motivado para cambiar, ya que a mayor motivación mayor probabilidad de éxito. Se puede ver a la familia completa, con fines de esclarecimiento, pero no necesariamente se trabaja con todos sus miembros. A este respecto el modelo hace una distinción entre "paciente" (el o los que presentan algún síntoma) y "cliente" (el o los miembros del sistema que están más preocupados y dispuestos a hacer algo). Por ello recomienda estar alerta de los llamados "falsos clientes", por ejemplo: cuando la persona hace cita para un tercero, o bien, cuando el paciente asiste a terapia porque fue obligado. Sin embargo, en un momento dado, un paciente podrá convertirse en cliente, si se logra establecer con él un contrato terapéutico (Fisch, Watzlawick y Segal, 1994).

El modelo plantea dos grandes categorías de intervenciones: las generales y las principales. Las *intervenciones generales*, pueden utilizarse en cualquier momento de la terapia: no apresurarse, cuestionar los peligros de una mejoría, hacer un cambio de dirección y discutir sobre cómo empeorar el problema; las *intervenciones principales*, son indicadas cuando se tienen datos suficientes en el contexto de los cinco tipos de soluciones intentadas: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a acuerdos mediante coacción, conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. (Fisch, et.al., 1994). Por último, las *técnicas de intervención específicas*, comprenden: la redefinición, las tareas, las prescripciones paradójicas y el uso de cuentos y metáforas.

El papel del terapeuta en este modelo es directivo, estratégico y presta mucha atención a los procesos y acciones que le permiten conservar la *capacidad de maniobra* en la terapia, la cual consistirá en saber cuál será la mejor manera de actuar en un tratamiento, poniendo en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso de la terapia (Fisch, et.al., 1994).

### **3.10 Modelo Estratégico**

Se considera que Jay Haley fue el primero en acuñar el término “estratégico” para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema (Haley, 1999); sin embargo, el término estratégico también se identifica con los planteamientos de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin (1974) relacionados con la solución de problemas (Hoffman, 1998). Para algunos, Haley es una figura de transición entre las posiciones estratégica y estructural, y hay quienes no pueden ubicarlo en algún enfoque porque consideran que durante su tiempo creativo osciló entre varios enfoques (Hoffman, 1998; Galicia, 2004).

A continuación, se describirá brevemente el modelo estratégico, tomando como referencia las principales ideas desarrolladas por Haley y Cloé Madanes. En una primera instancia, es importante mencionar que muchas de las ideas de Haley estuvieron influenciadas por los trabajos de Bateson y el trabajo de Milton Erickson, así como del modelo de terapia breve del MRI y de Minuchin. En 1974 Haley crea su propio programa, en el Instituto de Terapia Familiar de Washington.

La terapia estratégica es definida por Haley (1999) como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado para ver si ha sido eficaz.

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Se observa que la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia. cuyo común denominador es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en la gente. El terapeuta ha de ser muy sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por él mismo.

Una de las aportaciones más importantes a la terapia familiar fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se encontrara el paciente, definiendo las diferentes quejas en unidades sociales, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado (Haley, 2002). De esta manera, la queja es entendida como el resultado de la interrelación entre varios individuos, interrelación que está compuesta por una serie de actos y comportamientos que se encuentran de alguna manera “cristalizados”. La tarea del terapeuta en este sentido, estará enfocada en lograr modificar estos comportamientos.

Cabe mencionar, que desde el momento en que el paciente acude al terapeuta, éste también forma parte de ese entramado social; siendo el terapeuta un integrante más

de la unidad social en la cual se inserta el problema y/o queja del paciente. Asimismo, para Haley él paciente no es el único involucrado en el problema o queja, pues en torno a él intervienen otras unidades terapéuticas de intervención, por lo cual su propuesta incluye que también otros profesionales, familiares, grupo de pares, etc., que se encuentren en contacto con el problema y/o el paciente de una u otra forma, participen en la terapia, considerando también el contexto social en que esto ocurre. De esta manera, al ampliar la unidad terapéutica en unidades sociales más amplias, el terapeuta puede definir su campo de acción para resolver el problema del paciente (Haley, 2002).

Por otra parte, Haley se percató durante su trabajo en instituciones que dentro de la familia existe una organización, en la cual se ven implicadas jerarquías, y supone que la queja, la conducta inadecuada o el problema pueden presentarse, la mayoría de las veces, por confusiones en la jerarquía familiar, dando como resultado perturbaciones en la forma de adaptarse al ciclo de vida familiar por el cual se atraviesa (Haley, 2002, Galicia, M., 2004). Con base en ello, sugiere que la familia sea analizada como una organización social, en la cual están relacionadas las jerarquías, las reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, y quienes ocupan los niveles secundarios. Esta idea de jerarquía en la familia también está presente en Minuchin (1974), quien habla de diferentes niveles de autoridad en el sistema familiar y llega a emplear la frase de “poder jerárquico” para indicar la íntima relación existente entre esos términos (Galicia, 2004).

Siguiendo esta línea, Haley (2002) se atrevió a formular una regla fundamental: cuando en una organización social se establecen coaliciones secretas entre distintos niveles jerárquicos y, además, se presentan frecuentemente, esta organización entra en peligro; por lo cual una de las principales tareas del terapeuta, estará encaminada a identificar dichas coaliciones o distinguir las jerarquías confusas, y así restablecer las jerarquías de poder, hacia una jerarquía congruente. En este sentido, es importante aclarar que la jerarquía confusa que produce problemas familiares, no es considerada por Haley y Madanes como una lucha de poder o con el poder; pues su planteamiento considera que estos problemas son el resultado de un esfuerzo de la familia para esclarecer o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía familiar (Galicia, M., 2004).

Para Haley, la terapia es exitosa cuando se soluciona la queja o el problema del paciente, y para lograrlo, lo más importante es saber cuál es el problema y poder definirlo. De esta manera, la tarea inicial del terapeuta estará enfocada en cómo formular el problema y con base en ello, saber cómo resolverlo. Una de las sugerencias que propone el autor, es el que no hay tiempo límite para esa primera entrevista, en donde se prefiere que asistan todos los involucrados.

Haley (2002), comenta que la entrevista comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema. Por lo común, alguien solicita telefónicamente una entrevista, recogándose ya entonces cierta información. El terapeuta debe pedir que todos cuantos habitan en el hogar asistan a la primera entrevista. Al presentarse la familia, la entrevista recorre diferentes etapas: 1. *Etapa Social* (se saluda a la familia, procurando que se ponga cómoda); 2. *Planteamiento del problema* (se inquiriere acerca del problema presentado); 3. *Interacción* (se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí, de esta manera el terapeuta podrá identificar la pauta de comunicación, la organización jerárquica y la estructura particular de la familia) y 4. *Fijación de metas* (se solicita a la familia que especifique los cambios que se desea lograr). Finalmente, se fija día y hora para una nueva sesión, a la que asistirá toda la familia o parte de ella.

Por otra parte, una herramienta importante que posee el terapeuta, es la posibilidad de planear las técnicas terapéuticas que permitan cambiar las estructuras de organización inadecuadas, de tal forma que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Entre ellas se encuentran: las connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas (Haley, 1999; 2002).

En buena medida el tratamiento está orientado a la planeación y desarrollo de **tareas** para la familia, que permitan alcanzar los cambios deseados; las tareas permiten intensificar la relación entre la familia y el terapeuta: al decirles a aquellos qué deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, porque el individuo debe hacer o no hacer lo que él le pide, permaneciendo ligado a la familia en el período entre sesiones. Por otro lado, las tareas son utilizadas también para obtener información sobre la familia, tanto si cumplen o no la tarea, y muestran al terapeuta cómo responderán a los cambios deseados. Podemos hablar de dos tipos de tareas de manera general: **las tareas directas** que buscan decirle a la gente qué deben hacer con el propósito de que las cumplan; y **las tareas paradójicas** que se prescriben con el propósito de que la familia no las cumpla, es decir, de que la familia cambie por la vía de la rebelión (Haley, 1999).

“Las tareas deben impartirse clara y abiertamente a menos que se quiera ser confuso por alguna razón en particular. Se debe procurar que participen en ellas todos los miembros de la familia, se puede excluir a alguien por alguna razón pero no de manera accidental, aún al pedirle a alguien que se abstenga de intervenir, se le está dando algo que hacer. La tarea debe estructurarse como cualquier otro trabajo: con alguien que la ejecute, alguien que lo ayude, alguien que supervise, alguien que planifique, alguien que compruebe su ejecución, etc. El propósito de involucrar a todos en la tarea es hacer hincapié en la unidad familiar total, salvo en casos en que el terapeuta desee encomendar una tarea a una parte de la familia con abstención de los demás miembros. Asimismo, deberá poner cuidado en no perturbar la jerarquía interna de la familia, haciendo intervenir a niños en tareas de adultos”. (Haley, 1999, p. 71).

El diseño de la tarea debe considerar el problema presentado y la secuencia familiar que se presenta alrededor del problema, de tal forma que la tarea que se prescriba deberá ir dirigida a cambiar ambos aspectos.

En muchos casos, sobre todo cuando la tarea es muy compleja, Haley (1999, p. 72) sugiere que los miembros de la familia realicen un repaso de la tarea que deberán realizar, lo cual constituye un medio para asegurarse de que han comprendido bien lo que deben hacer. En esta línea, el terapeuta debe prever las dificultades que pueden surgir. A veces, mientras se les imparte una tarea, los integrantes de una familia entran a pensar en cómo zafarse de ella; cuando se advierte la posibilidad de que esto ocurra, la revisión irá seguida de un debate sobre las maneras en que creen poder eludirla. Cuando el terapeuta obra así, los mismos pacientes bloquean sus vías de evasión de la tarea y se comprometen más a ejecutarla.

En este sentido, un aspecto que Haley (1999, p. 77) señala como importante, es que al impartirse una tarea, se debe solicitar siempre un informe sobre la misma en la siguiente entrevista; pues por lo general, arroja uno de estos tres resultados posibles: *la tarea se ha cumplido, no se ha cumplido o se ha cumplido parcialmente*. En el primer caso, se felicita a la familia y se prosigue con la entrevista. En el tercero, es preciso

averiguar porqué no la han terminado; hay veces en que simplemente no han podido completarla por motivos concretos, pero hay otras en que carecen de excusas válidas. En este caso, Haley señala que el terapeuta no debe perdonarlos con ligereza, pues con eso les estará diciendo que sus directivas, y él mismo, carecen de importancia, tornando así menos probable que cumplan la próxima tarea que se les indique.

En éste último caso, Haley señala que lo mejor es manifestar que la familia ha fracasado, que no le han fallado al terapeuta, sino así mismos; es decir, censurarlos por haber perdido una oportunidad irrecuperable. Cabe destacar, que ésta reprimenda no debe llevar implícita la idea de que el terapeuta ha fracasado y se siente decepcionado; sino que debe enfatizar la idea de que ahora a la familia les será imposible apreciar cuán beneficiosa habría sido para ellos si la hubieran hecho. En el transcurso de la entrevista, cada vez que la familia señale alguna dificultad, el terapeuta podrá señalarles que es natural que la tengan, puesto que no han realizado la tarea, de este modo predisponen la situación de manera tal que la próxima vez que les indique una tarea la cumplirán (Haley, 1999, p. 78).

Por otro lado, es importante mencionar que Haley, fue uno de los primeros en plantear ideas pertinentes respecto a cómo debe darse la supervisión, en donde propone que se debe empezar con la primera entrevista y detectar entre otros aspectos: el empleo adecuado del encuadre de la entrevista, conseguir involucrar a todos los asistentes a la sesión, obtener el testimonio y/o información de otras personas importantes pero ausentes en la entrevista, la tolerancia del terapeuta para que la familia se sienta alentada a expresar sus problemas y puntos de vista, así como la tolerancia para soportar sentimientos violentos y/o desagradables para él, la flexibilidad para cambiar de enfoque cuando resulta infructuosa la obtención de información, el empleo de un repertorio amplio de formas de proceder y de actitudes frente a la familia, la motivación al cambio y la generación de esperanzas en los integrantes de la familia, a fin de incitarlos a realizar esfuerzos para lograr sus metas, principalmente (Haley, 2002).

### **3.11 Modelo de Milán**

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán, invitando a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. El equipo comenzó a trabajar siguiendo el enfoque del Modelo de Terapia Breve del MRI, influenciados fuertemente por las ideas de Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson.

Hacia el año de 1972, el grupo inicia una investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia<sup>2</sup>. (Rodríguez, G., 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). De esta investigación, los autores resaltaron tres hipótesis: 1) La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se auto-corrige a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás; 2) Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta-comunicación y 3) las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más de sus miembros, se

<sup>2</sup> Los reportes de esta investigación se encuentran en su libro *Paradoja y contraparadoja* (1986).

rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas.

Por tanto, si las conductas no son patologías, sino que son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986). Para lograr este objetivo, el equipo de Milán comenzó a proponer una serie de métodos, cuya meta se encontraba encaminada en descubrir dichas reglas y en descubrir como podrían incidir en el cambio de estas reglas.

Su trabajo incluía una ficha con los datos de las familias que solicitaban el servicio; en los casos de familias derivadas, se llamaba telefónicamente a la persona que remitía, escuela, hospital, etc. Se trabajaba en una sala amplia, con sillas movibles y un espejo unidireccional. El equipo estaba conformado por dos terapeutas hombres y dos mujeres, de los cuales una pareja hombre-mujer atendía el caso en vivo, y los otros dos observaban, detrás del espejo. El objetivo de trabajar por parejas, era el tratar de equilibrar al equipo en cuanto a cuestiones de género. Asimismo, propusieron un método para llevar a cabo la sesión que en adelante se extendería de manera más o menos generalizada a las otras escuelas de terapia familiar; la cual se encontraba desarrollada en cinco partes: 1) la pre- sesión, 2) la segunda parte o sesión es de duración variable, 3) en la tercera parte los terapeutas y observadores discuten la sesión y deciden como concluir, 4) En la cuarta parte los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión y 5) finalmente el equipo se reúne para hacer comentarios de la intervención final, las reacciones de la familia y hacer previsiones (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

Se trabajaba con tratamientos de 10 sesiones con un intervalo de cerca de un mes, período en el cual el equipo observó que las familias adecuaban las intervenciones al sistema relacional. Al comienzo se usaba la práctica de la sesión semanal y fue casualmente gracias a que algunas familias tenían que realizar largos viajes que se efectuaron entrevistas más distanciadas y así se descubrió que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces. A raíz de esto se extendió esta praxis a todas las familias, basados en la experiencia de que un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado. Las intervenciones desestabilizaban al sistema familiar, y requerían de un tiempo cercano a un mes para encontrar una nueva organización. Se definió entonces como *terapia breve larga*, ya que eran pocas sesiones distanciadas por períodos relativamente largos (Selvini et al., 1994).

De acuerdo con Cecchin (1994), en un inicio, se centraban en trabajar con la comunicación, ya no se contemplaba el interior de la persona, sino la forma en que éstas comunicaciones encajaban unas con otras en una red comunicacional. El trabajo del equipo se concentraba en analizar el juego que cada familia jugaba. Cuanto más patológica era la familia, más sencillo era descubrir su juego. Sin embargo, se encontraban seducidos por la idea del juego, y llegaron a pensar que la gente sólo se junta para pelearse. Por supuesto, la batalla no se establecía sólo entre los miembros de la familia, sino que incluían también al terapeuta. Se comenzó entonces, a utilizar un lenguaje estratégico, pues era necesario que el terapeuta tuviera control sobre la sesión, ceder, era como *perder la batalla*, para lo cual, el equipo diseñó sus propias armas, entre las que destacaban las intervenciones y mensajes paradójicos. En esta etapa, la principal función de los observadores era la de evitar que los terapeutas fueran tragados por los

juegos a los que la familia los invitaba. Con el tiempo, se dieron cuenta que esta forma de trabajo resultaba limitada, por lo cual sintieron la necesidad de un cambio conceptual.

En un segundo periodo, influidos por las ideas de Bateson, modificaron su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes, el foco de interés no está ya únicamente en el nivel de acción (patrones conductuales), sino también en el nivel del significado (creencias). Esto llevó a una apertura de la terapia, pues ésta podría ser una manera de ayudar a la gente a considerar otras alternativas. El equipo se volvió más autoreflexivo y pensaron que el juego no dependía solo de la familia sino también del terapeuta.

De esta manera, se comenzó a considerar diferentes principios con los cuales se llevaría a cabo la entrevista: la formulación de **hipótesis** sobre las razones que llevaron a la familia a buscar ayuda, sus expectativas y metas que espera alcanzar en la terapia, y el modo en que todo lo anterior se relaciona con la estructura interna de la familia con el problema actual. Estas hipótesis iniciales eran examinadas, confirmadas o corregidas mediante el proceso de las *preguntas circulares*.

**La circularidad**, se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo, de acuerdo a pautas particulares a las que identificamos como familias. Los miembros de las familias ponen de manifiesto su conexión en tanto comunican información en forma de lenguaje verbal y no verbal. Este lenguaje describe el intercambio de mensajes que, en los sistemas problema, son a menudo confusos e inaceptables para la familia. Las preguntas circulares definen y aclaran esas ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en la familia en forma de nuevas preguntas. De esta forma, el sistema familia-equipo terapéutico crean conjuntamente, por medio del lenguaje, sentidos múltiples que dan lugar a considerar un mayor número de alternativas en lugar de reducirlas.

El requisito necesario para ello, era la **neutralidad**, que involucraba un esfuerzo por parte del terapeuta para delinear patrones y buscar las formas de encaje de éstos, en lugar de buscar los por qué o las causas ligadas a juegos de poder y control. De esta manera, el terapeuta muestra una actitud de respeto, aceptación y curiosidad, hacia los miembros de la familia, sus creencias, valores y opiniones, permitiéndole la construcción de nuevas formas de acción e interpretación. Por otro lado, la postura de neutralidad le permite alcanzar el mismo grado de proximidad y distancia con todos los miembros de la familia, ayudándole a no ser arrastrado hacia el juego familiar (Simon, et.al, 1997; Cecchin, 1994; Selvini et al., 1994; Cecchin, 1987; Thoras, Rosenthal y Eleuridas, 1986).

Desde un comienzo se le aclara a la familia que el equipo terapéutico cumple el rol del "experto" y ocupa una posición jerárquica dominante. La insistencia en esta posición dominante permite al equipo terapéutico introducir información en el sistema familiar, crear y legitimizar nuevas posibilidades de conducta mediante las estrategias de reencuadre y prescripción de los síntomas, y evaluar la conducta de cada miembro de la familia de un modo que contradice la epistemología que tiene la familia de sí misma. Con estas estrategias de intervención, el equipo terapéutico tiende a crear un cambio de segundo orden en el sistema familiar. De conformidad con esta meta, la iniciativa, la actividad y la responsabilidad del cambio o no-cambio de la conducta familiar son restituidas a la familia misma, declarando su postura de no-directividad del terapeuta con respecto al cambio.

A finales de esta etapa, se construye la entrevista circular como método de intervención, las preguntas generaban nueva información que modificaba las creencias familiares, además de permitir a los terapeutas estar libres de las presiones por crear intervenciones, de tal forma que pueden reflexionar mucho más sobre la dinámica familiar.

En 1982 el grupo se divide en dos. Selvini y Prata se trasladan a la sede de Vialle Vittorio Veneto, en donde se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron el nuevo centro de investigación llamado Nuevo Centro para el Estudio de la Familia. Conformándose dos equipos, el primero con Mara y Prata, y el segundo con Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini. En su trabajo, destaca la creación de la prescripción invariable basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos. El objetivo de este trabajo, se encontraba encaminado en buscar un modelo básico disfuncional de las familias esquizofrénicas.

Boscolo y Cecchin, aunque siguieron con algunos de los lineamientos de la antigua escuela de Milán, incorporaron la perspectiva del tiempo, así como una postura más flexible en la cual consideran que la riqueza de tomar de cada modelo lo que es útil, facilita el trabajo terapéutico y lo enriquece. De esta manera han encontrado que los tiempos son subjetivos: el tiempo de la familia, el de la cultura, el de las instituciones, el del individuo, y que esta amplia subjetividad y diversidad requiere de una coordinación, ya que sin ella se corre el riesgo de contar con problemas, sufrimientos y aún patologías.

De acuerdo con Rodríguez (2004), la cibernética de segundo orden y los conceptos de Maturana, Varela y Ernest von Glasersfeld introdujeron la idea de que el observador es parte del sistema que observa y de la existencia de múltiples realidades; esto repercute en la cosmovisión de los referentes sistemas del que forma parte el miembro sintomático, o sea que el terapeuta deberá incorporar los supuestos o hipótesis de cada uno de los representantes de los distintos sistemas que conforman al sistema significativo, el cual está conformado por todas las relaciones entre las personas implicadas en el problema. Lo anterior permitirá la creación de una hipótesis más compleja que ofrece una imagen mucho más completa del sistema global .

Otro cambio es la duración de la terapia que está acorde con el modelo con el que se trabaja. En este caso, dado que la postura es que cada familia y cada persona tiene su propio tiempo, proponen que la terapia no se estipulará para un tiempo determinado, como lo hizo el primer equipo de Milán; de hecho, lo que proponen Boscolo y Cecchin es: "Nosotros pensamos que nuestra terapia tiende, desde la primera sesión, a poner en marcha posibles cambios, no vinculados a ningún programa ni a pasos establecidos de antemano (cada sesión es la primera)" (Boscolo y Cecchin, 1996, citado en Rodríguez, 2004).

Actualmente para Boscolo y Cecchin, el principio de neutralidad se ha modificado, ahora se encuentran más interesados en ser curiosos respecto a las distintas historias y narraciones que realizan los miembros de la familia, además de considerar la irreverencia como una postura del terapeuta, señalando el trabajo con los prejuicios del terapeuta y la posibilidad de trabajar con metáforas narrativas y conversacionales (Cecchin, Lane y Ray; 2003; Cecchin, Lane y Ray; 2002).

### **3.12 Modelo de Soluciones**

En la década de los 80 en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, aparece un modelo diferente que sigue también las líneas de pensamiento de las terapias

breves. El grupo estaba encabezado por Steve de Shazer y entre sus colaboradores destacan: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Poco tiempo después se incorpora también Wally Gingerich, John Walter, *O'Hanlon* y Michele Weiner-Davis (Espinosa, 2004).

La idea principal de este grupo, se enfoca en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas, por lo cual aporta una idea innovadora de cómo plantear el proceso psicoterapéutico. En este sentido, se alejan de los principios que sustentaban y apoyaban el concepto de resistencia, centrándose en las excepciones que constituyen una alternativa con mayor utilidad, considerando que las soluciones son más importantes que los problemas y que por lo tanto hay que centrarse en los aspectos de la situación particular relacionados con la solución (Hudson y Weiner, 1990).

Para lograr esto, el terapeuta se centra particularmente en el lenguaje y en la forma en que los pacientes describen sus problemas y a ellos mismos, pues a partir de esta información el terapeuta puede utilizar los significados que aparecen en la conversación y los emplea en un proceso de negociación. La conversación es una vía para el cambio, en la cual paciente y terapeuta construyen juntos una realidad.

Se establece que los problemas que la gente lleva a terapia son patrones del lenguaje, pensamiento y acción constantemente cambiantes. La visión interaccional de la conducta humana, supone que es posible desarrollar nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática (Espinosa, 2004). Para ello, el terapeuta se adapta al lenguaje del cliente propiciando un acercamiento empático y cooperativo, que permita establecer objetivos alcanzables y lo suficientemente concretos para identificarlos cuando se hayan logrado.

Este enfoque trabaja con sistemas familiares completos, subsistemas o individuos que acuden solos a terapia. Al igual que en el enfoque de problemas, se atiende en la terapia a quien está realmente motivado para acudir y realizar los cambios. Se puede empezar con una persona y el proceso mismo lleva, en ocasiones, a incluir a otros miembros o a la familia completa; aunque también se puede dar el caso contrario, comenzar con una familia entera y luego descomponerla en grupos más pequeños.

La estrategia terapéutica consiste en alterar el sistema de creencias que impide percibir cambios en la situación sintomática. Para lograr esto, el terapeuta dirige al paciente hacia las **excepciones o soluciones eficaces**, estableciendo o ampliando aquellas diferencias entre lo que ocurre cuando el problema está presente y cuando no lo está. Estas diferencias en ocasiones suelen pasar inadvertidas para el paciente quien al centrar totalmente su atención en el problema no puede percibir las o les resta importancia.

Dentro del proceso, el terapeuta se dedica a generar soluciones, para lo cual utiliza cualquier elemento que el paciente traiga a la terapia (**cooperación**), no solo las excepciones al problema, sino también las conductas negativas, las cuales se pueden connotar o reformular como intentos de solución. Se necesita solamente un pequeño cambio, para que éste pueda generalizarse a otras áreas.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. Este tipo de intervención conduce a que los pacientes obtengan una nueva visión más productiva y

optimista de su situación, generalmente desde la primera sesión, lo que acelera la presentación de cambios significativos y hace que éstos sean duraderos.

Para lograr estos cambios, el terapeuta puede utilizar diferentes técnicas de intervención, entre las que destacan: el uso de preguntas presuposicionales sobre el problema, las redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, intervenciones sobre el patrón del contexto y elogios. (Hudson y Weiner, 1990).

La terapia termina cuando se cumplen las metas establecidas o el cliente decide dejar de asistir. En ambos casos se pregunta por las estrategias utilizadas con éxito para solucionar el problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro (O'Halon y Hudson, 1990).

### **3.13 Modelo de Terapia Narrativa**

A finales de la década de 1970, Michael White (Australia) comenzó a interesarse por las ideas de Gregory Bateson sobre el “*método interpretativo*” (1972,1979), y estudió la manera en cómo podría utilizarse estas ideas dentro del trabajo con las familias. Esto constituyó el inicio del trabajo que más tarde desarrollaría con David Epston (Nueva Zelanda), relacionándolo con otras ideas del construccionismo social, el postmodernismo y las ideas de Michael Foucault en torno a la metáfora de poder y el relato. (White y Epston, 1993).

De acuerdo con White y Epston (1993), la manera que **narrar** nuestra vida, depende de los acuerdos sociales; los cuales pueden presentar un hecho como verdadero o falso. No obstante, es el significado que las personas le atribuyen a los hechos lo que determina el comportamiento que se tenga. Se puede decir que esta narración es un relato, o una autonarración. El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores. Puesto que todos los relatos tienen un comienzo (o historia), un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales está tan determinada por el pasado como moldeada en el futuro. (White y Epston, 1993; p. 27).

La estructuración de una narración requiere la utilización de un proceso de selección por medio del cual dejamos de lado, de entre el conjunto de los hechos de nuestra experiencia, aquellos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos acerca de nosotros mismos. Así, a lo largo del tiempo y por necesidad, gran parte de nuestro bagaje de experiencias vividas queda sin relatar y nunca es “contado” o expresado. Permanece amorfo, sin organización y sin forma.

White y Epston (1993), señalan que si aceptamos que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se deduce que estos relatos son constitutivos: modelan las vidas y las relaciones. De esta manera, la *analogía del texto*, se convierte en un abordaje terapéutico que posibilita conocer la diferencia entre un relato dominante y un relato alternativo, y a la vez sitúa los eventos en el tiempo, para mirar los relatos en su contexto sociopolítico y percibir el comienzo de las relaciones presentes y sus expectativas en un futuro.

Cuando las familias experimentan problemas, éstos son percibidos y contruidos a partir del significado que cada uno de sus miembros atribuyen a los hechos, y este significado es lo que determina su comportamiento; por lo cual, se debe explorar cómo es que las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen, inadvertidamente, a la supervivencia del problema. Para lograr tal conocimiento, White y Epston han propuesto el método conocido como la *externalización del problema*, método que funciona como un mecanismo para ayudar a los miembros familiares a apartar las descripciones de la vida familiar y de sus relaciones saturadas por el problema de aquellas descripciones de la vida familiar y de sus relaciones en las que el problema no los satura. La externalización, como tal, 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.

En este sentido, la *terapia*, constituye un elemento importante, pues ayuda a la gente a localizar, generar y traer historias alternativas que ofrecen un distinto sentido a los pacientes sobre ellos mismos y una distinta relación con los problemas. Busca que una nueva y mejor historia pueda emerger. La nueva historia ilumina a la persona o a la familia al mediar entre pasado, presente y futuro a través del curso de sus vidas y sus problemas. Las personas comienzan a adoptar una postura más activa con relación a sus problemas, haciéndose cargo de ellos y no de manera inversa (White y Epston, 1993; p. 21). Para lograr esto, White y Epston, (1993) señalan la importancia de no enfocarse en las causas de los problemas, sino en la forma en como evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo.

“El primer paso para construir una historia, es separar a la gente de la vieja historia o la **historia saturada del problema** que les ocasiona impotencia o frustración. Guía a las familias a participar en lo que llama **conversaciones externalizadoras** acerca de sus problemas, el problema es una entidad separada, externa a la persona que lo tiene, se trata de una entidad con vida propia la cual domina a la persona o a la familia. Esta externalización ayuda a entender a los miembros de la familia que los problemas no son las relaciones familiares ni personales. Más bien es la relación del sujeto con el problema o el problema mismo lo que traen dificultades. La externalización permite nuevas opciones para escapar a la opresión de los problemas, los distintos miembros de la familia o personas involucradas pueden trabajar juntos para derrotar al problema más que culpar a otro por esto” (White, 1994; White y Epston , 1993).

De igual forma, el proceso de externalización del problema, permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante, a lo que White llamó *acontecimientos extraordinarios*. Cuando se identifican acontecimientos extraordinarios, puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos, lo cual requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona, denominada: *relato extraordinario* (White y Epston , 1993, p. 55-56).

Una vez realizado el proceso de externalización, White y Epston plantean una serie de preguntas que alientan a las personas a localizar, generar o resucitar historias alternativas que expliquen los acontecimientos extraordinarios y/o conduzcan a las

personas a investigar qué indican estos nuevos datos acerca de los atributos y cualidades de ellas mismas y de sus relaciones. De esta forma, al tomar en consideración estas preguntas y responderlas, las personas obtienen descripciones extraordinarias y nuevas de sí mismas y de sus relaciones (White, 1993).

El tipo de preguntas propuestas por White (1993), se pueden agrupar en dos grupos principalmente; aquellas que exploran la *influencia relativa* del problema y aquellas que *describen la influencia del problema*, en la vida de las personas y sus relaciones. El primer tipo de preguntas, son útiles al identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar preguntas en el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. De esta manera, se obtiene un cuadro en donde se observa de qué manera y en dónde ha influido el problema sobre la vida de las personas y sobre las relaciones que tienen entre sí dichas personas. El segundo grupo de preguntas, invitan a las personas a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones sobre la vida del problema. Este cuestionamiento ayuda a las personas a identificar sus competencias y recursos ante la adversidad, poniendo de manifiesto que han existido momentos en su vida o en la interacción con sus familiares o seres queridos en los cuales el problema no se ha presentado o, mucho mejor, lo han dominado. Este segundo tipo de cuestionamiento fomenta que se ponga de manifiesto los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas.

Con base en lo anterior, White sugiere que el problema depende de sus efectos para sobrevivir, pero al no permitir que afecte en la gente, los clientes cortan el sistema base de vida del problema. La gente empieza a percibir su relación con el problema como diferente y empieza a salir de la opresión. Con la preguntas se cambian sus historias sobre ellos mismos y sobre otros. Esto permite al cliente reescribir sobre el mismo y sobre su historia familiar.

Un aspecto importante, de este enfoque, es la inclusión de documentos escritos que fortalecen la historia alternativa, tales como cartas, reconocimientos, certificados, diplomas, etc., que proporcionan al cliente una nueva historia sobre sí mismo y su problema convirtiendo una vivencia en una narración que abre la puerta a otras narraciones. Cabe señalar que no existe restricción alguna sobre el momento, lugar o forma de hacer llegar los documentos. El terapeuta decidirá si le entrega al cliente una carta elaborada en ese momento, si de una sesión a otra le entrega el reconocimiento o si se lo envía por correo. Los documentos mantienen la visión externalizadora del problema y se usan para validar los esfuerzos del cliente por luchar contra el problema que le ataca, validando los logros (White y Epston , 1993).

### **3.14 Modelo de Terapia Colaborativa y Conversacional.**

A finales de la década de 1980 y a principios de los años noventa, surgió una corriente de terapeutas que exponían una serie de dudas y reflexiones sobre la teoría y práctica clínica que, dentro de la psicoterapia familiar y sistémica, se estaba llevando a cabo en ese momento. Entonces se empezó a hablar del “giro interpretativo” (Beltrán, 2004), caracterizado por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia, y en particular, por los enfoques colaborativo y de equipos reflexivos.

Harlene Anderson y Harold Goolishian iniciaron el desarrollo del enfoque colaborativo. Esta postura retoma la metáfora de la narrativa, del poder del lenguaje y de

las historias con que la gente se sostiene a sí mismo (Reséndiz, 2004). Este grupo empezó a trabajar formalmente desde 1977, con la fundación del Galveston Family Institute (Beltrán, 2004). En un inicio, su trabajo estuvo influenciado por las teorías y prácticas terapéuticas derivadas del Mental Research Institute; así como de las teorías de la cibernética de primer y de segundo orden, que sirvieron para la construcción de metáforas explicativas de las problemáticas presentadas por los pacientes y sus familias. Sin embargo, muchas de las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico cibernético serían abandonadas, al encontrarse con la obra de Humberto Maturana sobre la biología del lenguaje, así como del construccionismo social y la hermenéutica.

Comenzaron a considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, concibiéndolo como un evento generativo, la esencia del diálogo, y por lo tanto, la esencia del proceso terapéutico. La teoría desarrollada entonces por Anderson y Goolishian se conoció como sistema determinado por el problema y enfoque de organización y disolución del problema. Posteriormente (aproximadamente en 1987) dichos autores le llamaron enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración (Beltrán, 2004).

Dentro de éste modelo, Anderson y Goolishian sostienen conversaciones empáticas sobre las situaciones que traen a la gente a terapia, de las cuales emergen nuevos significados; su estilo se caracteriza por llevar una conversación fluida, corriente y no directiva (Nichols y Schwartz, 1995). Las teorías de la terapia, se desplazan hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Esta concepción destaca que los "significados" los crean y experimentan los individuos que conversan. Esta postura se apoya en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.

De acuerdo con ésta perspectiva, la gente vive y entiende su vida, a través de las realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan (Anderson, 1997). Algunos de los principios que siguen en el desarrollo de su trabajo son:

- Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado,
- La construcción de la realidad es una acción social más que un proceso mental e independiente del individuo;
- La mente individual en realidad es una composición social y el self es relacional
- La realidad y los significados que atribuimos a nosotros mismos, a los otros, a las experiencias y eventos de nuestras vidas es un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversación y en acción a través del lenguaje con otros y con ellos mismos
- El lenguaje es generativo, da orden y significado a nuestras vidas y a nuestro mundo, y funciona como una forma de participación social
- El conocimiento es relacional y es generado en el lenguaje en nuestras prácticas diarias

Estas premisas ponen énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato, en la medida en que influyen sobre nuestra teoría y nuestro trabajo clínico. Al adoptar este punto de vista apoyamos la posición de no expertez del terapeuta en la comprensión que se desarrolla a través de la conversación terapéutica.

Parte de la participación de estos teóricos es la convicción de que los pacientes frecuentemente no son escuchados por sus terapeutas, razón por la cual el desarrollo de un nuevo significado descansa sobre la novedad y lo distinto, sobre el no saber que es lo que el terapeuta está a punto de escuchar. Las narraciones permiten (o impiden) una percepción personal de libertad o competencia para dar sentido y para actuar (mediación). Esta liberación, de acuerdo con Anderson y Goolishian (1997), exige abandonar el concepto tradicional de separación entre terapeuta y paciente; se concibe al paciente y al terapeuta juntos dentro de un sistema que se desarrolla por encima del transcurso de la *conversación terapéutica*. Ambos influyen en el significado del otro y generan un significado compartido y dialógico, que sigue cambiando a lo largo del tiempo. En terapia, la conversación será el despliegue de estas posibilidades todavía inexpresadas de estos relatos *aún no contados*.

Las preguntas, en este sentido, constituyen la herramienta del conocimiento del terapeuta, pues desarrollan responsabilidad y una escucha activa, atendiendo las necesidades del paciente, lo cual permite comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser. Cada pregunta viene de una honesta y continua postura terapéutica de *no entendimiento*. Las preguntas no son generadas por una técnica o un formato de preguntas. Esta posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del paciente, pues es él paciente, el experto en su propio problema. Al llevar a cabo esta postura, se crea el espacio para llevar a cabo una conversación terapéutica, que hace referencia a la búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los problemas (Anderson y Goolishian, 1996).

A medida que el diálogo se desenvuelve, se crea la nueva narración, la narración de historias *aún no contadas*. Para lograr este tipo de conversación, de acuerdo con Anderson y Goolishian, el terapeuta adopta una postura de ignorancia, lo cual expresa la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho, y no trasmite en modo alguno opiniones y expectativas, pues su objetivo es ser *informado* por el paciente. Cuando el terapeuta muestra curiosidad y aprecio por la realidad del paciente, atrae la curiosidad del propio paciente, de tal forma, que hace sentir a los pacientes que su historia ha sido escuchada y los ayuda a escuchar otra historia. De igual forma, el terapeuta, confía en la explicación que le da su paciente, se une al él en la exploración de la comprensión y la experiencia de éste, lo cual proporciona a los pacientes movimiento conversacional, pues ya no tienen que convencer al terapeuta respecto de sus ideas. De esta manera, la postura de los terapeutas de la corriente colaborativa se enfoca en dotar de poder a las familias, y cambiar la terapia a una búsqueda de nuevas opciones y entendimiento.

### **3.15 Equipo Reflexivo**

Tom Andersen, médico y psiquiatra noruego, comenzó plantearse en la década de los 70's diversos cuestionamientos sobre el efecto social de la enfermedad, del sufrimiento y del dolor humano, en su trabajo como médico. Posteriormente, en su ejercicio como psiquiatra, organiza un grupo formal de profesional que tenían como objetivo reducir la tasa de internamientos; comenzó a estudiar y aplicar diferentes procedimientos de modelos de terapia familiar, entre los que destacan los trabajos de Minuchin, Haley, Watzlawick y del equipo de Milán; sin embargo no logró los resultados que esperaba en su práctica como terapeuta, lo que lo llevó a generar una modalidad nueva de trabajo (Andersen, 1994).

El trabajo que realizaba Andersen antes de 1984 (al estilo de la escuela de Milán), se caracterizaba por decir a los pacientes lo que tenían que hacer y cómo debían ver o comprender el problema. Las entrevistas, se hacían desde la perspectiva de ideas preconcebidas acerca de cómo podían explicarse los problemas de los pacientes, de tal forma, que las preguntas tenían el propósito de confirmar o invalidar las ideas de los miembros del equipo respecto a determinados patrones de relación o a ciertas pautas de relación (Beltrán, 2004).

De acuerdo con Andersen (1994), el trabajo con equipo reflexivo (como él empezó a denominarlo en 1985) surgió aproximadamente en 1984, cuando después de trabajar por varios años con la modalidad de equipo terapéutico, comenzó a sentir incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto y a enfrentar, junto con sus colaboradores, los dilemas que se presentaban cuando tenían que decidir sobre cuáles de los comentarios y las intervenciones discutidas en el equipo darían a sus pacientes. Esto los llevó a cuestionarse el porqué de que ocultaran las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los pacientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los pacientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos.

Dentro de este modelo, los conceptos centrales son el lenguaje como conversación y la colaboración como una actitud terapéutica. Las implicaciones de asumir una postura colaborativa se asocian con la forma en que, en el encuentro psicoterapéutico, se definen las relaciones, las identidades de los participantes y la terapia misma. El discurso del terapeuta, y de los participantes en el equipo, ocupan por consiguiente un lugar entre otras posibilidades disponibles, sin ser trascendentalmente superiores, sino diferentes en cuanto a las consecuencias dentro del proceso terapéutico.

De este modo, los sistemas humanos son comprendidos como sistemas generadores de lenguaje y significado. El sistema terapéutico es comprendido como un sistema lingüístico en el cual el paciente y el terapeuta crean significados de manera conjunta; dichos significados son únicos y apropiados para la situación y para las personas que participan en la conversación.

Para Andersen tenemos dos conversaciones, una de ellas es una *conversación externa* con los otros y la otra es una *conversación interna* con nosotros mismos. Lo que sucede en la conversación externa se convierte en una perspectiva más dentro de la conversación interna. El entrevistador espera una pausa en el flujo de la conversación del sistema para hacer su pregunta; algo de lo que se diga va a ser particularmente importante en la cabeza del entrevistador, lo que va a generar una *apertura*, que pueden ser consideradas como incitaciones para continuar el diálogo. Nunca se puede saber que camino seguirá el diálogo (Andersen, 1996; Andersen, 1995, citado en Reséndiz, 2004).

En este método los observadores vienen del otro lado del espejo unidireccional y discuten lo que oyeron en la sesión mientras la familia y el terapeuta los escuchan. Posteriormente se le pregunta a la familia por la reacción que provoca en ellos lo que vieron y escucharon del equipo. Mientras este procedimiento se lleva a cabo, el terapeuta sigue al paciente, su conducta no verbal, es decir, como reacciona al escuchar las diferentes voces, cómo el paciente se expresa con palabras y cómo en otros momentos, el paciente cierra sus oídos ante ciertos mensajes (Andersen, 1994).

Las guías que utilizan para la reflexión de los miembros del equipo en la sesión son: sólo se comenta lo que se presentó en la entrevista; las ideas son presentadas tentativamente; los comentarios son formulados como positivos, o al menos no como atributos negativos o comentarios culpabilizantes; los miembros del equipo mantienen contacto visual mientras conversan; se comparten las percepciones, pensamientos e imágenes que los miembros del equipo tuvieron; las reflexiones intentan presentar distintos lados de un dilema moviéndose de una posición de esto “o” lo otro, a esto “y” lo otro; las reflexiones no deben ser muy usuales ni muy inusual en cuanto al estilo, ritmo y palabras usadas en la conversación; no se usan diagnósticos ni términos psicológicos; los terapeutas deben tratar de usar el lenguaje y las metáforas de los clientes (Reséndiz, 2004; Beltrán, 2004).

Una vez que el equipo reflexivo ha participado, se le reitera a los pacientes que tomen lo que ellos quieran de lo que escucharon y se les pregunta si desean comentar algo en ese momento o si quisieran llevárselo a casa para reflexionarlo un poco más. En caso de que quieran hablarlo en ese momento, se les pide que digan lo que escucharon y la reacción que provocó en ellos.

Las diversas experiencias con equipo reflexivo que han sido reportadas, lo ubican como una forma de trabajo que permite al cliente escuchar diversas historias, poco usuales, que le permiten construir nuevos significados y dirigirse al cambio que desea. Este proceso produce apoyo y un ambiente de honestidad en el que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia debido a la interacción directa con ellos.

**3.16 Integración de Modelos**

A continuación integro las influencias más importantes de cada modelo de terapia familiar a partir de los expuesto anteriormente y algunas características en las que coinciden o discrepan los distintos modelos.

**Tabla 1. Principales influencias de los modelos de Terapia Familiar**

	TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	PRIMERA CEBERNETICA	SEGUNDA CIBERNETICA	MODERNISMO	POSMODERNISMO	CONSTRUCTIVISMO	CONSTRUCCIONISMO SOCIAL
M.R.I.	○	○		○	○	○	
ESTRUCTURAL		○		○			
ESTRATEGICO	○	○		○			
MILAN (SELVINI, BOSCOLO, CECCHIN Y PRATA)	○	○		○			
MILAN (BOSCOLO-CECCHIN)	○	○	○	○	○	○	○
SOLUCIONES	○		○		○	○	
NARRATIVA			○		○		○
CONVERSACIONALES			○		○		○
EQUIPO REFLEXIVO			○		○		○

En la tabla 1 se muestran las principales influencias epistemológicas que influenciaron a cada uno de estos modelos, de acuerdo a lo descrito en el presente capítulo. Es importante mencionar que cada uno de estos modelos pudieron haber estado expuestos a otras influencias que no aparecen reflejadas en el cuadro y/o que actualmente se encuentren dirigidos a otras direcciones; las tablas 2 y 3 muestran las principales coincidencias y diferencias entre los modelos de terapia familiar. Los contenidos que se muestran se retomaron de los modelos anteriormente citados en el marco teórico. Las categorías a partir de las cuales se realizó este análisis se basaron del trabajo realizado por Reséndiz, (2004).

**Tabla 2. Características de los modelos de Terapia Familiar**

MODELO	PRINCIPALES AUTORES	FOCO DE INTERES DEL MODELO		PUNTUACIÓN		NIVEL PREDOMINANTE AL QUE VA DIRIGIDA LA INTERVENCIÓN	
		PROCESO	ESTRUCTURA	JERARQUIA	CAUSALIDAD CIRCULAR	INFORMACIÓN/SIGNIFICADOS	COMPORTAMIENTO/INTERACCIÓN
M.R.I.	WATZLAWICK, FISCH, WEAKLAND, SEGAL	○			○		○
ESTRUCTURAL	MINUCHIN		○	○		○	○
ESTRATEGICO	HALEY, MADANES		○	○			○
DINAMICO SISTÉMICO INTEGRATIVO	MACIAS		○	○			○
MILAN	SELVINI, BOSCOLO, CECCHIN Y PRATA	○		○	○	○	○
MILAN	BOSCOLO-CECCHIN	○	○		○	○	○
SOLUCIONES	DE SHAZER, O'HANLON	○			○		○
NARRATIVA	WHITE Y EPSTON	○			○	○	
CONVERSACIONALES	ANDERSON, GOOLISHIAN Y HOFFMAN	○			○	○	
EQUIPO REFLEXIVO	TOM ANDERSEN	○			○	○	

**Tabla 3. Características de los modelos de Terapia Familiar**

MODELO	FOCO DE ATENCIÓN EN EL TRATAMIENTO		ROL DEL TERAPEUTA		PRESCRIPCIÓN DE TAREAS		MIEMBROS CON QUE SE TRABAJA EN LAS SESIONES		
	EVOLUCIÓN DEL SISTEMA	PROBLEMA PRESENTE	DIRECTIVO	NO DIRECTIVO	SI	NO	TODA LA FAMILIA	LAS PERSONAS INVOLUCRADAS CON EL PROBLEMA	ABIERTO A LAS PERSONAS INTERESADAS EN MODIFICAR LA CONDUCTA SINTOMÁTICA
M.R.I.		○	○		○			○	
ESTRUCTURAL	○	○	○		○		○		
ESTRATÉGICO		○	○		○		○		
MILAN <sup>3</sup>	○	○	○		○		○		
MILAN <sup>4</sup>	○			○		○			○
SOLUCIONES		○	○		○			○	
NARRATIVA	○	○	○		○			○	
CONVERSACIONALES	○			○		○			○
EQUIPO REFLEXIVO	○			○		○			○

A continuación se presenta el desarrollo y aplicaciones de competencias profesionales, en donde se describe las principales habilidades adquiridas a lo largo de la formación como terapeuta.

<sup>3</sup> Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata

<sup>4</sup> Cecchin-Boscolo

## **CAPITULO IV. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

### **A. HABILIDADES CLÍNICO TERAPÉUTICAS**

A largo de los dos años de residencia, realicé diferentes actividades dentro de la práctica psicoterapéutica, ya fuese como observadora dentro del equipo terapéutico, o bien, como terapeuta y/o coterapeuta en el manejo de los casos clínicos; las cuales me permitieron adquirir, fortalecer y mejorar diferentes habilidades clínicas, de detección, evaluación sistémica y tratamiento, entre las que se encuentran:

- El analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegándome a las normas de la ética profesional.
- Aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios (modelo estructural, estratégico, breve enfocado a problemas o soluciones, narrativa, de Milán y posmodernos).
- Desarrollar capacidad de observación del proceso terapéutico.
- Brindar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
- Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.
- Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- Elaborar reportes de tratamiento.
- Entrevistar, generar una relación de colaboración
- Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio.
- Evaluar el tipo de problema y opciones de solución.
- Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.
- Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones.
- Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario.
- Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
- Adquisición de técnicas de enganche, alianza terapéutica y tratamiento en general.

Uno de los propósitos de la Programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se enfocó en el desarrollo de nuestras capacidades y habilidades como terapeutas dentro del trabajo clínico en la sede correspondiente. De esta manera, se pusieron en práctica los principios teóricos, las técnicas e intervenciones basadas en los diferentes modelos revisados, dependiendo de la demanda del servicio, objetivos del centro y de los modelos de intervención seleccionados.

A continuación presento: 1) la integración del trabajo clínico de aquellas familias en las que participé directamente como terapeuta y/o coterapeuta; 2) la descripción y análisis teórico-metodológico de tres casos clínicos, y finalmente, 3) el análisis del sistema terapéutico total.

**4.1 Integración del trabajo clínico por familia**

En este apartado, se presenta en forma de tabla, el total de casos clínicos que atendí a lo largo de la residencia como terapeuta y/o co-terapeuta, describiendo brevemente las características principales de la población atendida. Posteriormente en forma de gráficas se ilustran las estadísticas y porcentajes del total de casos atendidos, así como una breve descripción de cada uno de los cuadros:

**Tabla 4. Integración de los casos atendidos como terapeuta o co-terapeuta**

Familias	Estructura familiar	Ciclo vital de la familia	Motivo de consulta	Modelo de terapia familiar utilizado.	Modalidad de Trabajo Terapéutico	Número de sesiones.	Alta, baja o en proceso terapéutico.
Casos 1-2	Nuclear	Con hijos en etapa adolescente	Conflictiva marital, violencia familiar y divorcio-separación	Dinámico sistémico integrativo	Co-terapia	10	Alta
			Proceso de individuación de los hijos y establecimiento de límites entre subsistemas	Terapia Breve y Soluciones	Co-terapia	13	Alta
Casos 3-4	Semi-extensa	Con hijos pequeños, en etapa escolar, adolescentes y adultos jóvenes	Manejo de la ansiedad y conflictiva marital	Terapia Breve	Co-terapia	14	Alta
			Conflictiva marital y violencia familiar	Narrativo y con Equipo Reflexivo	Co-terapia	19	Alta
Caso 5	Nuclear	Con hijos en etapa adolescente	Manejo de la enfermedad, establecimiento de límites con los hijos y proceso de individuación de los hijos	Estructural y Milán	Un solo Terapeuta	23	Alta
Caso 6	Extensa	Con hijos pequeños	Conflictiva marital	Terapia Breve	Un solo Terapeuta	7	Baja
Caso 7	Nuclear	Con un hijo en edad escolar	Conflictiva marital, infidelidad y violencia familiar	Terapia Estratégica	Un solo Terapeuta	2	Baja
Caso 8	Nuclear	Con hijos adultos jóvenes	Infidelidad y divorcio-separación	Terapia Breve y Soluciones	Un solo Terapeuta	11	Alta

La tabla anterior muestra algunas características del total de los casos clínicos que atendí a lo largo de la residencia como terapeuta y/o co-terapeuta. Lo primero a señalar es que dos casos clínicos fueron divididos como dos procesos terapéuticos diferentes pues en ambos casos después de haber realizado el cierre y haberlos dado de alta, iniciaron otro proceso terapéutico con un motivo de consulta diferente. La situación de ambos casos se describe brevemente a continuación:

**Casos 1-2<sup>1</sup>:** Se trata de una familia compuesta por cinco miembros, que solicitan ayuda por las constantes peleas de los padres. El proceso se definió como un problema de pareja, por lo cual los tres hijos dejaron de asistir a la terapia. A lo largo del proceso se trabajó el tema de divorcio-separación, así como las diferentes conflictivas maritales. Dentro de los logros obtenidos, destaca la toma de decisión respecto al trabajar una buena integración de la pareja conyugal y la modificación de las pautas de interacción y comunicación en la pareja. Una vez concluido el proceso terapéutico, la madre y las hijas se comunicaron nuevamente con los terapeutas, expresando su interés por seguir con la terapia, estableciendo un nuevo motivo de consulta que destacaba el proceso de individuación de las hijas y el establecimiento de límites entre el subsistema fraternal y el parental. Se trabajó un total de 13 sesiones, donde se logró establecer nuevas pautas de comunicación entre el subsistema de mujeres (madre e hijas), que trajo como consecuencia una mejor relación y comunicación con el padre / esposo. Asimismo, se pudo trabajar el proyecto de vida individual y familiar de cada uno de los miembros participantes en esta segunda fase del proceso. En este sentido, es importante señalar que la decisión de trabajar el caso en dos fases diferentes, fue en respuesta a dos situaciones particulares: por un lado coincidió con el cambio de semestre, que implicaba el trabajo con otro supervisor y modelo; y por otro cuando la familia establece un segundo motivo de consulta pensamos en la posibilidad de que otro terapeuta se hiciera cargo del caso, pero después de discutirlo (terapeutas y equipo) se tomó la decisión de seguir trabajando bajo la modalidad de co-terapia con los terapeutas que iniciaron el manejo del caso, pues la familia ya los identificaba y se encontraba familiarizada con su forma de trabajo.

**Casos 3-4:** se trata de una mujer que solicita ayuda por problemas para manejar su ansiedad, la cual repercutía directamente en su relación marital y en la relación con sus cinco hijos. En un principio se esperaba trabajar con toda la familia, sin embargo por incompatibilidad de horario, se acordó trabajar de manera sistémica este caso individual. La modalidad de trabajo terapéutico se estableció en forma de co-terapia, pues existía el interés de la supervisora de poder observar a todos los residentes en el trabajo con las familias, por lo cual se acordó que todos los casos serían trabajados por dos terapeutas. Se trabajó a lo largo de 14 sesiones durante las cuales se logró un mejor manejo de la ansiedad, la disminución de conductas psicósomáticas y el establecimiento y manejo de límites con su familia (hijos y esposo). El caso fue dado de alta, y en la cita de seguimiento, la paciente reportó un evento de violencia familiar y conflictos con su esposo, por lo cual ambas terapeutas acordaron abrir de nuevo el caso y manejarlo de manera conjunta. En este nuevo proceso, se contó con la presencia en dos ocasiones del esposo y de una de sus hijas, que posteriormente fue canalizada a otro terapeuta y actualmente continúa en terapia individual sistémica. Durante el tiempo que trabajamos en esta segunda parte, se trabajó la conflictiva marital, logrando la desaparición de episodios de violencia dentro de la pareja conyugal, así como también el establecimiento de límites

---

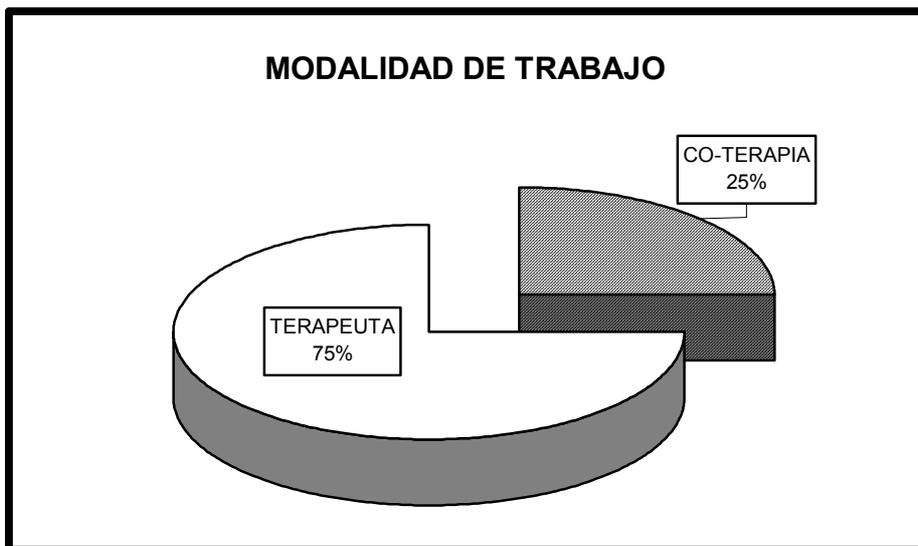
<sup>1</sup> El manejo clínico de la primera mitad del caso se describirá más adelante.

de la con respecto a los hijos y la familia de origen. La situación que nos llevó a ser los mismos terapeutas que continuaran con el cambio fue muy similar a la del caso anterior, pues nuevamente coincidió con el cambio de semestre, que implicaba el trabajo con otro supervisor y modelo; y por otro la paciente ya identificaba a ambas terapeutas y se encontraba familiarizada con su forma de trabajo, por lo cual se le dio continuidad al trabajo iniciado en una primera parte.

Por otra parte, cabe señalar que cada uno de los casos, contempla el total de asistencias e inasistencias de los pacientes, obteniendo un promedio de 11 sesiones por tratamiento.

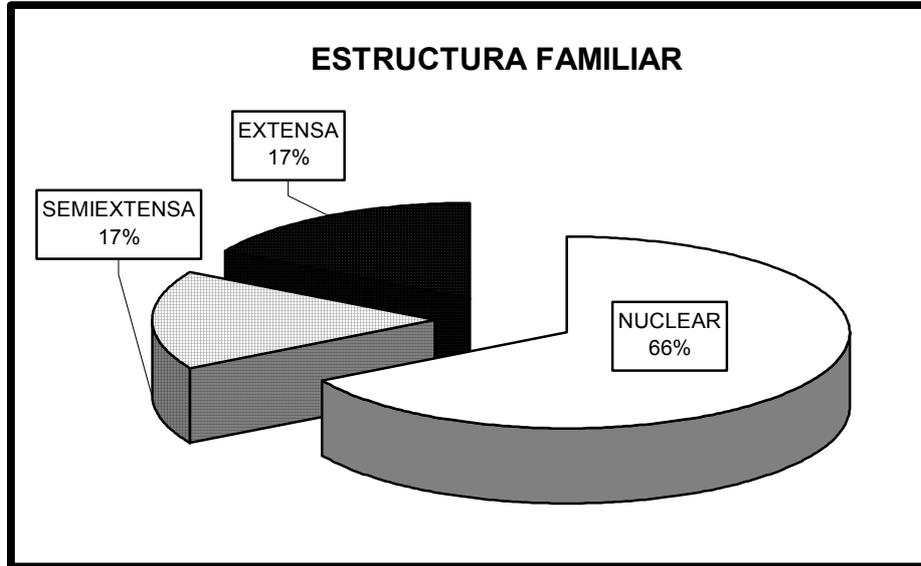
En la figura 12 se observa que el 25% de los casos fueron atendidos en forma de co-terapia y el 75% fueron atendidos de manera individual. Para la estadística de este cuadro, se consideró los ocho casos clínicos de las 6 familias atendidas, pues tomando el criterio anterior los casos 1-2 y 3-4, fueron considerados como dos procesos individuales cada uno de ellos.

**Figura 12. Modalidad de trabajo terapéutico de los 8 casos clínicos atendidos a lo largo de la residencia**

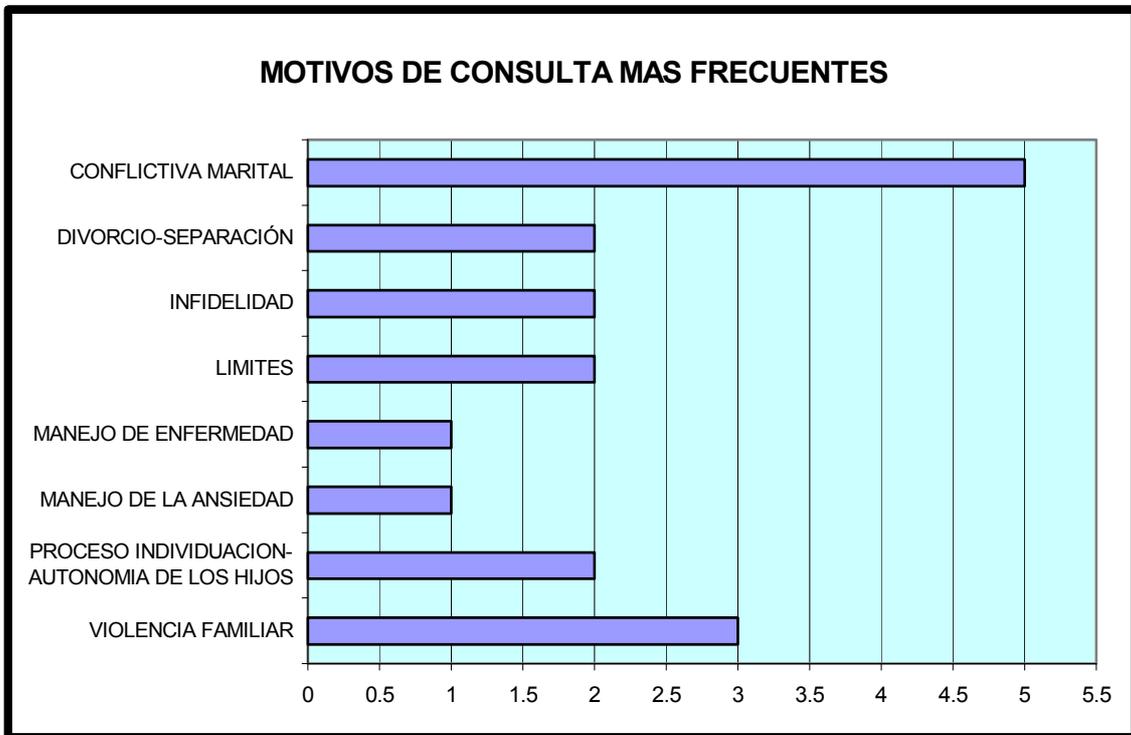


En la figura 13 se presenta la composición de las distintas familias con las cuales trabajé como terapeuta o co-terapeuta. Cabe mencionar que los casos No. 3 y 8, que se encontraban en un posible proceso de separación, al final cada uno de ellos llegó al acuerdo de trabajar una buena integración de la pareja, razón por la cual las diferentes estructuras familiares no presentaron modificación alguna en su estructura inicial.

**Figura 13. Estructura familiar de las 6 familias atendidas a lo largo de la residencia como terapeuta o co-terapeuta**



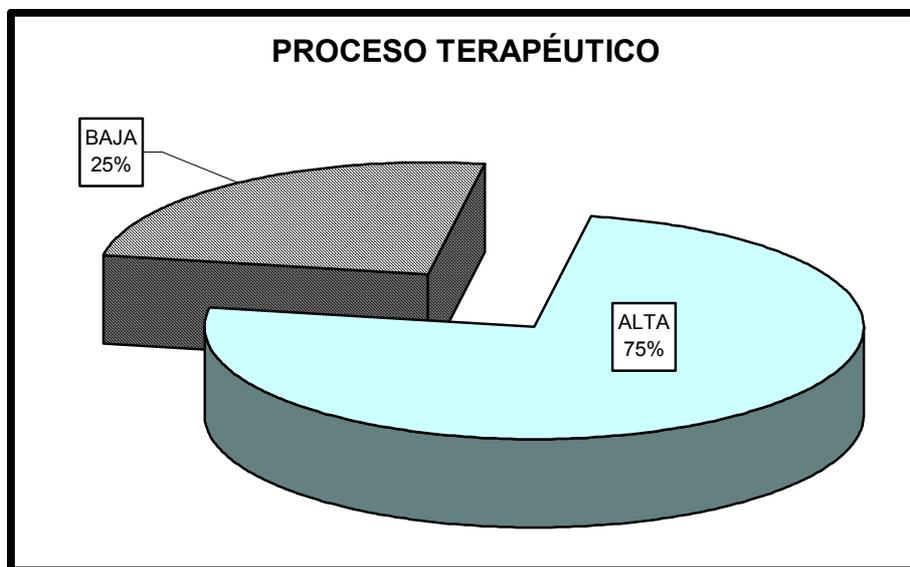
**Figura 14. Motivos de consulta más frecuentes de los 8 casos clínicos atendidos a lo largo de la residencia como terapeuta o co-terapeuta**



En la figura 14, se muestran los diferentes motivos de consulta de las familias que atendí como terapeuta y/o co-terapeuta. Es importante señalar que el número de motivos de consulta que se ilustran en las gráficas no coincide con el número de familias atendidas, ya que cada caso presentaba más de un solo motivo de consulta. Respecto al motivo de consulta de infidelidad, se presentó en uno de los casos por parte del varón en una familia de adultos jóvenes y en otro caso, por parte de la mujer hacia su esposo, aunque esto no pudo confirmarse, pues eran acusaciones que el marido hacía y que ella negaba, la pareja sólo asistió a una sesión cancelando la cita subsiguiente y posteriormente abandonando el proceso terapéutico.

En los casos en que el motivo era un divorcio-separación, ambas parejas llegaron al acuerdo de seguir juntos; el problema de establecimiento de límites se identificó en hijos adolescentes que participaban activamente en los problemas de sus padres, en ambos casos se trabajó su proceso de individuación-autonomía; en uno de los casos se presentó el manejo de enfermedad de un miembro de la familia en el cual se utilizó algunos de los principios de la terapia médica familiar, así como el manejo de creencias y mitos de la enfermedad; por otra parte, en tres casos clínicos se presentaron eventos de violencia familiar en donde era el varón el que ejercía maltrato físico y verbal a la esposa, y éstas respondían de forma verbal al marido; por último, se observa en la gráfica que la conflictiva marital era el motivo de consulta que con mayor frecuencia se presentaba, caracterizada por problemas de comunicación, insatisfacción económica, falta de participación del padre en la educación de los hijos, principalmente.

**Figura 15. Proceso terapéutico de los 8 casos clínicos atendidos a lo largo de la residencia como terapeuta o co-terapeuta**



Por último, en la figura 15, se ilustra el proceso terapéutico del total de los casos clínicos, donde se observa que el 75% de la población atendida fueron casos terminados y dados de alta, en donde se realizó un cierre y una cita de seguimiento. El 25% de los casos, abandonaron el proceso terapéutico, y ninguno de los dos casos decidió participar en una cita de cierre.

**4.2 Descripción y análisis teórico metodológico**

En esta sección, se presentan 3 casos clínicos que seleccioné, de los 8 casos que trabajé como terapeuta y/o co-terapeuta (**Tabla 4**)<sup>2</sup>; para ello elegí un caso trabajado en *co-terapia* que se manejó en un inicio como terapia familiar y posteriormente se delimitó a terapia de pareja, un caso de terapia de pareja que atendí de manera individual así como un caso en el cual los asistentes abandonaron el proceso terapéutico, el cual ejemplifica algunos errores del terapeuta. En cada uno de ellos se incluye: el modelo de trabajo terapéutico (Co-terapia / un solo terapeuta), el número de sesiones, el periodo comprendido del proceso terapéutico, el modelo (s) con el cual se trabajó el caso clínico, nombre del supervisor, sistema terapéutico, el motivo de consulta identificado, el familiograma, el resumen del proceso terapéutico, hipótesis, objetivos, evolución del motivo de consulta, conformación del sistema terapéutico, análisis teórico metodológico, intervenciones, limitaciones y seguimiento. Cabe mencionar que los nombres de los miembros de la familia fueron cambiados para guardar el anonimato.

**CASOS 1 – 2**  
Se muestra la primera parte del manejo del caso clínico

**Modalidad de trabajo terapéutico:** Co-terapia (Hombre-Mujer)  
**Terapeutas:** Alma Téllez y Marino Aparicio  
**Número de sesiones:** 10  
**Periodo comprendido:** del 4 de marzo al 15 de julio del 2003  
**Modelo:** *Dinámico sistémico integrativo*  
**Supervisor del caso:** Dr. Raymundo Macías  
**Sistema terapéutico:** integrado por supervisor y equipo terapéutico detrás del espejo.  
**Motivo de consulta identificado:** Conflictiva Marital, Violencia Familiar y Divorcio-Separación  
**Ciclo vital de la familia:** Familia con hijos adolescentes

**Familiograma:**

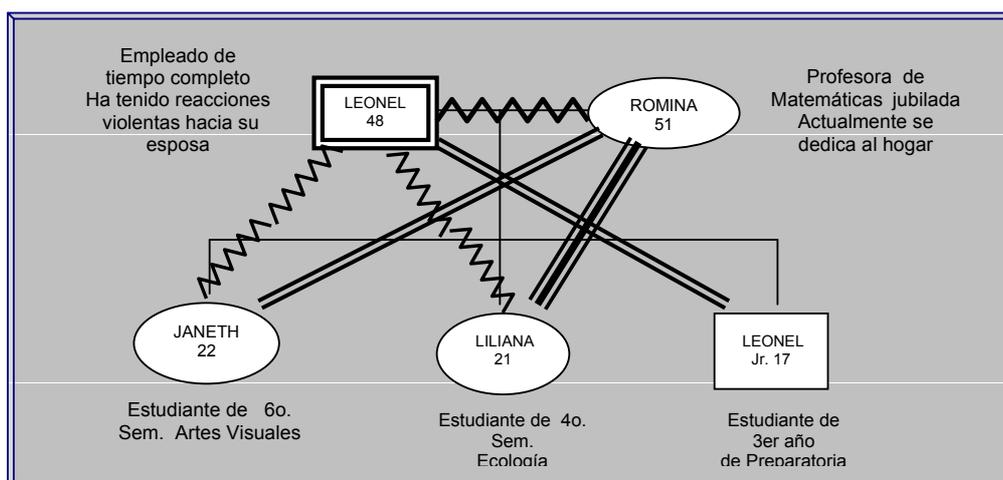


Figura 16. Familiograma correspondiente al caso 1-2

<sup>2</sup> Los casos que se seleccionaron se muestran en la **Tabla 4** señalados de forma sombreada.

**Descripción de la familia:** La familia se encuentra integrada por el padre (Leonel- 48), la madre (Romina- 51) y tres hijos (Janeth- 22, Liliana- 21 y Leonel Jr - 17). Durante la primera sesión se observó a partir de la interacción entre sus miembros, que: 1) el papá poseía mayor significancia y mayor jerarquía, en comparación con la mamá; 2) que el hijo varón mostraba mayor jerarquía que las hijas mayores e incluso una jerarquía similar a la de la mamá; 3) un fuerte conflicto entre los padres y por último, 4) una posible alianza entre sexos, es decir, padre e hijo y madre con hijas, siendo más fuerte la de Liliana con su mamá. La mamá fué la persona que llenó la solicitud para recibir terapia, describiendo como principal motivo de consulta: *“ambiente pesado en el hogar cuando se encuentra mi esposo, quien con frecuencia está enojado, el problema se presenta desde hace cinco años y estuvimos a punto de separarnos, queremos ver si con pláticas de integración familiar podemos vivir mejor”*.

**Antecedentes:** La familia comenta que los principales problemas son entre la pareja conyugal, los cuales pelean constantemente. Conforme ha pasado el tiempo, los problemas aumentaron y los hijos no sólo los presenciaban, sino que también llegaron a participar en algunas, tomando parte las hijas (principalmente) en defensa de la madre, confrontando al padre. Al parecer esta situación se agravó a partir de un evento que sucedió hace cinco años, sin embargo, ninguno de los miembros de la familia explicaba cuál era (secreto familiar), mostrando temor e inseguridad para hablar sobre ello.

Durante tres sesiones trabajamos con toda la familia, sin abrir el secreto, durante las cuales exploramos la organización familiar en cuanto a las tareas del hogar, los espacios para cada uno de los hijos, así como la comunicación entre ellos. Observamos que la pareja no tenía conciencia respecto a que constantemente se acusaban y descalificaban, llegando a discusiones estereotipadas.

Tres sesiones después, el padre no asiste a la terapia por motivos de trabajo y Romina señala abiertamente que no hay libertad de hablar cuando su esposo está presente, pues todos tienen temor de que tome represalias en casa. Explica que su esposo aceptó tomar la terapia porque ella le advirtió que si no iba se separarían; así mismo comenta que todo inició cuando comenzó a asistir a terapia individual con un psicólogo de su trabajo y al ver que le faltaba decisión, empezó a confrontar a su esposo y “no dejarse”, la consecuencia de ello fue que su esposo comenzó a ser violento, llegando a golpearla en varias ocasiones. Ella comenta, que no lo podía dejar, pues veía en él a una buena persona, simpático, bromista, que trata de acercarse a sus hijos, y que después de las peleas él le suplicaba, lloraba y se reconciliaban. En esa misma sesión, Romina decide abrir *el secreto familiar*, señalando un evento violento fuerte entre ella y su esposo; en este evento participó Janeth, quien asustada llamó a la policía. En ese día, se trabajó los diferentes sentimientos y emociones que los miembros de la familia tenían respecto al evento violento y se llegó al acuerdo de que ambos padres trabajaran terapia de pareja, dejando por un momento a los hijos fuera de esta problemática. Los hijos se mostraron cooperativos respecto a esta nueva forma de trabajo. Como Leonel no había asistido ese día, el supervisor junto con los terapeutas y el equipo terapéutico decidieron escribirle una carta, invitándolo a asistir a la siguiente sesión para trabajar con su esposa terapia de pareja.

**Motivos de consulta identificados:** 1) problemas de comunicación entre padres e hijos y 2) problemas en la pareja conyugal.

**Hipótesis sistémica que guió el proceso:** El problema de pareja se encuentra desde antes de que los hijos nacieran; el no haber tenido la disponibilidad en esos momentos para resolver sus dificultades ha traído como consecuencia que sigan en la misma pauta de discusión estereotipada, en donde ambas partes se acusan y descalifican. La problemática conyugal se ha desbordado y ha comenzado a afectar a otros subsistemas, como es el filial y el fraternal. Se observa una posible pauta transaccional en donde la familia no desea comunicar nada al padre, ya que pueden percibir esto como control, por lo cual deciden mejor no informar, el padre se siente descalificado y no tomado en cuenta, exige que se le comunique, infundiendo inseguridad a los miembros de la familia que con mayor razón optan por no comunicarse.

**Objetivos terapéuticos:** Uno de los primeros objetivos que se establecieron dentro del proceso terapéutico estuvo enfocado en identificar si en la familia existía la violencia o si únicamente se había presentado un evento violento, lo cual hacía una diferencia en el trabajo terapéutico. Comenzamos por explorar otras situaciones donde la violencia hubiera estado presente, sin embargo la familia únicamente identificaba una ocasión. A partir de ello, se decidió junto con el supervisor, no imponer etiquetas, señalando al esposo como violento, sino que nos enfocaríamos a explorar las pautas que habían desencadenado ese evento de violencia en la pareja conyugal. Nuestro siguiente paso, fue el definir con quien se trabajaría la terapia, identificando a la pareja como los principales participantes en el proceso terapéutico. A partir de estos dos primeros pasos, el proceso se enfocó en: **1)** desarrollar pautas de comunicación más respetuosas y de resolución de conflictos de la pareja conyugal y **2)** trabajar una buena separación o integración de la pareja.

**Proceso terapéutico y estrategias de intervención:** Las intervenciones realizadas con la familia se sustentaron en el *modelo dinámico sistémico integrativo*. De acuerdo con este modelo, el conflicto se mantiene por un circuito recursivo de reforzamiento o retroalimentación negativa que mantiene a los pacientes atados en el pasado, evitando la posibilidad del cambio (Macías, 1963). En este caso, el elemento identificado que causaba el malestar en la familia, era la falta de comunicación, los hijos y la esposa no podían comunicar por miedo a las represalias, el esposo se molestaba con ellos por no sentirse tomado en cuenta por su familia, y la pareja mantenía una comunicación basada en las descalificaciones y acusaciones.

En un inicio, las estrategias utilizadas estuvieron encaminadas a que los hijos no abrieran el secreto familiar, y respetar el momento en que la familia decidiera hablar de ello. Decidimos hacer esto, pues observábamos que los hijos se encontraban muy involucrados en la problemática de la pareja, por lo que se estableció un **límite entre subsistemas**, con relación a los papeles que jugaban en la dinámica y las responsabilidades de cada uno de ellos. Teníamos la hipótesis de que el secreto se encontraba en torno a la pareja conyugal, por lo cual pensamos que sería conveniente que fueran los padres quienes abrieran ese tema.

Por otro parte, se utilizó el **movimiento de sillas** (Minuchin, 1977), lo cual permitió jugar con el espacio terapéutico para delimitar los subsistemas. En un inicio los padres se encontraban separados por sus hijos, después de hacer el movimiento, los padres se sentaron juntos y los tres hijos en otro espacio. A partir de ello, observamos que los miembros de la familia comenzaron a escucharse y los hijos dejaron de expresar su

opinión cuando sus padres externaban sus diferencias. Es importante mencionar, que el realizar este movimiento fue significativo en el proceso, pues a partir de éste, los miembros de la familia comenzaron a sentarse por subsistemas las sesiones subsecuentes.

Cada uno de estos movimientos y las observaciones realizadas por el sistema terapéutico, nos apoyaron para **identificar los recursos de la familia**, en donde observamos: 1) que existe una buena comunicación de la madre con los hijos y entre el subsistema fraternal, 2) ambos padres cuidan y expresan preocupación por sus hijos, atienden sus necesidades (principalmente instrumentales) y muestran capacidad de apertura hacia las observaciones de los terapeutas y del equipo; 3) se observa compromiso y disposición por parte de la familia con relación al proceso terapéutico.

Cuando el secreto familiar fue abierto, se exploró y delimitó junto con la familia, el poder trabajar terapia de pareja, pues la principal problemática se identificaba en la pareja conyugal. La familia estuvo de acuerdo con los terapeutas. Entonces se diseñó una **carta de invitación** (White, 1993) junto con el supervisor y el equipo terapéutico, para invitar al padre la siguiente sesión a trabajar junto con su esposa únicamente. Esta intervención fue importante, pues modelamos la importancia de mantener una comunicación clara y directa con todos los miembros de la familia (aún si no estaban presentes), compartiendo las decisiones que en ese momento se habían tomado.

### **Terapia de pareja:**

Una de las primeras maniobras que utilizamos, fue que ambos padres **elaboraran peticiones concretas**, basadas en lo que esperaban del otro (evitando el reproche y/o la culpa), lo cual permitiría que se generaran sentimientos de bienestar entre ellos. De esta manera se comenzó a plantear la identificación de elementos para el establecimiento de **un circuito de retroalimentación positivo**, en donde el foco sería el reconocimiento de los elementos que generaran bienestar en la persona y la expresión explícita de ese bienestar al otro, generándose de esta manera circuitos de reconocimiento del cambio y la satisfacción en la relación. Sin embargo, no fue posible promover el cambio, pues la pareja seguía en el conflicto, se mostraban resentimiento, enojo, impulsos de castigar al otro, descalificaciones, conductas retadoras que invitaban a participar en una pelea, discusiones en donde uno a otro se culpaban de la situación que vivían, principalmente.

Se decidió entonces hacer un **ejercicio vivencial**, en el cual se les solicita a la pareja pararse uno frente al otro señalándose con el dedo en posición acusatoria. Ambos debían permanecer en esa posición sin hablar, sin embargo se les indica que: *“... cada uno de ellos, podía hacer lo que deseara sin hablar para buscar una forma en la cual se sintieran más cómodos...”*. Durante el ejercicio se observó, que ninguno de ellos se acercó al otro, manteniéndose cada uno en su lugar. Después de unos minutos, Leonel bajó la mano y se sentó frente a su esposa, la cual seguía parada frente a él, señalándolo en posición acusatoria. El objetivo del ejercicio, se encontraba encaminado en **identificar los recursos de la pareja**, para poder liberarse del resentimiento, del rencor, del odio, del malestar que los une para culparse y atacarse; sin embargo se observó que ninguno de los dos cedía ante el otro, por más incómoda que fuera la posición en la cual se encontraban, esperando que su pareja diera el primer paso y viceversa.

Al terminar el ejercicio, se les solicitó a la pareja que se sentaran y les compartimos nuestras impresiones, en donde se hizo evidente el dolor y la tristeza que se percibía en ellos, así como nuestra preocupación, pues en otras parejas con las cuales se había realizado este ejercicio se observaba cómo primero bajaban la mano y posteriormente se acercaban uno al otro, ya sea solo un tramo o completamente, pero que en este caso ninguno de ellos hizo nada por acercarse o por disminuir su defensa. Transmitimos el mensaje de que éste era un momento para renegociar y reflexionar sobre lo que deseaban, no apresurándose a tomar alguna decisión y tomarse el tiempo que necesitaran para pensarlo. En este sentido señalamos que un camino para liberarse de las cadenas del pasado imposibles de cambiar, era a través de la **reconciliación**, del perdón como renuncia al derecho a reclamar una y otra vez la misma ofensa, queja, falta, agravio o daño (Macías, 2003).

Al hablar de la reconciliación, se mencionó la importancia de dar el paso siguiente, de estar depositando las culpas en el otro, al **reconocimiento** del conflicto aceptando la responsabilidad de cada uno de ellos, así como la **identificación de alternativas de solución** para poder llegar a una reintegración de su relación. Se señaló la importancia de la disposición y el compromiso como elementos importantes para lograrlo. Por último, se expuso, cuatro alternativas o direcciones que podrían tomar encaminada a: la buena integración, la mala integración, la buena separación y la mala separación. Se indica que cuando la pareja cuenta con recursos en su relación, se podría trabajar hacia una buena integración; de lo contrario, sería más factible trabajar hacia la terapia de separación-divorcio, hacia una buena separación.

Las siguientes sesiones, Leonel no asiste debido a problemas de horario de su trabajo, el cual no le permite asistir a la terapia; se trabaja únicamente con Romina, quien expone su deseo por seguir trabajando el problema de pareja, aún cuando su esposo no asistiera, pues mantiene la esperanza de que su esposo cambie. Durante las sesiones, se observó que Romina estaba confundida respecto a tomar la decisión de separarse o no de su esposo, pues identificaba aspectos positivos y negativos de su relación. Se exploró la historia de cómo se formó la pareja y la relación que Leonel tenían con ella y con sus hijos. Se observa que Romina mantiene una posición de víctima, descalificando y culpando a su esposo de todo lo ocurrido, no tomando la responsabilidad que a ella le correspondería.

Entre esta sesión y la siguiente ocurre un evento importante: Leonel ha solicitado vacaciones y planean un viaje que realiza con Romina sin sus hijos. Durante este tiempo, Leonel realiza cambios positivos, importantes en su conducta (abandona las descalificaciones y acusaciones, no ha vuelto a tener una conducta violenta hacia su esposa, se muestra alegre y comprometido en mejorar su relación con su esposa). Romina, por el contrario, se muestra desconfiada y descalifica los cambios de su esposo.

Nuestras intervenciones en ese momento, se enfocaron en explorar qué había hecho Romina para propiciar estos cambios en su esposo y en cómo podría apoyarlo para que estos cambios se mantuviesen. Asimismo, se explora cuál sería la participación de Romina en la resolución de esta situación, haciendo énfasis en lo que ella **desea** y lo que tendrá que hacer para lograr lo que quiere y no tanto en lo que **tiene** que hacer para que la dinámica y su relación cambien.

Por otro lado, se le plantean dos posibilidades del trabajo en terapia (tomando en cuenta la posibilidad de que su esposo ya no siga asistiendo por su horario de trabajo),

una de ellas hacía referencia en seguir trabajando la terapia a través de un solo elemento, o bien que Romina manejara sus inquietudes en una terapia de grupo. Se le pide que reflexione sobre estas dos posibilidades y lo platicara con su esposo.

La pareja se comunica con los terapeutas vía telefónica, informando la decisión que habían tomado juntos, la cual se enfocaba en no trabajar la terapia con un solo elemento, y que ambos asistirían a una sesión de cierre del proceso terapéutico.

En la sesión de cierre, se exploró junto con la pareja, los principales objetivos logrados durante el proceso, señalando la resolución de la conflictiva marital hacia una toma de decisiones encaminada en la buena integración de la pareja conyugal, la disminución de peleas, el establecimiento de una mejor comunicación entre ambos para poder convivir y relacionarse con sus hijos, el trabajo en equipo para que los hijos se hicieran responsables en las tareas de la casa, principalmente; no señalando ningún aspecto no logrado a lo de la terapia. Se observó a la pareja más tranquila, permitiéndose hablar y escucharse uno al otro, ninguno de los dos se interrumpía, descalificaba o discutía, además su forma de vestir había cambiado (ahora se vestían con ropa más cómoda y casual). Leonel, comentó que estaba tratando de recuperar a sus hijas y que el proceso terapéutico les había enseñado a escuchar y aceptar la responsabilidad de los cambios que vienen, los cuales dependen de ellos y no de que el otro sea quien de el primer paso. Al final ambos decidieron seguir juntos y hacer lo que estaban haciendo para llevarse mejor.

**Evolución del Motivo de Consulta:** El motivo de consulta inicial estaba encaminado a trabajar con toda la familia, pues señalaban la existencia de problemas en relación a la comunicación. Conforme trabajamos con la familia, se identificó que el principal problema se encontraba en el subsistema conyugal, por lo cual se hizo la propuesta de trabajar terapia de pareja. Se trabajó en dos sesiones con la pareja y posteriormente se trabajó con un solo elemento el proceso terapéutico, debido a la dificultad de horario para que ambos miembros de la pareja trabajaran juntos. Durante este tiempo, se reportan cambios significativos en su relación, donde se observa una mayor comunicación y tolerancia. Debido a la dificultad para acordar un horario en que la pareja pudiera asistir juntos a la terapia, se proponen dos alternativas de trabajo: 1) seguir trabajando la terapia a través de un solo elemento (esposa), o bien que Romina asistiera a una terapia de grupo, para poder seguir trabajando sus aspectos personales. La pareja platica y juntos deciden comunicarles a los terapeutas realizar el cierre del proceso terapéutico, donde se exploró los aspectos logrados y no logrados a lo largo de la terapia, así como los cambios, el mantenimiento de los mismos y su proyección a otras áreas de su relación familiar.

**Seguimiento:** Después del periodo vacacional se llevó a cabo la cita de seguimiento, a la cual asistió Romina con sus dos hijas. Las tres mujeres comentaron que existía mayor tranquilidad en la familia, no se habían presentado eventos violentos en la familia y que estarían interesadas en seguir el proceso terapéutico trabajando ellas tres solamente. Después de la pausa con el equipo, se decide abrir un nuevo proceso, ahora con estos miembros de la familia y con los mismos terapeutas (Caso 2).

**Comentarios del caso:** Este fue el primer caso en el que trabajé con una familia; la modalidad de trabajo fue en co-terapia y se trabajó también con el equipo y supervisor

detrás del espejo. El proceso comenzó al inicio del segundo semestre y terminó casi al concluir el tercer semestre. El cambio de semestre y la incompatibilidad de horario de la familia con respecto al horario inicial en el cual se les atendía, fue la principal razón del cambio de supervisor.

Se eligió para trabajar con esta familia, un equipo de trabajo integrado por hombre y mujer; el supervisor planteó esta forma de trabajo para ilustrar algunas de las primeras bases del trabajo en co-terapia, siendo en un inicio (modelo de Milán) el trabajo de hombre-mujer para guardar un equilibrio dentro de sistema con la familia, de tal manera que no hubiera alianzas por género. Asimismo al ser el primer caso que supervisaríamos en vivo con familias, se planteó la posibilidad que fueran dos terapeutas quienes llevaran el caso, de tal forma que se apoyaran uno al otro.

El trabajo que se llevó con esta familia, constituyó una adaptación constante por parte de todos, especialmente de ambos terapeutas, pues en una primera instancia no conocíamos el trabajo del otro terapeuta y a decir verdad, a penas comenzábamos a definir cómo queríamos trabajar nosotros mismos como terapeutas, así que el ir consolidando nuestra propia forma de trabajo y equilibrarla en un trabajo de co-terapia constituyó no solo el trabajar una buena comunicación y planeación, sino también la revisión del caso clínico, el hablar de cómo nos sentíamos con respecto al caso, respecto a cómo nos sentíamos el uno del otro y el manejo de las expectativas y presión que llegamos a sentir por parte de la familia, del equipo terapéutico y de alguna forma las expectativas que teníamos nosotros mismos de nuestro propio trabajo.

En ocasiones, llegamos a tener diferencias, sobre todo en la dirección que cada uno le quería dar al caso, en ocasiones el manejo del poder, pues había sesiones que uno solo quería llevar la terapia y en otros momentos de lo que cada uno podía hacer con respecto a la información que la familia nos proporcionaba. Considero que el poder hablar y manejar estas diferencias, constituyó una parte importante del éxito del proceso, por llamarlo de alguna manera, pues a pesar de esas diferencias no llegamos a descalificarnos frente a la familia, fuimos constantes y responsables con el manejo de la información y con las intervenciones que cada uno de nosotros realizábamos. El poder concluir ambos procesos con la familia fue un aspecto gratificante y de crecimiento tanto personal como profesionalmente.

Por otro lado, de la familia *aprendí* la importancia de poder establecer límites y de cómo cuando se deja avanzar un problema éste puede invadir e incluir a otros subsistemas poco a poco. Así mismo, aprendí a ser una observadora de las conductas no verbales y a establecer límites dentro del proceso, pues había ocasiones en que la familia nos interceptaba fuera del escenario clínico con mensajes en forma de cartas, cuando ningún otro miembro de la familia los observaba. Por último aprendí que cada quien tiene su tiempo para cambiar, y que no es necesario que todos los miembros de la familia asistan al proceso, pues aquellos que comiencen a hacer una diferencia, esto hace la diferencia en todo el sistema, pues los cambios repercuten en todas las áreas.

Respecto a las alianzas por género que identificamos en un inicio, hay un aspecto que considero importante comentar, la familia se encontraba dividida, por una lado los hombres (padre-hijo) y por otro las mujeres (madre-hijas), el padre llevaba la voz, la dirección y mando del hogar; las mujeres en cambio, mostraban una actitud más receptiva. Esta dinámica era claramente reflejada por la familia en la forma como se relacionaba con nosotros como terapeutas, pues el padre se dirigía en mayor medida a mi

co-terapeuta (hombre) y las mujeres se dirigían más hacia mí. Esta situación en un momento me hizo sentir incómoda, parecía ser que repetíamos una pauta de la familia en la cual los hombres (padre-terapeuta) dirigían los diferentes temas y conversaciones, y las mujeres (madre, hijas y terapeuta) solo escuchaban y opinaban cuando se les preguntaba.

El vivir esto, me permitió entender mejor al subsistema femenino, me daba movilidad para intervenir y escucharlas; pienso que esto también le sucedía a mi compañero, pues estableció un buen enganche con el padre para trabajar en la terapia. Sin embargo, para mí como terapeuta, éste estilo de trabajo no me hacía sentir cómoda, y me traía muchos conflictos. En esos momentos pensaba que si la familia estaba respondiendo bien a la terapia y comenzaba a presentar cambios, no debíamos mover nada y seguir trabajando así, pues el modificar nuestro estilo podría hacer que la familia se fuera, no se sintiera cómoda o que los cambios se detuvieran; pero por otro lado, me costaba mucho trabajo tener una postura que yo sentía menos activa en comparación con mi compañero.

Posiblemente teníamos un estilo de co-terapia no simétrico, tal como mencionan Martínez-Bouquet (1993), lo cual me llevó a buscar espacios para conversar con mi co-terapeuta y hablar respecto a cómo me estaba sintiendo. A partir de ello, decidimos llevar juntos la terapia, y hoy día considero que fue un acierto pues introdujimos nueva información al sistema de otro estilo de relación de pareja, en éste caso entre ambos terapeutas, y comenzamos una especie de modelamiento en la familia, lo cual fue un recurso que ayudó en el proceso, pues las mujeres de la familia comenzaron a adoptar un papel mucho más activo. Este aspecto lo pudimos observar en la postura de Romina para tomar decisiones y posteriormente en la segunda parte del proceso, en el trabajo con las hijas, que mostraban una conducta más activa y responsable para con ellas mismas y para relacionarse con otras personas. Considero después de ésta experiencia, la importancia que tiene la comunicación en el trabajo que se lleva en co-terapia, así como la auto-observación de lo que sucede con nosotros mismos, con nuestros compañeros de trabajo y con el sistema.

Por otro lado, dentro de las **limitaciones** que sentí como terapeuta, fue el no poder seguir trabajando con la pareja en la primera parte del proceso, pues aunque ambos padres decidieron intentar mejorar su relación fuera del proceso terapéutico, considero que si el horario lo hubiera permitido, hubiera sido oportuno trabajar este objetivo dentro de la terapia, pensando tal vez en una mayor fortaleza y consolidación de sus decisiones al trabajar la buena integración de la pareja conyugal.

Por otro lado, considero que un posible objetivo que se hubiera podido trabajar más adelante, es la relación del padre con las hijas; pues su relación se vio afectada por los problemas dentro de la pareja conyugal. Las hijas se mostraban con poca confianza hacia su padre, el respeto que le tenían estaba basado en muchos momentos por el miedo y de alguna manera habían jugado el papel de fiscales de la madre hacia el padre. Estos aspectos fueron trabajados en la segunda parte del proceso con las hijas, y no se tuvo la oportunidad de involucrar al padre, por lo cual considero que sería importante sensibilizarlo hacia una participación en el mantenimiento de los cambios realizados por sus dos hijas y en la construcción de una relación diferente con ellas. Por último, considero que hubiera sido importante incluir al hijo, sensibilizándolo hacia una mayor participación dentro de su familia, así como también el trabajar su proyecto de vida.

Con respecto a los *modelos utilizados* con la familia en ambos procesos, me gustaría comentar que me proporcionaron elementos que me permitieron avanzar paralelamente con respecto a la parte académica y a la parte práctica como terapeuta. El poder aplicar casi de manera simultánea lo revisado de forma teórica y llevarlo al escenario clínico, me permitió enriquecer las habilidades que apenas estaba consolidando, proporcionándome una visión flexible sin tener que apegarme a una sola visión del trabajo con la familia.

**CASO 6<sup>3</sup>**

**Modalidad de trabajo terapéutico:** Un solo terapeuta  
**Terapeuta:** Alma Téllez R.  
**Número de sesiones:** 7  
**Periodo comprendido:** del 6 de marzo al 8 de diciembre del 2003  
**Modelo:** *Terapia Breve*  
**Supervisor del caso:** Dra. Maria Blanca Moctezuma Yano  
**Sistema terapéutico:** integrado por el supervisor y el equipo terapéutico detrás del espejo.  
**Motivo de consulta identificado:** Conflictiva Marital y Divorcio-Separación.  
**Ciclo vital de la familia:** Familia con hijos pequeños

**Familiograma:**

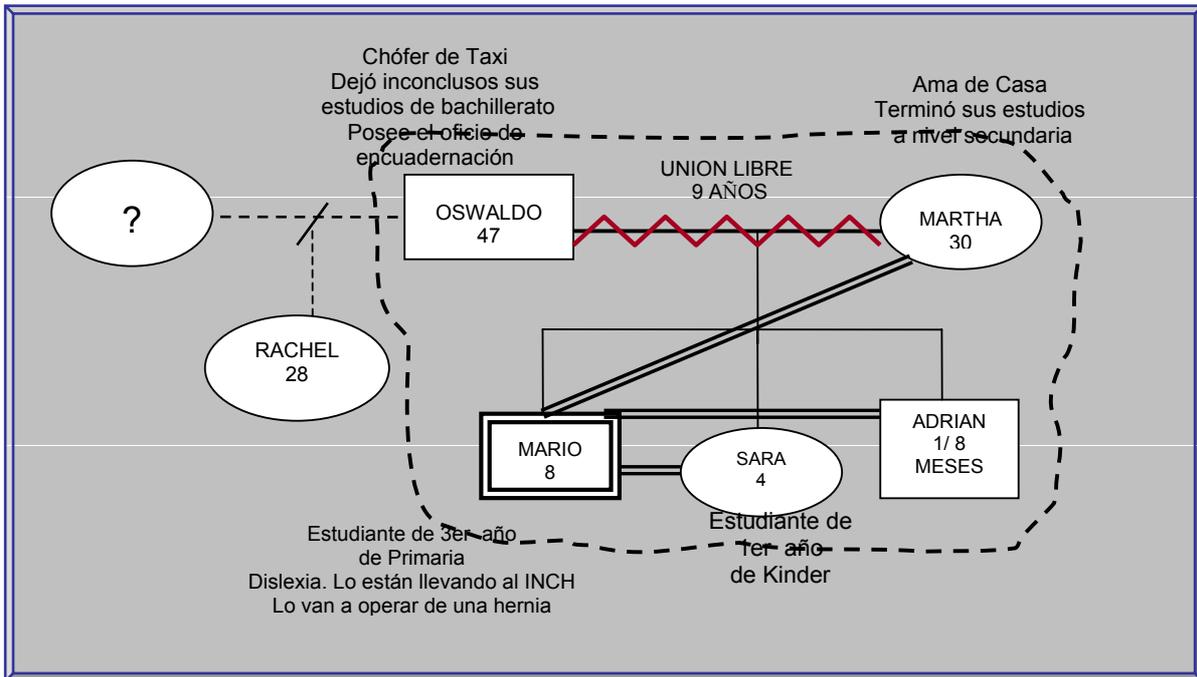


Figura 17. Familiograma correspondiente al caso 6

<sup>3</sup> En este caso se muestran algunos errores del terapeuta. Para poder analizar cada uno de ellos, se presenta en el resumen del caso los puntos más importantes de cada sesión, así como la secuencia de los hechos que nos permita analizar tanto la información como las situaciones en que nos vimos envueltos tanto el equipo como la terapeuta.

**Descripción de la familia:** la familia se encuentra integrada por el padre (Oswaldo- 47), la madre (Martha- 38) y tres hijos (Mario - 8, Sandra- 4 y Adrián -1 año 8 meses). Se trata de una familia reconstruida que se encuentra en la etapa del ciclo vital de la familia de hijos pequeños. Actualmente viven cerca de la familia extensa materna, pues la madre de Martha les ha dejado un cuarto para que puedan vivir. La dinámica familiar con relación a la economía, consiste en que cada uno de los proveedores y/o las personas que trabajan le den el dinero a la madre de Martha, quien lo organiza y administra para realizar los pagos de los diferentes servicios de la casa (luz, agua, predial, gas). Oswaldo se ha atrasado en algunos pagos y la familia materna le ha tenido que prestar dinero lo que ocasiona malestar en la familia extensa materna de Martha. Oswaldo trabaja en un taxi, pero no gana suficiente dinero. Posee otro oficio que es el de encuadernación, pero no ha tenido tiempo de dedicarle tiempo a ese trabajo. Martha se queda al cuidado de los niños, apoyada por una de sus hermanas.

**Antecedentes:** Martha había estado asistiendo a terapia en el área de medicina conductual, describiendo como principal motivo de consulta: *canalización escolar*, pues Mario presenta problemas de dislexia y existía la posibilidad de ser regresado a segundo año de primaria. Sin embargo, mientras asistió al servicio, los terapeutas<sup>4</sup> no atendieron el problema escolar de Mario, sino a ella, por un problema de depresión. Al finalizar su proceso, la sugerencia de los terapeutas fue que la paciente asistiera a terapia familiar, por presentar conflictos en su relación conyugal. La paciente estuvo de acuerdo, y se realizó una canalización interna dentro del Centro de Servicios Psicológicos. En la hoja de canalización las terapeutas escribieron lo siguiente:

*"la paciente presenta dificultades para enfrentar y solucionar adecuadamente las situaciones conflictivas presentadas en la dinámica familiar y de pareja, manifestándose con enojo, ansiedad y poca auto-eficacia. Esto la lleva a no buscar ni conseguir trabajo, no generar y realizar metas, así como buscar el apoyo del ex -novio y cuñado".*

En el apartado de observaciones y/o sugerencias, señalaron:

*" la paciente no se encuentra totalmente convencida acerca de la canalización, debido a que no sabe cómo se va a trabajar y expone preocupación de que su esposo se entere de la infidelidad y sus relaciones de pareja anteriores".*

El área de terapia familiar acepta el caso. Al comunicarse con la familia, Martha contesta la llamada, confirmando su interés por asistir junto con toda su familia y trabajar un proceso terapéutico.

**Motivo de consulta:** en la primera sesión los padres exponen diferentes motivos de consulta, relacionados directamente con la relación de pareja, entre los que destacan: **1)** las discusiones en torno a los problemas económicos tanto en la pareja como con la

---

<sup>4</sup> El caso fue manejado por dos terapeutas en el área de medicina conductual, donde se trabajó con un enfoque cognitivo-conductual. En este sentido es importante señalar que la modalidad de dos terapeutas es diferente a la que se maneja en el área de terapia familiar (co-terapia), pues en ella ambos terapeutas llevan el proceso terapéutico en conjunto, interviniendo y participando juntos. En cambio, dentro de medicina conductual sólo un terapeuta lleva la sesión y el otro terapeuta se mantiene como observador, llevando notas y auxiliando en la realización de tareas y/o ejercicios.

familia extensa materna; **2)** el enojo e insatisfacción de Martha hacia su relación, pues su esposo no es lo que ella esperaba y **3)** la falta de control de Martha, que ante su enojo llega a agredir verbalmente a su esposo y a pegarle a sus hijos. A partir de ello, se decide trabajar terapia de pareja, para lo cual se le pide que en las próximas sesiones asistan únicamente ellos (sin los niños).

**Hipótesis sistémica que guió el proceso:** Martha es una mujer que a lo largo de su vida ha tomado decisiones de manera impulsiva y poco responsable, reaccionando violentamente y/o culpando a terceros del resultado de sus actos. Esta situación trae como consecuencia insatisfacción en diferentes áreas de su vida, que se ve reflejada con una actitud poco comprometida por asumir la parte que le corresponde (madre/esposa) para arreglar esta situación. Ante esto, Oswaldo reacciona con enojo y frustración, no cumpliendo con las peticiones de Martha, lo cual le confirma a ella su postura de no decidir hasta que él lo haga primero. Ambos se mantienen en esta relación a través de expectativas poco realistas que depositan en el otro, y seguirán unidos por miedo a quedarse solos y asumir una postura responsable que les permita crecer y formar una pareja.

**Objetivos terapéuticos:** una vez que se definió con quién se trabajaría en la terapia (pareja conyugal), el proceso terapéutico se enfocó en: **1)** desarrollar pautas de comunicación respetuosas y de resolución de conflictos en la relación de pareja, **2)** trabajar en una toma de decisiones realista y a mediano plazo, en la que cada miembro de la pareja pudiera asumir su responsabilidad y tomar en cuenta las consecuencias a futuro de cada una de ellas y **3)** que Martha pudiera reconocerse a sí misma responsable de sus acciones y decisiones como madre y esposa.

**Proceso terapéutico y estrategias de intervención:** para presentar esta parte del trabajo, considero importante hacer una breve descripción de cada una de las sesiones, pues de esta manera se puede apreciar las diferentes situaciones que se presentaron durante el proceso terapéutico, entre los que destacan: **1)** la dinámica de la familia en relación a la terapia, **2)** la comunicación indirecta y poco clara de la familia y **3)** la reacción del terapeuta y del equipo con relación a la familia, lo cual nos llevó a isomorfismos con el sistema. Es importante señalar que las intervenciones realizadas con la familia se sustentaron en el *modelo de terapia breve*. El modelo se caracteriza por no buscar causas históricas, pues considera que toda conducta normal o problemática, está configurada y conservada de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta. Por tanto, el mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales y para eliminarlas o transformarlas se deben alterar los patrones de interacción familiar, que mantiene el comportamiento problemático. De esta manera, las principales maniobras realizadas estuvieron encaminadas en explorar cuál era la pauta de interacción, para poder intervenir sobre ella y modificarla. Al final del resumen del total de sesiones, presentaré el análisis del caso con base en el modelo de terapia breve.

■ **Primera Sesión:** asiste Martha con su esposo e hijos, llegando *una hora después de su cita*. Se decide junto con el equipo terapéutico atenderla, señalándole dentro del **encuadre** la importancia de ser puntual en cada una de las sesiones. La entrevista tuvo

una duración de 20 minutos, donde se abordó: **1)** el problema de dislexia y desobediencia de su hijo Mario, **2)** los problemas económicos y familiares que Oswaldo debe atender, **3)** el enojo e insatisfacción de Martha hacia su relación, pues su esposo no es lo que ella esperaba. Se observa que ante este enojo, Martha reacciona insultando a su esposo (en ocasiones por ningún motivo) y pegándole a sus hijos (principalmente a Mario) cuando éste no le hace caso.

Las estrategias utilizadas en esta sesión estuvieron enfocadas en **normalizar** el problema de dislexia de Mario, contextualizando la situación:

*“El problema de dislexia de Mario no fue detectado a tiempo; sin embargo Mario es un niño muy inteligente (**señalamiento de recursos**), posee muchas habilidades que le han permitido pasar de año a pesar de su dislexia”*

Asimismo, se expuso que la dislexia es un problema que muchos niños tienen pero con tratamiento esta situación es superada, lo que significa que Mario puede seguir estudiando e inclusive llegar a estudiar una carrera. Así mismo, se contempla que si el niño fuera regresado un año escolar, pensarán que esa alternativa sería la mejor para su hijo, pues podría reforzar sus conocimientos, tendría un mejor aprovechamiento y menor presión en la escuela<sup>5</sup>.

El realizar esta maniobra, permitió que Mario dejara de ser el foco de atención de la pareja, pues a partir de ese momento comenzaron a hablar sobre los problemas que tenían dentro de su relación. Se observó a pareja que la exponía sus quejas y enojo respecto al otro, lo cual no permitía que se escucharan ni que definieran un motivo de consulta para ser trabajado en la terapia. Se introdujo una pregunta (estructurada de una manera diferente), que permitió explorar las expectativas que cada uno tenía respecto al proceso terapéutico. Oswaldo comentó que esperaba poder tratar a su esposa como lo hacía hace cuatro años, con menos problemas y menos agresividad. Martha, espera poder controlar sus nervios y ser menos agresiva con su esposo. Ambos concuerdan en arreglar los problemas de pareja.

Durante esta sesión, el que la terapeuta pudiera plantear las preguntas de diferente manera (mostrándose flexible), iba encaminada a aumentar la capacidad de maniobra de la terapeuta para averiguar la postura de los pacientes, obtener información y determinar qué gama de conductas utilizar o rechazar.

■ **Segunda sesión:** la pareja nuevamente llegó *una hora tarde*. Se acuerda junto con el equipo y la pareja, cambiar el horario de la sesión para que no tengan problemas la próxima cita y se les atiende durante 30 minutos. Durante este tiempo se abordan los siguientes puntos: **1)** los problemas económicos, **2)** las críticas de los padres de Martha hacia su esposo, por no aportar el dinero suficiente, **3)** la organización de los gastos de la casa, **4)** la llegada de los hijos (la cual no fue planeada e inclusive se llegó a pensar en el aborto) y **5)** la agresividad de Martha hacia su esposo.

Las maniobras utilizadas, estuvieron enfocadas en **explorar** los elementos que mantienen juntos a esta pareja, pues al parecer existe mucho malestar e insatisfacción en

<sup>5</sup> La estrategia encaminada en normalizar el problema de dislexia, fue la única que se realizó respecto a éste problema, después de ello no se volvió a abordar el tema dentro de la terapia.

su relación (exploración de **recursos**). Martha comentó que la razón por la cual permanece con su esposo es por sus hijos y por la esperanza de que él cambie; Oswaldo por otro lado sigue con Martha, pues considera que como pareja pueden hacer muchas cosas, sólo que hasta este momento no les ha sido posible comenzarlas. Al final de la sesión, se les comenta que dentro de una familia, pueden llegar a existir varios problemas, como es el económico y/o en lo material, pero que el afecto, el cariño y el amor, constituyen una parte también importante. Si existe esta parte de comprensión y entendimiento, se pueden enfrentar de otra forma los problemas así como también el rescatar la relación; pero si esta parte no está presente, todo lo demás se puede convertir en enojo y falta de respeto. Se les pide que reflexionen sobre este mensaje.

**Tercera sesión:** antes de comenzar la sesión, el equipo y la terapeuta, habíamos elaborado una hipótesis con relación a la problemática conyugal: *María no se ha casado con Oscar, pues se encuentra casada con su familia de origen y con su novio (relación extramarital) por lo cual no ha formado una pareja con Oswaldo y no le es posible asumir su rol de madre, ya que sigue siendo hija. Ella permanece en la relación, pues busca en él un buen proveedor y un buen padre para sus hijos, pero no lo reconoce como pareja.* Esta idea nos llevó a pensar que era necesario hablar con Martha de manera individual y explorar qué tan involucrada se encontraba en su relación extramarital; el objetivo de ello estaba dividido en dos partes, por un lado, no hacernos *cómplices* de esta relación, pensábamos (equipo y terapeuta) que el no poder abrir el tema de la infidelidad dentro de la sesión (pues el esposo lo ignoraba), nos restaba campo de acción y nos hacía sentir “*entrampados*” y limitados en nuestras intervenciones. Segundo, confirmar que la falta de compromiso que mostraba Martha hacia su relación con Oswaldo, estaría determinada por el grado de involucramiento de Martha con su novio. Cuando la pareja llega puntual a la cita; decidimos que era el mejor momento para explorar estos aspectos.

Se le pidió a Martha pasar únicamente ella al espacio terapéutico, en el cual se le explicaron las razones por las cuales el equipo y la terapeuta la había hecho pasar primero, así como los elementos que necesitábamos explorar. Martha se mostró cooperativa y explicó abiertamente que la relación extramarital que tenía había terminado.

En esos momentos, decidimos pasar a Oswaldo a la sesión, pero Martha aprovecha el espacio para exponer otros temas: **1)** una discusión que tuvo con Oswaldo el fin de semana, por su actitud “floja”; **2)** la decisión de no dejar sola a su hija en la casa, desde que uno de sus primos “*la tocó*”; **3)** la preocupación de su hijo Mario por lo que le pasó a su hermana y por una operación que le realizarán la próxima semana<sup>6</sup>. Mario tiene miedo a morirse; **4)** la situación académica de Mario, que consiste en cambiarlo de tercero a segundo año de primaria para que pueda tener un mejor aprovechamiento; la escuela toma esta decisión al haber identificado el problema de dislexia. Por último, Martha comenta que Oswaldo ya no desea asistir a las sesiones, posiblemente por la discusión que tuvieron el fin de semana.

Se hace una pausa y junto con el equipo se decide hablar con Oswaldo e invitarlo a que entre a la sesión; al salir a la sala de recepción Oswaldo no se encontraba, había salido a la explanada de la Facultad de Psicología con su hija. La terapeuta sale también y lo invita a pasar, pero él se niega, manifestando estar muy enojado con su esposa. El enojo radica en desconocer lo que Martha habló con su padre. Oswaldo explica que

<sup>6</sup> Mario sería operado de una hernia inguinal.

estará dispuesto a tomar terapia en otra sesión pero sin Martha; asimismo señala que han sucedido cosas muy fuertes y que tomará una decisión que no desea compartir en estos momentos con nadie. La terapeuta se muestra con respeto ante la postura de Oswaldo dejando la puerta abierta del espacio terapéutico para cuando él desee asistir<sup>7</sup>. Posteriormente, se comenta con el equipo lo sucedido y se llega al acuerdo de continuar la sesión con Martha y exponerle la decisión de su esposo. Durante el resto de la sesión, se explora el problema que se presentó el fin de semana, así como la historia de cómo se formó la pareja. A lo largo del relato, se observa que Martha ha tomado varias decisiones de manera impulsiva, por lo cual en estos momentos ella debe tomar el control de su vida y responsabilidad de sus actos. Se le pide que reflexione sobre este punto, y tome una decisión, la cual se trabajará la próxima sesión.

■ **Última sesión:** la pareja llega *media hora tarde* explicando que el motivo de su tardanza se debe a que no deseaban dejar sola a Sara en la casa. Ambos padres comentan que su hija está siendo atendida en el hospital de pediatría por una infección en las vías urinarias; al preguntarle a la madre sobre las posibles causas de la condición de su hija, Martha comenta que no tiene conocimiento de ello. Posteriormente Martha comenta que conversó con su esposo sobre dos puntos: **1)** el deseo por comenzar a estudiar la preparatoria y **2)** su decisión de separarse. Al explorar cómo fue que tomó la decisión de separarse, Martha explica que le pidió la opinión a su hijo Mario, el cual le dijo: *“estaría bien porque mi papá no te apoya, pero estaría mal porque me quedaría sin mi papá”*, al escuchar esto, ella decide seguir con su esposo y darle otra oportunidad, pues su hijo lo necesitaba. Al preguntarle si generalmente hablaba este tema delante de los niños, ella responde que “no”, pero que esa vez que habló con Mario, fue porque él la vio llorando y le insistió en que le dijera qué le pasaba.

Martha explica que ha pensado darle un plazo a su esposo para que cambie (aproximadamente dos meses), en el cual él debe responder económicamente y darse cuenta de lo que le falta a ella y a sus hijos. Se formula la pregunta del milagro, explorando lo que sucedería si el problema económico se resolviera, qué otro problema existiría. Martha evade la respuesta, comentando que su esposo debe ponerse las pilas, Oswaldo interrumpe y le dice a Martha que debería ser como antes, pero ella le responde que él debe cambiar primero.

La terapeuta hace la pausa con el equipo, en donde se discuten tres puntos principalmente: **1)** Martha es una mujer adulta y el equipo espera de ella una respuesta adulta; por lo cual la decisión no puede incluir a otras personas, **2)** plantear si es una meta realista la que ella le está pidiendo a su marido (en este punto, se le indica a la terapeuta intervenir preguntándole a Martha, cómo piensa que él puede aumentar los ingresos) y **3)** Martha debe tomar la responsabilidad para informarse y tener una acción ante lo sucedido con su hija para protegerla. Al regresar de la pausa, la terapeuta transmite los mensajes del equipo, realiza las intervenciones indicadas por el supervisor y hace el cierre de la sesión, dándole una nueva cita a la paciente para la semana siguiente.

<sup>7</sup> Toda esta información es recabada en la explanada de la Facultad.

Dos sesiones después la familia no asiste ni se comunica para cancelar la cita. La terapeuta se esfuerza por localizarlos sin lograrlo, por lo que con base en el reglamento del Centro de Servicios Psicológicos<sup>8</sup> la familia es dada de baja.

**Evolución del Motivo de Consulta:** en un inicio el motivo de consulta estaba enfocado en proporcionar terapia individual para el hijo mayor que presentaba problemas de aprendizaje por presentar dislexia, pero a la terapia individual asistió únicamente la madre donde trabajó el manejo de la depresión. Los terapeutas del área de medicina conductual a cargo del manejo clínico de la paciente, observaron la existencia de conflictos en la relación conyugal, razón por la cual, el caso fue canalizado al área de Terapia Familiar (previo consentimiento de la paciente). Martha acudió con toda su familia, y al exponer que la mayoría de problemas se encontraban en torno a su esposo, se decide trabajar terapia de pareja, dejando a los hijos fuera del proceso terapéutico en esos momentos. Debido a las continuas faltas a lo largo del proceso terapéutico, no fue posible seguir trabajando con la pareja. Como terapeuta intenté localizarlos sin tener resultados, por lo cual no se pudo explorar el motivo de estas faltas, ni negociar un posible cambio de horario. Al no encontrar respuesta de compromiso por parte de los pacientes hacia la terapia, se decidió seguir el reglamento del Centro de Servicios Psicológicos y darlos de baja del proceso terapéutico.

**Seguimiento:** no fue posible una cita de seguimiento, pues encontramos dificultad para ponernos en contacto con la familia. Un mes después, logramos hablar con Martha; en esos momentos se le preguntó si estaría dispuesta a asistir a una sesión de cierre y poder identificar los aspectos logrados y no logrados a lo largo del proceso terapéutico, Martha se muestra indiferente ante esta información y refiere tener problemas de horario para asistir a una sesión en estos momentos. La paciente le comenta a la terapeuta que en cuanto le fuera posible ella se comunicaría para solicitar esa cita, la cual hasta el momento no se ha llevado a cabo.

**Análisis del caso:** para realizar el análisis del caso, me basé en los pasos secuenciados que sugieren llevar a cabo Fisch, Weakland y Segal (1984) en su libro "La táctica del cambio" para el manejo de los casos clínicos bajo este modelo, los cuales deben llevarse a cabo desde la primera sesión:

**1) Identificación del problema del cliente:** para *Oswaldo* el principal problema consistía en que su esposa es agresiva y las cosas ya no son como antes. Ahora hay mucha falta de respeto y una de las situaciones que hace que los problemas persistan es el vivir en la misma casa con los suegros y con los hermanos de su esposa. Comenta que varios de los problemas que tienen se acabarían si tuvieran su propio espacio. *b) Martha* el principal problema es la situación económica, la actitud de su esposo (pasiva) y los problemas que existen con sus hijos (la dislexia y problemas escolares de Mario, y el posible abuso de su hija Sara).

---

<sup>8</sup> Dentro del reglamento del Centro de Servicios Psicológicos, tres faltas injustificadas por los usuarios, el Centro podrá darlos de baja; especialmente si los usuarios no se comunican con su terapeuta y llegan a un acuerdo. En caso de que los usuarios decidan retomar un proceso terapéutico deberán realizar el trámite de nuevo.

**2) Soluciones intentadas:** *a) En la pareja:* Martha lo agrede verbalmente para que su esposo entienda que debe tener otra actitud y ser responsable; ambos han discutido y platicado sin llegar a algún acuerdo; Martha recurre a las quejas y reclamos; Oswaldo se queda callado para evitar más problemas; Oswaldo trabaja más horas para poder tener más posibilidades económicas; ambos han intentado salirse de la casa de la familia de Martha, pero al no poder solventar las rentas se han tenido que regresar; ambos han buscado otros institutos para ayudar a sus hijos, como el INCH<sup>9</sup> donde trabajan con Mario por su problema de dislexia. Por último, ambos decidieron comenzar un proceso terapéutico. *b) Martha:* utiliza el desahogo y se desquita con Oswaldo y con los niños; cuando hay una pelea o situación que no le agrada, Martha se enoja “no busca quién se la hizo sino quién se la pague”, insulta y se sale de la casa a caminar; culpa y/o responsabiliza a otros de las decisiones que ha tomado; ha pensado en la decisión que desea tomar respecto a su esposo y darle otra oportunidad. Martha se ha fijado un plazo para tomar una decisión respecto a su esposo; plazo en el cual su esposo debe cumplir sus expectativas; sin embargo no le ha informado nada al respecto. Con relación a sus hijos, Martha en un intento de dominar un acontecimiento temido lo va aplazando, lo que se ve reflejado en la situación de su hija, en donde prefiere no tener información de lo acontecido. También establece una relación extramarital y busca el apoyo de su familia de origen. *c) los hijos:* Mario cuando ve angustiada a su mamá, la consuela, dándole consejos o su opinión.

**3) Decidir qué se debe evitar:** se debía haber evitado darles la sesión a la familia si ésta no cumplía con los horarios asignados (se debieron marcar límites); por parte de la terapeuta concretizar, no irse mucho a los detalles y buscar establecer metas y objetivos claros para el proceso terapéutico; se debía haber evitado el abordar diferentes temas en una sola sesión, en lugar de enfocarse solo al tema central detalladamente.

**4) Formular un enfoque estratégico:** focalización de un solo problema para trabajar en él, y posteriormente promover el impacto de éste en otras áreas; el uso de metáforas, en donde se pueda mostrar las funciones de Martha (madre y pareja) y su rol para organizar la familia. Evidenciar que Mario estaba asumiendo un papel y responsabilidades que no le correspondían.

Cuando reflexiono sobre el manejo del caso, me quedo pensando *¿qué problema trabajaría primero como terapeuta si éste caso se me volviera a presentar?*, considero que una primera alternativa sería el trabajo con los hijos: 1) escolaridad de Mario y su problema de dislexia y 2) el posible abuso de Sara. El trabajar con los hijos permitiría explorar la organización y recursos que tiene la pareja como padres; así como introducir una estrategia de trabajo en la cual al abordar la problemática de los hijos constituiría un camino menos amenazante para llegar a la pareja e identificar los problemas existente en la relación conyugal, comprometiendo a los padres con el proceso terapéutico. De esta manera podríamos cubrir diferentes problemas, por un lado apoyar a los hijos en la resolución de sus conflictos, confirmar a los padres en su tarea de cuidado, protección y responsabilidad con los hijos, detectar los recursos de la pareja así como los principales conflictos, abriría un camino hacia el trabajo con la pareja.

---

<sup>9</sup> INCH. Instituto Nacional de Comunicación Humana

**5) Formular tácticas concretas:** promover los cambios que la pareja deseaba, sin que se apresuraran en lograrlos; la prescripción de la recaída, puntualizando que Martha ya ha tomado decisiones de manera impulsiva y no se ha responsabilizado de ellas ni de sus consecuencias, como puede ahora en estos momentos tomando en cuanto experiencias anteriores tomar una decisión a pesar de las circunstancias que le rodean, evaluando los pros y contras; trabajar con los miembros que asistan a la sesión. En este caso, al ser terapia de pareja si Oswaldo decide ya no asistir a las sesiones, no por ello se detendrá el proceso, sino que se trabajará con un solo miembro, en este caso Martha.

**6) Intervenciones principales:** a lo largo del proceso se realizaron diferentes intervenciones, entre las que destacan: **1)** creación del sistema terapéutico (encuadre); **2)** la definición del motivo de consulta; **3)** se normalizó<sup>10</sup> el problema de dislexia de Marcos; **4)** la exploración de los cambios que les gustaría obtener, así como la identificación de expectativas que cada miembro de la pareja tenía con relación al proceso terapéutico; **5)** exploración de los motivos que mantiene unidos a la pareja en la relación; **6)** no forzar una situación, respetando la decisión del paciente (lo cual se observó cuando la terapeuta no insiste en que Oswaldo participe en la sesión); **7)** el trabajar la toma de decisiones responsable, realista y personal de cada uno de los miembros; **8)** utilización de la “*pregunta de milagro*”<sup>11</sup> (si los problemas económicos se terminarán y este aspecto estuviera resuelto, ¿qué sucedería? ) y **9)** proporcionar el mensaje del equipo e inmediatamente hacer el cierre de la sesión.

**7) Señalamiento de recursos y limitaciones:** a lo largo del proceso se presentaron diferentes limitaciones que impidió un manejo más satisfactorio del proceso terapéutico, en el cual identifiqué tres aspectos principalmente:

**a) Límites:** la principal limitación que se encontró desde el inicio del proceso fue el tiempo, pues la familia llegó tarde en casi todas las sesiones. Un aspecto que hubiera ayudado en este punto, fue el haber establecido límites tanto el terapeuta como el equipo. Por otro lado, cuando recibimos el caso, consideramos que un recurso que sería de gran utilidad sería el tener el expediente de la paciente así como notas del caso, pero a la larga esto se convirtió en una limitación, pues no marcamos un límite respecto a la información que el expediente contenía con relación a la nueva información que se estaba recabando en el nuevo proceso (terapia familiar); como fue el querer confirmar los datos acerca de la infidelidad.

**b) Características de la familia:** se trata de una familia desestructurada con muy pocos recursos (tanto cognitivos como económicos), cuenta con un lenguaje poco estructurado,

<sup>10</sup> Los pacientes describen como problema, a aquellas dificultades que se han mantenido el tiempo suficiente para ser consideradas como problemáticas. En este sentido, el terapeuta puede guiar la sesión considerando la situación del paciente como algo normal y cotidiano en lugar de algo patológico o psicológico. El *normalizar* la conducta, colocando la situación en un marco de referencia más cotidiana, ayuda a que los pacientes a sentirse menos preocupados, poniendo en marcha sus recursos para superar su problema.

<sup>11</sup> La pregunta del milagro, ayuda a elicitar información acerca de cómo será la solución del problema.

con dificultad para concretizar una idea, con poco manejo de sus impulsos, principalmente por parte de la madre y con falta de motivación para iniciar un proceso terapéutico. Las características antes mencionadas, fueron un elemento que me hace pensar en dos direcciones: **1)** si era el momento adecuado para que la familia iniciara un proceso terapéutico y **2)** cómo manejar una familia con éstas características. Como terapeuta el enfrentarme a esta situación, constituyó un reto, pues a lo largo del discurso con la familia me era difícil establecer una dirección en los objetivos y metas a seguir, la información que la familia proporcionaba era ambigua y al tratar de explorar y delimitar la información, la familia se mostraba con muy poco interés, cambiando de un tema a otro sin permitir encontrar una relación entre ellos. Esta situación fue una limitación, pues de alguna manera llegué a un isomorfismo con la familia en cuanto a su desorganización y poca estructura, lo que me hizo sentir atorada en diferentes momentos del proceso. Los principales sentimientos que tuve fueron de frustración ante el poco avance y compromiso que la familia mostraba hacia el proceso.

**c) Sistema Terapéutico:** en un inicio, un recurso que poseía el caso, era la posibilidad de que todo el sistema terapéutico nos reuniéramos para la planeación, definición de objetivos y metas terapéuticas. Sin embargo, en algunos momentos todo este diseño se llegó a difuminar, pues nuestra atención se centró más en el contenido de la información que en el proceso mismo del caso. Esta situación fue una limitación, pues existieron momentos en que se perdió el control del proceso y la sesión se iba construyendo conforme la familia proporcionaba información, dejando de lado la revisión de tareas y reflexiones, la exploración de alternativas cuando se realizaron intervenciones y el aprovechar de una manera más efectiva la única vez que la familia llegó puntual a la cita.

Por último, otra limitación fue el no poder continuar trabajando con la familia, debido a sus faltas. El que la familia ya no asistiera, no nos permitió rectificar aquello que pudimos estar haciendo mal, la evaluación de los alcances y limitaciones, así como el fortalecimiento de la alianza terapéutica.

**Comentarios del caso:** conforme se iba trabajando con la familia, la sensación que ésta me reflejaba, me hacía pensar que no se encontraban interesados en la terapia, pues mostraban una actitud poco comprometida, caracterizada por sus llegadas tarde, la poca participación en la realización de las tareas y la falta de atención para escuchar los mensajes. Además las características propias de la familia, me implicaban una dificultad para su manejo, pues contaba con pocos recursos (cognitivos), una comunicación indirecta y confusa, además de una conversación desestructurada donde cambiaban constantemente de un tema a otro.

Esta situación me llevó a identificar en mi persona un sentimiento de frustración y enojo, lo cual me hacía pensar que si estas emociones se presentaban en los miembros de la familia fuera del espacio terapéutico, entonces comprendía lo difícil que habría de ser su convivencia diaria. Esta resonancia no pude transmitírsela a la familia, pues de alguna forma me quedaba atrapada en el contenido de la información y no tanto en el proceso, por lo cual en varias ocasiones me sentí sin rumbo y también un poco ausente para llevar la sesión. Al sentirme así, no ponía suficiente atención de mis actos, por lo cual mi decisión fue no escucharme a mí misma y seguir las instrucciones que tanto el equipo y el supervisor me proporcionaban sin cuestionar sus sugerencias. A la larga, esto tuvo dos impactos diferentes, el primero de ellos fue el transformarme en un miembro más de la familia (en cuanto a mi actitud), lo que me restó campo de acción para hacer

intervenciones, y por otro lado al no tomar una decisión en la que yo me responsabilizara conscientemente de cada uno de mis actos me llevó a cometer los mismos errores que estaban teniendo la pareja; sin darme cuenta, me había isomorfizado con ellos.

Considero que el equipo no percibió esta situación, pues mi actuación como terapeuta (estratégicamente) no era equivocada pues realizaba todas las indicaciones y mensajes que el equipo me proporcionaba; pero en la parte personal era donde se estaba llevando toda esta desorganización, que no pude abrir mientras se llevó el caso.

Posteriormente, cuando se decide darlos de baja del proceso, fue extraño identificar lo que estaba sintiendo, que era una tranquilidad de que el proceso hubiera terminado, por lo cual cuando realicé las llamadas a la paciente, no insistí en que regresara al proceso, pues de alguna manera comprendía por qué se habían ido.

La parte más significativa del proceso y de lo que aprendí con esta familia, es la importancia de estar pendiente de estas resonancias y poderlas externalizar. En este sentido, una situación que considero vale la pena mencionar es la importancia de trabajar el cuidado y la persona del terapeuta, en donde se pueda trabajar la parte emocional respecto a lo que está sintiendo el terapeuta y el equipo con relación al caso clínico.

Respecto al proceso y al manejo terapéutico, pienso que hubo varios puntos que en su momento no llegamos a reflexionar sobre el manejo del caso clínico, entre los que destacan:

- *¿Existió una buena identificación del motivo de consulta?*,
- *¿se habrán dejado de lado algunas expectativas de la pareja hacia la terapia?*,
- *¿qué esperaba Oswaldo de la terapia?, ¿realmente Martha quería trabajar la relación de pareja?*,
- *¿porqué Oswaldo en una de las sesiones no quiso entrar, estaría disgustado con el equipo?*,
- *¿qué posibles significados existirían en torno a la resistencia a la terapia?*,
- *el lenguaje no verbal que proyectaban ¿qué significado tenían sus acciones de impuntualidad? ¿qué mensaje nos enviaban con éstas acciones?*,
- *si tuviera la oportunidad de trabajar con ellos nuevamente ¿bajo que enfoque o modelo trabajaría?, ¿haría algo diferente?*

Desde un inicio era claro que la pareja tenía dificultades en su relación, la hoja de canalización lo indicaba también, por lo cual cuando la pareja expresó tener problemas, comenzamos a trabajar ese motivo de consulta, no identificando que posiblemente habría otros elementos que podríamos haber abordado antes, como lo eran los problemas de los hijos. Considero, como lo mencioné anteriormente, el trabajar con los niños tal vez hubiera abierto una puerta para el trabajo con la pareja, en un contexto de menor resistencia. Lo que me lleva a pensar, *¿porqué la pareja, a pesar de tener conflictos, se sentía amenazada al querer explorar su posible problemática?*.

Una posible respuesta, hace referencia a las expectativas que la pareja tenía hacia la terapia; tal vez Martha sentía inseguridad respecto a que el tema de sus anteriores parejas se abordara, para Oswaldo posiblemente percibía el tema de la separación presente en la terapia, y nosotros como equipo y terapeuta tal vez no nos percatamos de esto, de los tiempos de la pareja y su momento de cambio, enfocándonos en las

intervenciones enfocadas en metas realistas, para las cuales tal vez la pareja no estaba preparada. Me parece que éste fue un aspecto que no definimos con mayor claridad.

Por otra parte, existían varios problemas identificados, para Oswaldo la forma en como su esposa se relacionaba con él era una situación que no le agradaba pues ella se mostraba agresiva y le faltaba al respeto, además de que la familia de origen de ella estaba muy presente y no había límites claros entre ambas familias. Para Martha los problemas económicos, la actitud pasiva de su esposo para solucionar o buscar un trabajo mejor remunerado y los problemas con sus hijos era el principal motivo de consulta. Si lo observamos de ésta manera, existían otros aspectos a trabajar antes de abordar la relación de pareja, pues explícitamente ellos no definieron trabajar su relación de pareja, y tal vez el trabajar con la pareja otros problemas que involucraban un trabajo en equipo por parte de ambos hubiera sido más atractivo para ellos y más beneficioso para la familia, como lo eran los problemas de los hijos.

Pienso que las intervenciones realizadas iban muy encaminadas al proceso de resolución de conflicto en la pareja, pero si ésta no había definido trabajar su relación, tal vez nuestras intervenciones pudieron ser percibidas como agresivas, y la pareja reaccionaba ante ellas con impuntualidad y poco compromiso ante la terapia, *¿para que ir, si esto no lo queremos trabajar? ¿habrá pensado así la pareja?*, nunca se lo preguntamos. Pero la familia nos estaba dando mensajes con su conducta no verbal y acciones.

Si tuviera la oportunidad de trabajar con ellos nuevamente, sería una mejor observadora de sus actos, escucharía con mayor detenimiento sus demandas y establecería las metas de la terapia junto con ellos. En ocasiones las familias pueden tener dificultad para establecer los objetivos, pero creo que debemos respetar los tiempos que tienen los pacientes para poder estructurarse y exponer claramente lo que esperan de la terapia, sin que nosotros demos por hecho lo que quieren tan solo porque claramente identificamos problemas en algún subsistema.

En este caso, tal vez la prontitud por definir una estructura del trabajo, ya fuese por el modelo, la supervisión, el contexto de encontrarme en formación y el tener que cumplir con los tiempos del semestre y espacio, fueron factores relacionados con el apresurarse, lo cual me restringió capacidad para maniobrar con la familia. A partir de ésta experiencia, aprendí el poder llevar mis propios tiempos y respetar los de la familia. Creo que no es tanto por el modelo de trabajo, pues intervienen otros elementos más importantes como el conocimiento que tenemos de nosotros mismos para manejar la presión y la tolerancia hacia los estilos diferentes de nuestros pacientes. Hoy día pienso que existen otros caminos para establecer una mejor relación con los miembros que asisten a la terapia, y que tiene que ver con la oportunidad de establecer una buena alianza, conocimiento de la familia y construir un lazo de confianza; algo que me ha ayudado a hacerlo es la construcción del genograma (lo cual no se hizo en éste caso), pues abre la oportunidad de conocer más acerca de la familia, de sus creencias, posturas y estilos, que nos proporciona herramientas para conducirnos en el sistema con el cual trabajamos.

**CASO 8**

**Modalidad de trabajo terapéutico:** un solo terapeuta  
**Terapeuta:** Alma Téllez R.  
**Número de sesiones:** 11  
**Periodo comprendido:** del 15 de abril al 11 de noviembre del 2005  
**Modelo:** *Terapia Breve y Soluciones*  
**Supervisor del caso:** Mtra. Patricia Moreno  
**Sistema terapéutico:** integrado por el supervisor y el equipo terapéutico detrás del espejo.  
**Motivo de consulta identificado:** Infidelidad y Divorcio-Separación  
**Ciclo vital de la familia:** Familia con hijos jóvenes adultos

**Familiograma:**

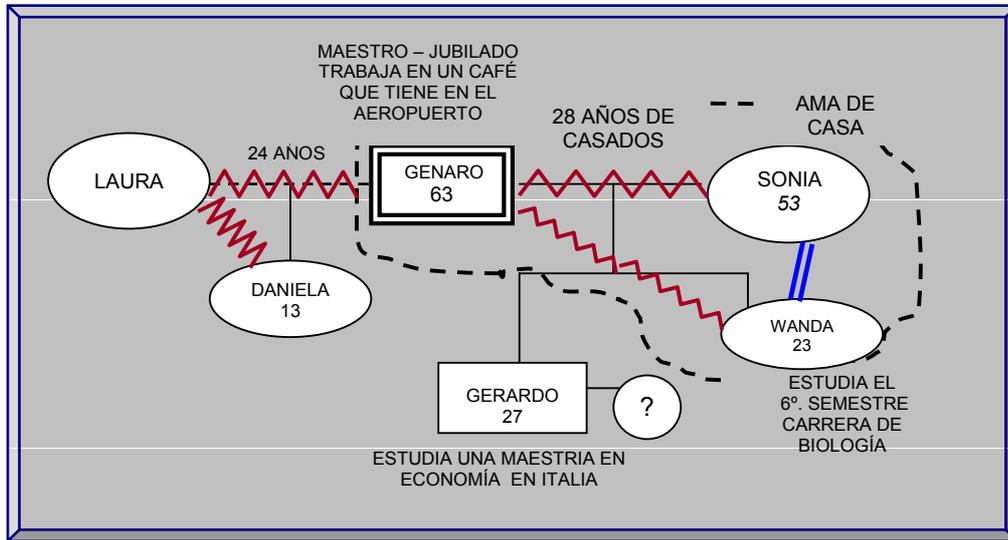


Figura 18. Familiograma correspondiente al caso 8

**Descripción de la familia:** la familia se encuentra integrada por el padre (Genaro- 63), la madre (Sonia- 53) y dos hijos (Gerardo- 27 y Wanda- 23). A las sesiones asisten todos los miembros, excepto Gerardo, quien se encuentra haciendo su maestría en Italia desde hace un año. Durante las primeras sesiones se observó a partir de la interacción entre sus miembros, que: 1) los miembros que integran esta familia poseen una gran cantidad de recursos tanto cognitivos como emocionales, 2) la hija se encuentra sobreinvolucrada en la problemática familiar, se observa que posee una jerarquía casi igual a la de Sonia, 3) se observa un fuerte conflicto de la hija hacia su padre, pues la imagen que ella tenía de él se ha desvanecido, 4) Sonia se muestra indignada y muy dolida en relación a su pareja, con dificultad para tomar decisiones en esos momentos; 5) Genaro se muestra pasivo, receptivo ante los reclamos de su hija y esposa, dispuesto a hacer lo necesario para reestablecer la tranquilidad de su familia, por último 6) el hijo mayor mantiene una posición neutral respecto a la infidelidad de su padre, no sólo por la distancia geográfica que los separa, sino porque considera que es una situación que sus padres deberán arreglar solos (establece límites), comunicándoles telefónicamente que no tomará parte por ninguno de los dos y que respetará la decisión que ellos tomen.

En el momento en que es descubierta la situación de infidelidad, Sonia y Wanda solicitan terapia en el Centro de Servicios Psicológicos (cada una llenando una solicitud por separado), describiendo como principal motivo de consulta: *superar la infidelidad de su esposo/padre ocurrida hace un mes.*

**Antecedentes:** desde hace 24 años Genaro había mantenido relación con otra mujer con quien tiene una hija de 13 años, Sonia nunca se dio cuenta de esa relación, pues siempre consideró a su esposo incapaz de hacer algo así, describiéndolo como un hombre tranquilo, que no fuma ni bebe, que no le gustan las fiestas y que su forma de conducirse tan tranquila era la envidia de todos sus amigos, pues ante ellos conformaban un matrimonio “*modelo*”, sólido y estable. Cuando su esposo llegaba tarde, ella sabía que era por su trabajo, pues siempre había procurado que a su familia no le faltara nada.

La forma en cómo se descubre la infidelidad de Genaro, fue una noche en la cual Genaro llegó muy angustiado diciéndole a Sonia que su hija estaba fuera de la casa, Sonia pensando que era de Wanda de la que hablaba se angustió también, pero Genaro le explicó que no era de ella de quien hablaba sino de otra hija a la cual su madre la había corrido de la casa. Cuando Genaro le quiso explicar lo ocurrido, llamó la madre de Daniela a la casa pidiéndole a Genaro le llevara a su hija; fue hasta su regreso que tuvo que explicarle todo lo sucedido a Sonia y a Wanda.

En esta explicación Genaro relata, que cuando trabajaba en la línea aérea (vendiendo café) conoció a una muchacha y comenzó una relación de amigos, que con el tiempo se fue haciendo difícil y dolorosa, pues ella lo chantajeaba y amenazaba con decirle a su esposa que él era su amante. Genaro explica que él ya no quería esa relación pero que no sabía cómo terminar con ella. Tiempo después, Laura le propone una solución para concluir todo, la cual consistía en que ella tuviera un hijo de él, así podría irse tranquila y comenzar su vida. Genaro que tenía miedo de que su esposa se enterara, acepta esta propuesta sin sospechar (aparentemente) que quedaría ligado a esta relación como padre de Daniela.

Sonia al escuchar esta historia no le cree a su esposo. Wanda tampoco creyó la versión de su padre, pues consideraba que había más información que desconocían. A partir de esta idea, Wanda toma la decisión de visitar a Laura para averiguar “*la verdad*”, llevando consigo una grabadora. Al llegar a su objetivo, conversa con Laura, y ésta accede a contestar a todas las preguntas realizadas, sin saber que estaba siendo registrada toda la información que se tenía durante la plática. Después de esa visita, Wanda junto con su madre, escucharon la grabación. Genaro al enterarse de la acción que realizó su hija, niega cualquier información que le haya proporcionado Laura, pues el objetivo de ésta es hacerle daño a su familia. A partir de este evento, toda la familia decide buscar ayuda para superar este problema.

**Motivo de consulta identificado:** 1) problemas en la pareja conyugal y 2) problemas en la relación del padre con relación a su hija.

**Hipótesis sistémica que guió el proceso:** el problema de Genaro se centra en la poca responsabilidad en la toma de decisiones y el establecimiento de límites, lo cual no le permite distinguir entre sus necesidades y sus compromisos, esto lo ha llevado a

colocarse en una aparente situación de autosacrificio en pro del bienestar de su matrimonio, lo cual al paso del tiempo no pudo solventar, ya que un evento imprevisto lo obligó a romper el silencio y confesar a su familia la existencia de otra hija producto de una relación extramarital. La problemática conyugal se ha desbordado y ha comenzado a afectar a otros subsistemas, en este caso la hija, que es quien actúa el enojo y decisiones de la madre.

**Objetivos:** los objetivos estuvieron dirigidos a: **1)** identificar y generar recursos que le permitiera a la pareja un mejor manejo de la crisis que presentaban en su relación; **2)** identificar elementos que les permitieran evaluar las posibles alternativas para la resolución del problema, considerando el trabajar una buena separación o integración de la pareja y **3)** el desarrollo de pautas de comunicación más claras, así como la toma de decisiones y el establecimiento de límites. En este sentido, es importante mencionar que durante las primeras sesiones, Wanda se encontraba sobreenvolucrada en la problemática de la pareja, por lo cual uno de los objetivos se enfocó en separar los subsistemas (padres e hijos) para poder trabajar en una primera fase la relación conyugal (terapia de pareja) y posteriormente la relación de Wanda con su padre.

**Proceso terapéutico y estrategias de intervención:** las intervenciones realizadas con la familia se sustentaron en el modelo de terapia breve y soluciones. La decisión de trabajar estos dos modelos, estuvo determinado por el cambio de semestre y el supervisor del caso. Ambos modelos, se caracterizan: 1) por crear una nueva clase de intentos de solución, basándose en la premisa de que los cambios que ocurren dentro de la misma clase de soluciones intentadas, contribuyen al mantenimiento del síntoma, en otras palabras, *más de lo mismo se hace parte del problema* y 2) por enfocarse en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas.

En un inicio, las estrategias estuvieron enfocadas en **legitimizar y validar** los sentimientos de Sonia y su hija, pues asistieron solas a la primera sesión. En ella, expusieron la principal problemática (infidelidad por parte del esposo / padre) por la cual solicitaron apoyo psicológico. Al final de esta sesión, se exploró la posibilidad de que Genaro participara en el proceso y que ellas aceptaran esta propuesta. La intención de que el esposo asistiera, se basó en la idea de poder **obtener información** del paciente sobre el problema (en este caso, el paciente identificado), para poder integrarlo al sistema y trabajar con todos los miembros interesados en la resolución del conflicto. Genaro acepta de buena manera la invitación a la terapia, pues él se encuentra dispuesto a hacer todo lo que pueda para reestablecer su situación familiar.

Genaro asiste con su esposa e hija dos sesiones, en las cuales intenta explicar su versión acerca de la infidelidad, asumiendo una postura de sumisión y arrepentimiento ante el problema. Sonia escucha a su esposo en silencio, llorando; mientras que Wanda lo interrumpe con reclamos y preguntas. Se **establece la regla** de poder escucharse unos a otros, aguardando su turno para poder hablar, sin embargo, Wanda no puede respetar la indicación de la terapeuta. Se observa que la hija, actúa el enojo y reclamos de Sonia, atacando a su padre, exigiéndole respuestas y señalándole cómo debería conquistar a su madre de nuevo. Esta situación es observada por el equipo y la terapeuta, por lo cual se

decide realizar un **movimiento de sillas**<sup>12</sup> (Minuchin, 1976) para poder delimitar los subsistemas (padres e hija), señalando geográficamente el sobreinvolucramiento de la hija en la problemática de los padres. La intervención no funciona, y Wanda sigue en su aparente *“rol de esposa”* confrontando a su padre. Se decide utilizar una **metáfora** (Minuchin y Fishman, 1976) para señalarle a Sonia que su hija estaba asumiendo un papel que no le correspondía: *“... al parecer Wanda ha robado tu voz, ¿desde cuando sucedió esto?...”*; la intervención funciona, Sonia reacciona y adopta una postura más activa en el proceso, asumiendo su papel de esposa y madre de Wanda. De esta manera, se comenzó a **explorar las expectativas** que cada miembro de la familia tenía con relación a la terapia. Sonia espera poder volver a tener tranquilidad y confianza hacia su esposo, Genaro: recuperar a su esposa y el respeto de sus hijos y Wanda, no estar tan afectada por el problema y construir una relación con su padre.

Durante las siguientes sesiones, Wanda vuelve a sentarse en medio de sus padres, interviniendo con reclamos y confrontaciones hacia su padre, su actitud parece mostrar que no puede dejar de asumir el *“rol de esposa”* y que Sonia no puede marcarle un límite a su hija. Se hace una intervención, en la cual se le pregunta a Wanda: *“... cuánto tiempo de tu vida has dejado, por estar involucrada en los problemas de tus padres? ...”*, se le pide que reflexione sobre ello y se decide junto con el equipo, el poder trabajar por subsistemas. La idea es transmitida a la familia, ante el enojo de Wanda, la cual comenta que desea estar presente en las sesiones para defender a su madre y ayudarle a decidir, sin embargo, ambos padres coinciden con el equipo y la terapeuta, respecto a que Wanda no participe en ese momento. A partir de esta intervención, se comienza a trabajar únicamente con la pareja conyugal.

■ **Terapia de pareja:** la **puntuación de los hechos** que hacía cada miembro de la pareja respecto al problema, era distinta. Sonia se culpaba así misma, por no haberse dado cuenta de la infidelidad de su esposo, tal vez ella había fallado y por ello, Genaro se había buscado *“otra”*; Genaro por su parte pensaba que Sonia era la mejor mujer del mundo, que nunca había fallado y que se encontraba arrepentido por no haber sabido cómo terminar la relación con la otra persona, describiendo su situación como: *“encontrarse entre la espada y la pared”*. Se observa que su **comunicación** a nivel de contenido era muy parecida *“ambos tenían un matrimonio estable, funcional y feliz”*, pero a nivel relacional, la situación de la infidelidad cuestionaba la realidad que hasta ese momento habían estado viviendo.

Al estar la hija fuera del sistema, Sonia comenzó a cuestionar a su esposo respecto a la otra relación, pero su esposo se limitaba a pedir disculpas, evadiendo las respuestas. Se identifica en esos momentos una **pauta de interacción** en la pareja, en la cual mientras más preguntaba Sonia, su esposo evadía con igual intensidad las respuestas, asumiendo una postura sumisa y desvalida; Sonia reaccionaba guardando silencio (escondiendo su enojo) y él se quedaba callado.

Una de las primeras maniobras que utilizamos ante esta situación, fue que ambos miembros de la pareja **elaboraran peticiones concretas**, basadas en lo que esperaban del otro (evitando el reproche y/o la culpa). El objetivo, era la **identificación de recursos**

<sup>12</sup> Es importante señalar que el movimiento de sillas y la utilización de metáforas son algunas de las intervenciones empleadas por el modelo estructural; en este caso fueron empleadas para poder delimitar los subsistemas.

para el establecimiento de un canal de comunicación en la pareja. Genaro expresó el poder ser perdonado por su esposa; Sonia, que su esposo tomara una decisión respecto a quién ama y con quién se quedará para hacer una relación de pareja, explicando que necesita que él decida para poder tomar una decisión ella misma. Se observa, que ambos miembros de la pareja, no pueden asumir la responsabilidad de su propia decisión, y que la postura que cada uno de ellos tome, se encuentra basada en lo que el otro decida, conformando un círculo vicioso de incertidumbre y malestar entre ellos. La postura de ambos, revela una **interacción simétrica** basada en la igualdad, con respecto a que ambos se hacen cargo de responsabilizar al otro de las decisiones que se vayan a tomar en la relación. De esta manera, la pareja muestra un **cambio tipo 1**, es decir un cambio para no cambiar, en el cual, se comprometen a participar en la terapia, pero sin mostrar una actitud cooperativa que promueva un cambio personal hacia la toma de decisiones.

Hasta ese momento, el intento de solución utilizado, ha sido el "dominar un acontecimiento temido aplazándolo", pues aunque ambos toman la decisión de enfrentar la situación, en realidad no llevan a cabo ninguna acción encaminada a su ejecución. De tal forma, que el intento de solución, constituye parte del problema. Al identificar este circuito repetitivo, se plantea la posibilidad de **cambiar la dirección** del proceso terapéutico, enfocándonos en explorar la historia de cómo se conformó la pareja, la identificación de aspectos positivos de cada uno y de la relación, así como los elementos que los han mantenido juntos durante 28 años de casados.

Durante este tiempo ocurre un evento externo que modifica la dinámica de la familia; Gerardo quien vive en Italia va a casarse. Debido a problemas económicos, Genaro puede financiar solamente dos boletos para el viaje, y la familia decide que Sonia y Wanda sean las que asistan a la boda. De esta manera, Genaro se queda en México, y decide asistir solo a la terapia.

Se trabajó con él dos sesiones, en las cuales se le brindó un espacio de escucha atenta, respetuosa y sobre todo, con una postura de credibilidad ante su versión de los hechos. Esta situación, permitió que Genaro se mostrara más tranquilo (emocionalmente), receptivo hacia los mensajes del equipo y con una actitud más participativa para trabajar: **1)** la toma de decisiones respecto a su relación con Laura y su hija, **2)** el establecimiento de límites en la relación con Laura y **3)** la responsabilidad tanto instrumental como afectiva con su hija Daniela. Al parecer, la distancia le permitió volver a reconocerse como un hombre valioso con poder de decisión y con derecho a ser feliz, asumiendo con responsabilidad la consecuencia de sus actos. Este cambio fue acompañado de otros como la decisión de solicitar apoyo legal para establecer las directrices en cómo quedaría asentado el apoyo a su hija Daniela, así como destinar un tiempo y espacio para recuperarse como persona y construir bajo otras bases su relación con Sonia y Wanda. De alguna forma estas decisiones llevaron a que las reglas sobre la comunicación se modificaran (**cambio tipo 2**). Genaro, hizo un cambio muy importante, en un inicio la acción que realizaba, la llevaba a cabo a un nivel equivocado, pues esperaba que su pareja cambiara en lugar de dirigir la acción hacia el cambio personal. El ciclo comenzó a invertirse, cada vez Genaro se escuchó a sí mismo, identificando lo que realmente deseaba para poder tomar decisiones, las cuales trataba de mantener y respetar. El cambio realizado, contribuyó a que una vez que Sonia regresó del viaje, a que las interacciones rígidamente complementarias que tenían, comenzaran a alternarse con interacciones simétricas, lo que abrió un camino para el diálogo y la negociación.

Las tres sesiones siguientes, constituyeron un punto importante dentro del proceso, pues la pareja comenzó a establecer acuerdos, entre los que destacan: **1)** la aceptación de Sonia respecto a que su esposo a pesar de haber terminado su relación de pareja con Laura, la relación entre ellos seguiría como padres de Daniela, **2)** la creación de una cuenta bancaria en la cual Genaro depositaría una cantidad suficiente para los gastos de su hija, **3)** el cambio de número telefónico para que Laura no llamara a su casa, **4)** el definir los días en los cuales Genaro visitaría a Daniela, **5)** no hablar de la infidelidad con la familia extensa tanto materna como paterna, **6)** hacer una revisión de su relación, para poder trabajar el perdón y el enojo, encaminados hacia una reconciliación y consolidación de la pareja en esta nueva etapa de sus vidas, principalmente. Al final del proceso, la pareja toma la decisión de seguir juntos y trabajar una buena integración de la pareja conyugal.

En la sesión número 11, la pareja decide hacer el cierre del proceso, considerando que tienen lo necesario para seguir su relación y comenzar proyectos nuevos. Dos meses después se hace una llamada de seguimiento, en la cual Sonia reporta estar mucho mejor en su relación y que solo faltaría que Wanda comenzara un proceso individual pues toda la información que Laura le dijo de su relación con su padre, le había afectado mucho. Se le da la indicación a Sonia de que se canalizará el expediente de manera interna y que posteriormente un terapeuta del Centro de Servicios Psicológicos se comunicaría con Wanda.

**Evolución del Motivo de Consulta:** el motivo de consulta fue evolucionando, de una terapia familiar a una terapia de pareja. Esta maniobra tenía dos objetivos principalmente: 1) la posibilidad de trabajar el problema únicamente con la pareja y 2) ayudar a Wanda a salir del conflicto de lealtades que presentaba al estar en medio de sus padres, estableciendo un límite entre ambos subsistemas. De esta manera, se trabajó los límites y la toma de decisiones en relación a una buena integración o separación de la pareja conyugal, Genaro comenzó a negociar los aspectos instrumentales que establecería con Laura y su hija Daniela. Cuando la terapia terminó la pareja conyugal tenía más clara su decisión de continuar juntos, trabajando en su relación de pareja la conformación de un equipo que les permitiera sobrellevar la situación con la otra familia.

**Seguimiento:** se llevó a cabo una cita de seguimiento vía telefónica tres meses después. La pareja se encontraba realizando trámites para cambiarse de casa, por lo cual no les era posible asistir a una sesión al Centro de servicios Psicológicos. En la llamada, Sonia refiere que se encuentra bien junto con su esposo, ambos tomaron la decisión de cambiarse de casa y se sienten satisfechos con ello. Laura ha comenzado un proceso legal en contra de Genaro, él por su parte ha contactado a un abogado para llevar el caso en los mejores términos. Wanda ha retomado sus estudios con mayor entusiasmo, se encuentra realizando su servicio social y ha comenzado a contemplar la posibilidad de realizar una maestría. Así mismo, ha comenzado un proceso psicológico individual y se encuentra más tranquila.

**Análisis del caso:** para realizar el análisis del caso, me basé en los pasos secuenciados que sugieren llevar a cabo Fisch, Weakland y Segal (1984) en su libro "La táctica del cambio" para el manejo de los casos clínicos bajo el modelo de terapia breve, los cuales se presentan a continuación:

**1) Identificación del problema del cliente:** el principal problema de la familia está en torno a las decisiones que tomarán en relación a la otra familia, lo cual repercute en diferentes áreas como lo son: la separación o buena integración de la pareja, el establecimiento de nuevas formas de relación de Genaro para con Laura y Daniela, la formulación de acuerdos y negociaciones entre los miembros de la familia y el que Wanda pueda trabajar su enojo hacia su padre, para poder establecer una forma diferente de relacionarse con él.

**2) Soluciones intentadas:** *a) Sonia:* en un inicio niega la situación de infidelidad, posteriormente al reconocerla, comienza a asistir a terapia, la cual abandona al no sentirse a gusto. Por otro lado ha hablado con sus dos hijos, obteniendo mayor apoyo de su hija. Así mismo, ha evaluado los pros y los contra de su relación, llegando a la conclusión de que sigue amando a su marido, y desea seguir en la relación. También ha decidido no contarle nada a su familia de origen, para que no tengan una mala imagen de su esposo; por último tomó la decisión de asistir y comenzar un proceso terapéutico con toda su familia. *b) Genaro:* en un inicio decide ocultar su relación con Laura y hacer todo lo que ella le pedía por miedo a que su familia se enterara. A partir de que se abre esta situación, decide romper con Laura y comienza a realizar trámites legales con un abogado para abrirle una cuenta a su hija Daniela, estableciendo una cantidad que le depositará mensualmente. Por otro lado, llegó al acuerdo con Laura y su esposa en que un día a la semana visitaría a Daniela y se comunicaría con ella por medio de un celular. Por último ha hablado con su familia respecto a sus errores, pidiéndoles perdón y comprometiéndose a asistir a un proceso terapéutico. *c) Wanda:* cuando era pequeña llegó a sospechar que su padre tenía otra relación pero decidió no decirle nada a su madre junto con su hermano para no preocuparla. Tiempo después cuando se abre el tema de la otra relación de su padre, le pide ayuda a un amigo para investigar la dirección de Laura y hablar con ella, el objetivo era grabar la conversación. Por otro lado, decide asumir una postura que no le correspondía entre ambos padres, actuando el enojo de la madre que externaliza a través de reproches y exigencias al padre como si fuera ella la esposa. Por último, tomó la decisión de buscar ayuda y comenzar junto con sus padres un proceso terapéutico. *d) Gerardo:* ha decidido mantenerse neutral ante el problema de infidelidad, no interrumpiendo sus planes de vida y evitando el conflicto de lealtades que le pudiera traer el aliarse con alguno de sus padres.

**3) Decidir qué se debe evitar:** **1)** que Wanda interfiriera en la relación de pareja, pues ella ocupa un lugar diferente que es el de hija; **2)** se debía evitar que Genaro asumiera una postura de víctima, pues con ella evadía su responsabilidad encaminada a una toma de decisiones; **3)** se debía evitar que Genaro ante el enojo de su esposa, no asumiera su responsabilidad como padre de Daniela y rompiera su relación con ella; **4)** el sistema terapéutico debía evitar el aceptar los conceptos de la familia tácitamente, sin que ésta los hubiera definido en conductas, por ejemplo, si Sonia hacía mención de que ya perdonó a su marido, se debía identificar qué entendía cada miembro de la familia respecto al perdón, en qué consistía y cómo se darían cuenta de que éste ya se llevó a cabo. Por último se debía evitar que ante la situación de infidelidad existieran alianzas dentro del equipo terapéutico y/o la terapeuta, que pudieran marcar un sesgo en los mensajes y el manejo terapéutico.

**4) Formular un enfoque estratégico:** focalización de un solo problema para trabajar en él, y posteriormente promover el impacto de éste en otras áreas; el uso de metáforas, en donde se pudiera seguir mostrando, la importancia de una toma de decisiones; el establecer límites entre subsistemas y entre la relación de Genaro con ambas familias; el evidenciar que Wanda estaba asumiendo un papel y responsabilidades que no le correspondían.

**5) Formular tácticas concretas:** se formuló primeramente el identificar objetivos claros y concretos junto con la familia para trabajar a lo largo del proceso, promoviendo que los cambios que deseaban no debían apresurarse. Por otro lado señalar que Wanda debía asumir la posición que le correspondía en esta familia que es la de hija, para lo cual se le pide que reflexione en las cosas que ha dejado de hacer al estar tan involucrada en la relación de sus padres. Se decide trabajar primeramente con el subsistema parental y posteriormente con Wanda y su padre. Por último se decide trabajar con los miembros que asistan a la sesión, en este caso, al ser terapia de pareja si Genaro o Sonia, no podían asistir, no por ello se detendría el proceso, sino que se trabajaría con un solo miembro.

**6) Diseñar cómo “vender la tarea” y encuadrarla dentro de un contexto:** en el manejo del caso se enfatizó la importancia de formular acuerdos, respetando los límites establecidos entre ellos. Para lo cual fue necesario que Genaro tomara sus propias decisiones, de otra manera sus actos estarían supeditados a lo que sus parejas le indicaran, desconociendo si su conducta era mediada por su propia convicción o por sus miedos. Para lograr esto, se comenzó a explorar las excepciones en donde Genaro hubiera podido establecer límites y cumplirlos, amplificando los cambios y analizando su repercusión en otras áreas y a futuro. En relación a Wanda, las tareas estuvieron dirigidas a establecer una mejor relación con su padre y en enfocarse a su proyecto de vida, que había descuidado al estar involucrada en la relación de pareja. Por último, con respecto a Sonia, las tareas estuvieron enfocadas en validar sus sentimientos, que conllevara a un mejor manejo de la culpa y recuperación de la confianza en sí misma. Se enfatizó el promover el autocuidado y la responsabilidad que se tiene con uno mismo.

**7) Intervenciones principales:** las intervenciones estuvieron enfocadas en los siguientes aspectos: **a)** El *establecimiento de límites* que nos permitiera diferenciar los procesos de autonomía e interdependencia entre los miembros de la familia. Para ello, dentro de las sesiones se llegó a manipular el espacio físico que ocupaban los participantes, si Wanda se encontraba sentada en medio de los padres mientras discutían en la sesión, se le pedía que se ubicara al lado de alguno de ellos, señalándole que su lugar no era estar en medio de los conflictos de sus padres. Posteriormente, se decidió junto con la familia, que sólo asistiera la pareja a la sesión, pues los temas a tratar en ella sólo le correspondía a la pareja. En este sentido, el *manejo de la intensidad* constituyó un apoyo importante, pues aseguraba que el mensaje proporcionado por la terapeuta llegara a todos los miembros de la familia, por ejemplo: *“los problemas de los padres son problemas de pareja, en donde los hijos no pueden participar para resolverlos”*. El mensaje, al igual que el movimiento de sillas, buscaba el generar límites más claros entre los asistentes. **b)** *la apertura de canales de comunicación diferentes*, que les permitiera a los miembros de la familia dialogar entre ellos, llegar a acuerdos y respetarlos; **c)** la utilización de *tareas directas*, que apoyara los cambios de interacción entre los miembros de la familia, por

ejemplo cuando se le pide a Wanda que escriba las cosas que ha dejado de hacer en su vida al estar más involucrada en la relación de sus padres o bien cuando Genaro escribe en qué áreas y de qué manera se relacionará con Laura y su hija; **d)** la *intervención en la pauta*, en donde al haber identificado que Genaro se relaciona con el problema no tomando decisiones con respecto a sus acciones, se le invita a cambiar su conducta enfatizando el punto de que un pequeño cambio, puede ser la diferencia que haga la diferencia. Una intervención que ayudó a lograr este cambio, fue la *búsqueda de excepciones* y su amplificación, lo cual apoyó a Gerardo a reconocer su capacidad para establecer límites y tomar decisiones.

**8) Recursos y Limitaciones:** un aspecto que apoyó el desarrollo del proceso terapéutico fueron los recursos mismos que la familia poseía, los cuales se caracterizaban por la capacidad para escucharse respetuosamente (a pesar del enojo existente), la capacidad de ponerse en el lugar del otro, los lazos afectivos entre la pareja, la historia de buena convivencia que habían tenido a lo largo de sus 28 años de casados que les permitía valorar que como pareja constituían un buen equipo tanto conyugal como parental; la capacidad de Sonia para hacerse cargo de ella misma, asumiendo conductas de autocuidado y bienestar, principalmente. Cada uno de estos recursos fueron aprovechados para el establecimiento de un diálogo respetuoso entre sus miembros, enfocado a la negociación, establecimiento de acuerdos y toma de decisiones. Al finalizar el caso, la principal limitación identificada fue el no poder seguir el trabajo con Wanda y su padre, tanto por los tiempos de la terapeuta (que estaba a punto de terminar su formación) como por los tiempos de la pareja, la cual deseaba concluir el proceso para poder llevar a cabo nuevos proyectos fuera del espacio terapéutico. Considero que era muy importante trabajar la relación de Wanda con su padre, pues me pongo a pensar en las posibles repercusiones que la infidelidad podría tener en el futuro: ¿Cómo será la imagen que tendrá Wanda de su padre? ¿Podrá tener problemas para establecer una relación de pareja, pues posiblemente la imagen masculina quedó muy deteriorada? ¿Wanda podrá construir sobre otras bases la relación con su padre? etc.

Otra limitación que tuvo el caso a lo largo de su manejo, fue que el tema de infidelidad, creó una división por géneros dentro del sistema terapéutico, se llegó a identificar alianzas entre los miembros del equipo lo que en un inicio me dificultaba el poder transmitir los mensajes y el guardar la mayor neutralidad posible con la pareja. Un aspecto que me ayudó a manejar estas divisiones, fue la posibilidad de trabajar con Genaro algunas sesiones individuales, pues me permití escucharlo y crearle, pensaba en esos momentos *¿él es el experto en su problema, por qué no podría haber sido de esa manera?*, esta nueva postura me abrió el camino para apoyarlo de forma empática, comprender su realidad y construir otras posibilidades para abordar el problema. Esta nueva dirección, permitió que Genaro realizara un cambio tipo 2 y comenzara a comunicarse a un nivel diferente, asumiendo la responsabilidad de sus propias decisiones.

Por último, un aspecto que es importante señalar en este caso y que de alguna manera fue una limitación, hace referencia al término del último semestre de la maestría, que repercutió en que algunas de las sesiones finales, fueran llevadas a cabo sin equipo y sin supervisor, lo que no permitió el seguimiento del caso por todo el sistema terapéutico hasta el final.

**Comentarios del caso:** este fue el último caso que trabajé durante la residencia; en un inicio me encontraba preocupada por aceptarlo, pues por un lado, existía la posibilidad de no poder concluir su manejo, ya que se acercaba el término de la maestría lo que implicaba dejar de trabajar en el Centro de Servicios Psicológicos; pero por otro lado, debía cubrir el manejo de 8 casos clínicos y en mi situación particular, me faltaba uno. En ese tiempo, pensaba que si los tiempos no me lo permitían una posible solución sería el canalizar el caso a otros terapeutas para que le dieran continuidad, pero también pensaba que esa situación iría en contra de un aspecto personal, que es el no dejar inconcluso ningún trabajo.

Con el tiempo, esta preocupación se disipó, pues comencé a trabajar con la familia, y poco a poco me dí cuenta que la pareja iba realizando cambios continuamente a lo largo de las sesiones; considero que el elemento principal que los apoyó en todo este proceso fueron los recursos con los cuales contaba la familia para comunicarse y entender lo que el otro estaba sintiendo.

Por otro lado, dentro del manejo del caso, un elemento que me pareció interesante al momento de salir con el equipo detrás del espejo, era el observar que la problemática de la familia generaba muchas diferencias en cuanto a las opiniones del equipo, el cual se mostraba muy dividido. Las mujeres del equipo se encontraban molestas con el esposo, solidarizándose con la esposa, en cambio los hombres mostraban una actitud más conciliadora respecto a la conducta de Genaro. Esta situación en un inicio me dificultó un poco el proceso, pues me era difícil discutir los mensajes con el equipo respecto a lo que sucedía dentro de la sesión y concretar un mensaje que pudiera ser neutral frente a la pareja. Para resolver estas diferencias, lo que hice fue escuchar cada uno de los comentarios y transmitir a la pareja los distintos mensajes tanto para la esposa, el esposo y la pareja conyugal como tal.

El trabajo con esta familia me permitió entender que un aspecto importante en el manejo de problemas como la infidelidad, es el poder establecer un buen rapport y conexión con la persona que está viviendo el problema, en este caso la esposa; reconociendo su situación y validando sus sentimientos, pero sin aliarse con ella en contra del esposo. Considero que la neutralidad es un elemento que nos permite llevar un mejor manejo, pero que fácilmente puede romperse cuando las resonancias que nos produce la problemática, las actuamos dentro del proceso terapéutico. El principal elemento que me ayudó a estar atenta a esta situación, fue el ver reflejado estas resonancias en las discusiones con el equipo, identificando las alianzas por género y los sentimientos que generaba la familia en ellos.

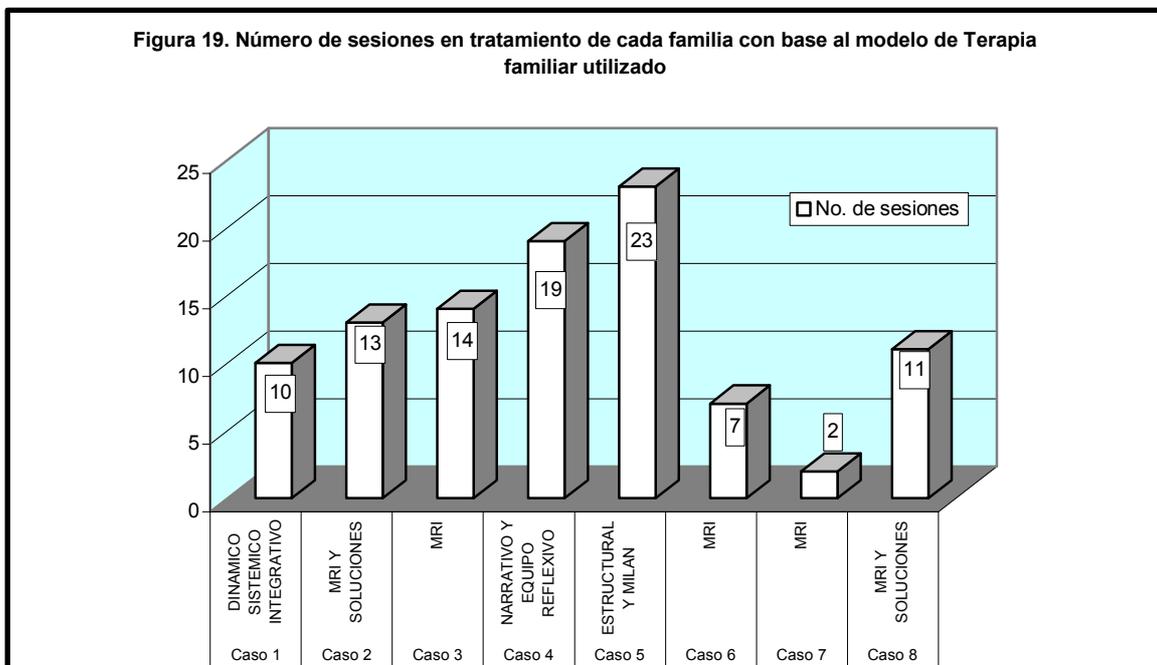
Por otro lado aprendí a identificar los momentos de la familia para dejar la terapia; en un inicio la pareja solicitó que fuera posible atenderlos cada semana, pero conforme iban realizando cambios los tiempos fueron más largos, lo cual me hizo sentir que la familia contaba con los elementos necesarios para salir adelante sin la terapeuta. Estas sensaciones pude comentarlas con el supervisor, por lo cual cuando se planteó con la pareja la posibilidad de terminar la terapia no dudé en dejarlos ir. Esta experiencia, me deja la enseñanza de que puede ser que para el terapeuta todavía existan aspectos que trabajar, pero que también es importante respetar las decisiones que toma la familia respecto a su proceso y confiar en que lo que ellos lograron les puede permitir alcanzar otros cambios.

Un aspecto que no se trabajó y que considero pudo haber sido valioso, era el explorar lo que significaba para Wanda que el padre tuviera otra hija; *¿qué sentía?*, *¿qué repercusiones tendrá esto en el futuro?*, *¿sentía amenazada su posición de hija?*, *¿tendría que rivalizar con su media hermana por el cariño de su padre?*, me quedan muchas dudas al respecto, me hubiera gustado tener la oportunidad de volver a trabajar con Wanda y su padre la relación entre ambos, el restablecimiento de la comunicación y confianza entre ellos, sin embargo por los tiempos del semestre y la decisión de la pareja para terminar el proceso no fue posible, constituyendo éste evento una limitación al final del proceso.

Respecto a los modelos utilizados, ambos me parecieron prácticos al momento de establecer la dirección del proceso, identificar los recursos e identificar pequeños cambios que me permitiera enfocarlos hacia un cambio mayor.

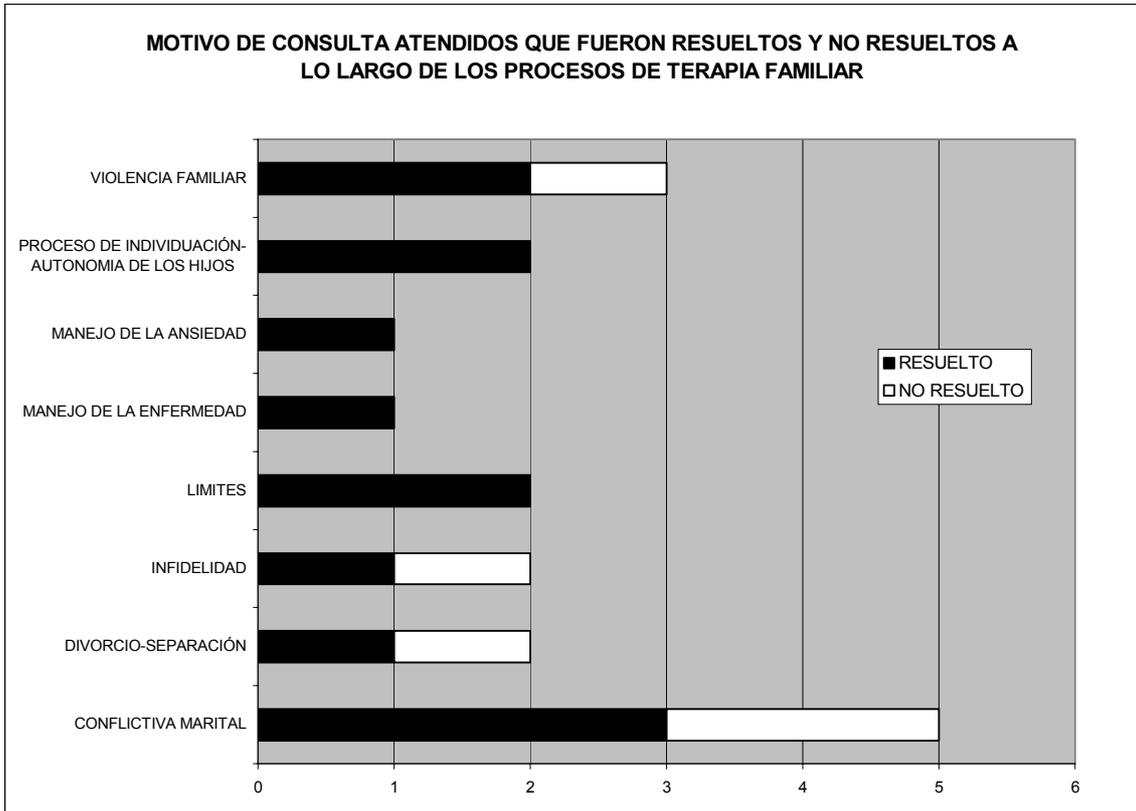
### 4.3 Análisis del sistema terapéutico total

En este apartado, se presenta en forma de gráficas, el total de casos clínicos que atendí a lo largo de la residencia como terapeuta y/o co-terapeuta, en un total de 89 sesiones, con un promedio de 11 sesiones por tratamiento, siendo el tratamiento más largo<sup>13</sup> de 23 sesiones y el más corto de 2 sesiones; las sesiones estaban espaciadas por una y dos semanas, aunque en ocasiones se llegaba a tener periodos más prolongados debido a circunstancias imprevistas que le impedía a la familia asistir (p.ej. enfermedad, visitas de otros familiares, problemas de horario, etc), los periodos vacacionales, el cambio de semestre y/o de supervisor o por tratarse de sesiones de seguimiento, en el cual el periodo promedio era de 2 meses. En la figura 19 que muestra el número de sesiones en tratamiento de cada familia de acuerdo al modelo(s) de terapia familiar utilizado(s) a lo largo del proceso.



<sup>13</sup> Para definir el caso con mayor número de sesiones, se consideró el motivo de consulta de los 8 casos trabajados, sin considerar los casos 1-2 y 3-4 como uno solo.

En este apartado, se presenta en la figura 20, los diferentes motivos de consulta de las familias que atendí como terapeuta y/o co-terapeuta en las 8 familias que asistieron a consulta. Del total de motivos de consulta atendidos, el 72% fueron resueltos en alguna medida y el 28% no fue posible darles un seguimiento, pues las familias decidieron abandonar el proceso terapéutico (Casos: 6 y 7).



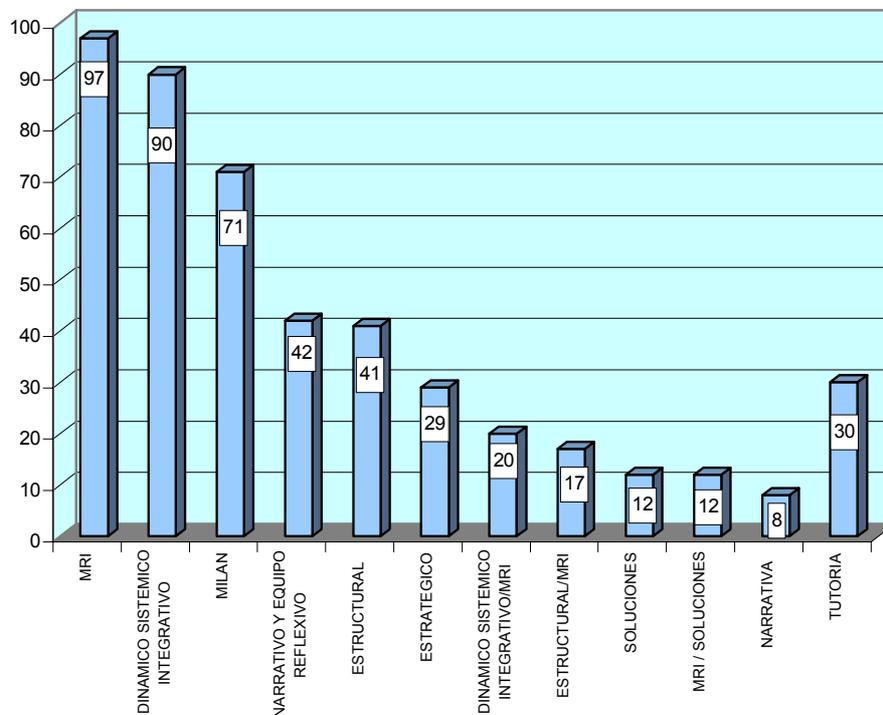
En relación al número de horas supervisadas, la tabla 5 y figura 21 muestra la relación del número de horas de supervisión respecto a cada uno de los modelos estudiados, siendo los modelos más supervisados el de terapia breve y el dinámico sistémico integrativo. Es importante señalar que en distintos momentos se llegó a utilizar una combinación de modelos, p.ej. terapia breve más soluciones, lo cual permitió: en distintas ocasiones se combinaron escuelas de terapia en una misma supervisión como fue el caso de las modalidades de terapia breve- soluciones, terapia dinámica sistémica integrativa-terapia breve, terapia estructural-terapia breve y terapia narrativa que incluía a los modelos de terapia conversacional y equipo reflexivo.

Así mismo, incluyo en la tabla el número de horas supervisadas con mi tutor, pues constituyó una parte esencial en la aportación de ideas en el manejo de casos, el trabajo con la persona del terapeuta y la identificación de resonancias en el trabajo con las familias.

**Tabla 5. Número de horas supervisadas por cada modelo durante la formación como terapeuta familiar.**

Modelo Supervisado	Número de horas supervisadas
Modelo Estructural	41 hrs.
Modelo Dinámico Sistémico Integrativo	90 hrs.
Modelo de Terapia Breve (MRI)	97 hrs.
Modelo Estratégico	29 hrs.
Modelo de Terapia de Milán	71 hrs.
Modelo de Soluciones	12hrs.
Modelo de Terapia Narrativa	8 hrs.
Modelo de Terapia Breve – Soluciones	12 hrs.
Modelo Dinámico Sistémico Integrativo - MRI	20 hrs.
Modelo Estructural - MRI	17 hrs.
Modelo de Terapia Narrativa – Equipo Reflexivo	42 hrs.
Tutoría	30 hrs.
<b>Total de horas supervisadas</b>	<b>469 horas</b>

**Figura 21. Número de sesiones con base al modelo utilizado**



En este apartado comento las modalidades de supervisión de casos que recibí en cada semestre durante dos años maestría por distintos profesores, así como el trabajo realizado durante las tutorías. Estas actividades se realizaron en su mayoría en el Centro de Servicios Psicológicos o en alguna aula del edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología.

## **SUPERVISIONES POR SEMESTRE**

### **PRIMER SEMESTRE**

#### **■ SUPERVISIÓN DEL MODELO ESTRUCTURAL I**

La supervisión bajo este modelo estuvo dividida en dos partes. En la primera de ellas, la profesora puso un especial interés en que los alumnos identificaran los conceptos de límites, jerarquías, alianzas y coaliciones. La modalidad en la que aprendimos a trabajar estos conceptos estuvieron enfocados en la revisión del libro Familias y terapia familiar de Salvador Minuchin, con el cual se realizaron exposiciones de cada uno de los capítulos y posteriormente se llevó a cabo un análisis estructural de una familia proyectada en una película<sup>14</sup>, a partir de la cual se identificarían los diferentes tipos y estructuras de familia, los sistemas y subsistemas familiares, las principales relaciones entre sus miembros, así como algunas implicaciones culturales y sociales que podrían estar relacionadas con el manejo de un caso clínico.

Posteriormente por motivos de salud, el supervisor del caso tuvo que ausentarse por un tiempo, por lo cual otro supervisor retomó el trabajo bajo este mismo modelo. En esta segunda parte de la supervisión, se revisaron dos casos clínicos, uno de ellos fue manejado por la supervisora del caso y el otro se manejó en co-terapia, formado por la supervisora y una compañera del equipo. Los otros terapeutas en formación funcionábamos como equipo detrás del espejo, realizando desde el modelo estructural un análisis de cada sesión.

Dentro de la supervisión se iba relacionando la parte teórica con el caso supervisado, y se discutían las distintas estrategias y posibilidades de intervención. El aprendizaje clínico, se concentraba en un inicio en las observaciones que como equipo podríamos realizar del otro lado del espejo, poniendo especial cuidado en las técnicas de acomodación del terapeuta para convertirse en parte del sistema. De esta manera con base en la cibernética de primer orden, se realizaba el reporte de los casos clínicos, donde se reportaba el trabajo del experto que actúa sobre la familia.

Por último, con base en los libros Técnicas de terapia familiar, de Salvador Minuchin y El proceso del cambio de Peggy Penn, se realizó el análisis teórico metodológico de los casos clínicos que se supervisaron a lo largo del curso.

#### **■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DINAMICO SISTÉMICO INTEGRATIVO I**

En esta supervisión se trabajó con un caso en terapia de pareja, en la que el supervisor era el terapeuta y una compañera del equipo fungía como co-terapeuta del caso. En esta

<sup>14</sup> La película que se eligió fue la de "Somos Guerreros"

supervisión se conectaron elementos sistémicos y psicodinámicos para entender el proceso por el que atravesaba el sistema familiar en tratamiento y principalmente el subsistema conyugal. La modalidad de tratamiento que se utilizó facilitó el aprendizaje de intervenciones en la comunicación de pareja y el manejo del Esquema de Evaluación Dinámico Estructural de la Familia (EEDEF) que permitió evaluar las relaciones y significancia de los miembros de la familia.

Por otro lado aprendimos que dentro de una conflictiva de pareja existen diferentes alternativas de solución que pueden ser presentadas a la pareja, relacionadas con la decisión dirigida a una buena integración y/o separación o bien a una mala integración y/o separación de la pareja conyugal.

Una parte interesante dentro de esta supervisión fue la utilización del manejo de refranes, y dichos populares, como un recurso de intervención en el proceso terapéutico, ya que encierran sabiduría, que permiten transmitir enseñanzas a las familias y que pueden ser una manera menos amenazante de transmitirles un mensaje sin que se sientan tan confrontados. Otro aspecto que me parece importante señalar fue la redacción de cartas de invitación e integración de otros elementos a la terapia, pues me mostró alternativas de cómo podemos incluir a otros miembros al proceso.

La efectividad del modelo fue probada ya que la pareja pudo decidir de entre distintas alternativas la de trabajar hacia un proceso de buena separación cuando no se comparte la misma decisión de seguir juntos *“si uno no quiere, dos no pueden”*, señalaba el supervisor.

Finalmente, este modelo me permitió aprender la posibilidad de concebir al terapeuta como un facilitador en el proceso de comunicación, proporcionando elementos para entender los diferentes procesos que se presentan dentro de las dinámicas familiares.

## **SEGUNDO SEMESTRE**

### **■ SUPERVISIÓN DEL MODELO SISTÉMICO INTEGRATIVO II**

Para esta supervisión se decidió que dos alumnos en formación trabajaran en la modalidad de co-terapia para el manejo de un caso clínico. Se eligió un equipo integrado por hombre y mujer, para poder ejemplificar algunas de las bases con que empezó a trabajar la escuela de Milán, con el objetivo de mantener un equilibrio dentro de sistema con la familia, de tal manera que no hubiera alianzas por género.

La pareja fue elegida al azar, y este fue el primer caso en el que participé como terapeuta. El trabajo que se llevó con esta familia, fue muy gratificante y enriquecedor, pero también requirió del esfuerzo por parte de todo el equipo y de los terapeutas para poder llevarlo a cabo. Por un lado fue el primer caso que supervisamos en la modalidad de co-terapia, por lo que tuvimos que adaptarnos a una nueva forma de trabajo, en la que teníamos que definir nuestro propio estilo y conciliarlo con el del otro terapeuta.

Por otro lado, resultó muy significativo y útil para el caso, el manejo de una dinámica vivencial que realizó el supervisor con la pareja conyugal, pues a partir de esto se comenzó el manejo de afectos relacionado con la movilidad del sistema, el cual se

encontraba detenido en las discusiones y descalificaciones. También aprendí las ventajas de utilizar intervenciones que apoyan el manejo de la comunicación no verbal, las cuales reflejan las actitudes de los participantes en relación a las pautas interaccionales entre los miembros de la familia. Otro aspecto que fue interesante trabajar fue el escribir una carta de invitación para el esposo (el cual había dejado de asistir) e invitarlo a participar en el cierre del proceso.

Este semestre la supervisión me brindó seguridad como terapeuta, y me mostró una forma diferente de trabajo. En general el tratamiento fue efectivo ya que se alcanzaron los objetivos planteados inicialmente en el tratamiento. Por último, con base en la teoría revisada del modelo dinámico sistémico integrativo, se realizó el análisis teórico metodológico del caso clínico supervisado.

### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO ESTRUCTURAL II

Para este modelo de intervención, regresó el primer supervisor que tuvimos al inicio de la maestría, con el cual se supervisaron dos casos clínicos.

Durante este tiempo formé parte del equipo terapéutico y junto con el supervisor y el terapeuta se realizaba la planeación de cada caso. Para ello se desarrolló como modalidad de trabajo llevar a cabo una pre-sesión, la sesión, la inter-sesión (o pausa), la intervención final-cierre y la post-sesión.

Dentro de la supervisión se iba relacionando la parte teórica con el caso supervisado, y se discutían las distintas estrategias y posibilidades de intervención. El aprendizaje clínico, se concentró en un inicio en las observaciones que como equipo podríamos realizar del otro lado del espejo, poniendo especial cuidado en las técnicas de acomodación del terapeuta para convertirse en parte del sistema, la identificación de la estructura familiar, roles, jerarquías, alianzas y coaliciones, así como la pauta interaccional relacionada con la problemática de la familia. A lo largo de la supervisión aprendí a formular hipótesis sistémicas que proporcionarían una posible explicación del mantenimiento del problema.

Un aspecto importante que observé, fue la poca experiencia que teníamos en el manejo con las familias, lo cual se reflejaba en el poco respeto por los tiempos, p.ej. al hacer la pausa con el equipo, la dificultad para hacer el cierre de la sesión, el engancharse con el contenido que la familia refería y no tanto en el proceso, la confusión para transmitir los mensajes del equipo, principalmente; lo cual repercutió (muy posiblemente) en que las familias abandonaran el proceso terapéutico. En este sentido aprendí, que el equipo desempeñaba un papel de apoyo hacia el terapeuta, que por su inexperiencia llegaban a sentir presión, frustración y enojo respecto a como se estaba desarrollando el caso; por ello parte de nuestro trabajo fue que después de la sesión se discutía sobre las resonancias del terapeuta, las observaciones de lo acontecido en la sesión, alternativas de intervención y comentarios sobre el desempeño del terapeuta.

Por último, con base en la teoría revisada del modelo estructural, se realizó el análisis teórico metodológico de los casos clínicos que se supervisaron.

### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE TERAPIA BREVE I

Para este modelo, la supervisora propuso que nos organizáramos por parejas para supervisar a todos los alumnos en un caso clínico a lo largo del semestre; para la conformación de los equipos lo hicimos por sorteo, siendo un total de cuatro parejas de co-terapeutas.

El aprendizaje a nivel clínico tenía como meta principal la utilización de los conceptos y estrategias básicas del modelo de terapia breve, el cual consistía en la entrevista con las familias, la identificación de objetivos, el desarrollar habilidades para identificar “al cliente real” que solicita el servicio y hacer el enganche con éste, la identificación de pautas interaccionales, el formular y “vender la tarea al paciente” y el diseñar un enfoque estratégico para llegar a las metas terapéuticas planteadas.

Cuando trabajábamos detrás del espejo como parte del equipo terapéutico, las funciones que desempeñábamos se centraban en la parte observacional de las conductas verbales y no verbales de la familia, para poder diseñar intervenciones o prescribir tareas directas que llevarían a cabo hasta la próxima cita. Un aspecto al que se le dio un peso importante, fue el identificar los intentos de solución que mantenían el problema, como un primer paso para proponer nuevas alternativas enfocadas hacia un cambio.

Durante este semestre no fue posible terminar ningún proceso, por lo cual las familias continuaron su tratamiento con los mismos terapeutas y equipos de supervisión el siguiente semestre.

## **TERCER SEMESTRE**

### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE TERAPIA BREVE II

A lo largo del semestre se dio seguimiento al trabajo realizado el semestre anterior, en el cual se supervisaron cuatro casos clínicos. Participé como co-terapeuta en dos de estos casos, en uno de ellos la co-terapia era con una mujer y en otro caso mi co-terapeuta era hombre. La decisión de trabajar dos casos bajo este modelo fue la siguiente: uno de los casos constituía parte del trabajo que se había realizado el semestre anterior; el otro caso había sido trabajado en un inicio bajo el modelo dinámico sistémico integrativo, que al realizar la sesión de cierre la familia llega al acuerdo de continuar su proceso con otra demanda de trabajo. Por motivos de horario no fue posible atenderlos en el horario de la otra supervisión, por lo que se movió a este espacio y por ello la supervisión también fue modificada.

Algunos de los otros casos manejados en co-terapia también cambiaron de supervisor, pues los horarios de la familia ya no coincidían con el horario de la supervisión que habían iniciado al principio de su proceso. Sin embargo se logró adaptar al horario de esta supervisión cuatro casos, dos de los cuales fue posible terminarlos y hacer un cierre del caso; las otras familias continuaron su tratamiento con los mismos terapeutas en otro horario y con otro supervisor en este mismo semestre.

Durante esta supervisión valoré el trabajo en co-terapia de los dos casos que llevé durante este semestre, pues me aportaron mucho conocimiento, no solo en cuanto al manejo del caso y aplicación de estrategias e intervenciones de acuerdo al modelo, sino

también en la parte personal que reflejaba las posibles resonancias que presentamos con los diferentes miembros de las familias trabajadas.

A lo largo del proceso la supervisora acompañaba atrás del espejo a quienes formábamos el equipo, se discutían las intervenciones, mismas que se hacían llegar a lo largo de la sesión al terapeuta, por medio de un teléfono. La discusión de la sesión trataba del tipo de intervenciones del terapeuta y los objetivos que buscaba con cada intervención, principalmente.

La efectividad terapéutica varió mucho de un caso a otro, pues intervinieron diferentes factores como el número de asistencias de las familias, los recursos con los cuales contaba, el compromiso para la realización de tareas, el cumplimiento de instrucciones, etc, pero se pudo observar que aquellas familias con las que mejor se había logrado definir los objetivos en las primeras sesiones y en donde se había construido una mayor alianza terapéutica, fueron aquellas que concluyeron su proceso terapéutico.

#### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE MILAN I

Esta fue la primera supervisión en la que trabajé como terapeuta de manera individual, aunque también hubo sesiones en las que únicamente participaba como parte del equipo cuando no tenía sesión con la familia que atendía.

A lo largo de esta supervisión se manejaron cinco casos, de los cuales uno no continuó el proceso terapéutico y cuatro de ellos continuaron su tratamiento con los mismos terapeutas y supervisor el siguiente semestre; los elementos a trabajar fueron principalmente los principios de hipótesis, circularidad y neutralidad; y el manejo de las preguntas circulares. Antes de cada sesión el terapeuta se reunía con el equipo y exponía su hipótesis de trabajo, la cual era discutida y en ocasiones replanteada por todo el sistema terapéutico.

Para el reporte de los casos, se formaron dos equipos (de 4 integrantes cada uno de ellos) que trabajarían cada semana en la revisión de la sesión, la propuesta de nuevas hipótesis e intervenciones, relacionando la parte teórica con la parte clínica de cada caso.

Por otro lado, con base en el modelo de Milán aprendí: **1)** una manera de generar nueva información a través de las preguntas circulares, y que dichas preguntas podrían utilizarse tanto para obtener nueva información como para realizar intervenciones; **2)** que la neutralidad tiene que ver con la facilidad del terapeuta para explorar diferentes alternativas de la historia que plantea la familia, sin que esto implique buscar la verdad absoluta de estas historias; **3)** el planteamiento de hipótesis sistémicas que nos brinde una guía a lo largo de la sesión. En este sentido hay dos aspectos que se deben considerar, el primero de ellos es que la hipótesis debe incluir las interacciones de todos los miembros de la familia en relación a la problemática, y por otro lado, la capacidad del terapeuta para no aferrarse a su hipótesis, pues puede caer en el error de una sola idea que le impida generar otras alternativas; **4)** la importancia del manejo de los tiempos y el cierre del proceso, el cual debía concluirse con la transmisión del mensaje del equipo sin permitir que la familia abriera otro tema importante al final de la sesión.

Mi experiencia con esta supervisión fue enriquecedora, pues en un inicio pude poner en práctica algunas estrategias del modelo estructural que me permitió ingresar al sistema y establecer cierta jerarquía, lo que me ayudó más adelante a realizar intervenciones de acuerdo al modelo de Milán. Por otro lado, me brindó una estructura clara de trabajo, que me dio organización para la planeación y definición de estrategias.

Para el final de este semestre (que constituyó la 1ª. parte de supervisión bajo este modelo), los lineamientos para evaluarnos se enfocaron en las participaciones en relación a la observación, planeación, intervención, elaboración de hipótesis y entrega puntual de los reportes de los casos clínicos por equipo; así como un trabajo final que fue entregado de manera individual en donde se presentaba la integración de cada caso con la conceptualización del modelo de Milán.

### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE TERAPIA BREVE Y ENFOCADO A SOLUCIONES I

En esta supervisión trabajaron 6 terapeutas en formación, con familias que asistían al Centro de Servicios Psicológicos; el modelo utilizado fue el de terapia breve y enfocado a soluciones, por lo que se establecían tratamiento cortos de aproximadamente 10 sesiones, orientados hacia un objetivo que se negociaba con los pacientes en la primera y segunda sesión.

Los equipos de trabajo estaban conformados de la siguiente manera, había dos equipos de co-terapeutas (hombre-mujer) y dos terapeutas individuales. Las familias trabajadas en co-terapia habían sido casos que en un inicio habían comenzado su proceso en otra supervisión y que por los tiempos de la familia y/o el cambio de semestre, los llevaron a continuar el trabajo de supervisión bajo otro modelo en otro horario. Los casos manejados por un solo terapeuta fueron casos nuevos, por los cuales se facilitó el encuadre y establecimiento del trabajo bajo este modelo.

A lo largo del proceso la supervisora acompañaba atrás del espejo a los alumnos que formaban parte del equipo para discutir las intervenciones, que se transmitirían durante la sesión al terapeuta, por medio de un teléfono; otra posibilidad era que la supervisora entraba a la sesión e intervenía directamente en el caso. La discusión de la sesión se enfocaba en las intervenciones del terapeuta y los objetivos que buscaba con cada una de ellas.

Un aspecto importante que se consideraba dentro de esta supervisión era que los terapeutas debían aprender a intervenir y definir la dirección del proceso terapéutico. Se enfatizaba trabajar conectando la intervención con la teoría del modelo, identificando las fortalezas del sistema, reconociendo las intervenciones oportunas del terapeuta y las interacciones significativas que el terapeuta no había realizado. De esta manera se conformó un sistema de observación constante tanto en el terapeuta como en el equipo, enfocados en dos direcciones, por un lado en el proceso familiar y las intervenciones realizadas, y por otro lado en el proceso que se realizaba en la sesión y discusión del equipo.

Bajo esta supervisión, manejé un caso clínico el cual no fue concluido. Lo que más aprendí de este caso, fue el poder identificar si la familia se encuentra motivada para realizar un cambio, el poder establecer límites dentro del sistema y el no centrarse en el contenido sino en el proceso de la familia.

En general la efectividad en los casos fue buena con respecto a que se interrumpían las pautas de comportamiento que mantenían el problema y se generaban nuevas pautas interaccionales; de los 4 casos manejados en esta supervisión dos de ellos fueron concluidos, uno no fue concluido por la familia y otro se seguirá trabajando en el próximo semestre con la misma terapeuta y equipo de supervisión.

### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DINAMICO SISTÉMICO INTEGRATIVO III

En esta supervisión se trabajaron 3 casos nuevos que fueron manejados individualmente por tres alumnos en formación; el supervisor acompañaba al resto del equipo detrás del espejo aportando sus observaciones y haciendo llegar al terapeuta los mensajes discutidos por el equipo por medio de un teléfono; o bien en algunos momentos el supervisor participó en la sesión en co-terapia con el terapeuta interviniendo directamente; un aspecto que me fue muy ilustrativo fue la manera en cómo se integraba el supervisor al sistema, mostrando una actitud de respeto tanto a la familia como al terapeuta, reconociendo en éste su posición dentro del sistema.

Por otra parte, una modalidad de supervisión que se implementó en este modelo fue la supervisión autoreflexiva, la cual permitió que terapeutas que en ese momento tenían dudas en el manejo de algún caso expusieran sus resonancias e inquietudes que los estaban deteniendo en el proceso terapéutico; para ello un grupo de alumnos realizaba un role playing (juego de roles) de una familia, mientras el terapeuta conducía la sesión. Durante esta dinámica, el supervisor detenía la sesión para explorar cómo se estaba sintiendo el terapeuta, los miembros de la familia en su rol que presentaban y respecto a su relación con el terapeuta. A partir de ello se proponían intervenciones y explicaciones alternativas de lo que posiblemente estaba sucediendo en la familia.

Me pareció muy importante poder hacer este tipo de contactos con nuestros sentimientos a través de las resonancias que presentábamos con las familias; estas conexiones constituyeron un elemento importante que nos permite una mayor cercanía entre el terapeuta y la familia, fortalece la alianza terapéutica y constituye un elemento que puede formar parte del enganche con la familia; así mismo, apoya al terapeuta como una señal que nos indica la posición que ocupamos dentro del sistema familiar, así como la situación emocional de la familia respecto al proceso.

Por otro lado, resultó útil el manejo de metáforas e historias que apoyaba a la familia a comprender su situación y a realizar cambios, de tal forma que al presentarlo de esta manera, la familia bajaba sus defensas y asimilaba mayormente la información que tratábamos de transmitirles.

En este semestre, la supervisión me mostró otros caminos que como terapeutas podemos tomar para propiciar los cambios, lo cual no implica una postura rígida y lineal para realizar las intervenciones, sino que inclusive nuestra creatividad puede estar al servicio del paciente, y no tanto las técnicas al servicio de las familias.

### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE SOLUCIONES

Esta supervisión comenzó con una serie de dinámicas grupales enfocadas a una mejor integración y conocimiento de los alumnos del equipo de trabajo; esta decisión fue tomada por el supervisor para aprovechar de alguna manera el tiempo, pues en un inicio el Centro

de Servicios Psicológicos no contaba con expedientes, por lo cual no había familias con quienes trabajar.

Los ejercicios fueron realizados durante el horario de la supervisión, para lo cual se utilizó el genograma y el diseño e historia del escudo familiar de cada terapeuta. Esta dinámica se daba a manera de exposición en donde cada miembro del equipo presentaba su familia y el resto del grupo proporcionaba comentarios y observaciones enfocados hacia aspectos positivos que el expositor no se había percatado de poseerlos.

Posteriormente, al terminar esta parte del trabajo, se comenzaron a supervisar cuatro casos clínicos; uno de ellos provenía de otro modelo de supervisión, que por dificultad de horario de la paciente fue cambiada a este espacio. Los siguientes tres casos fueron de nuevo ingreso y se manejaron cada uno por un solo terapeuta. La efectividad terapéutica en general era variable, en la medida en que se establecían objetivos claros con cada familia y/o paciente lo cual mejoraba la probabilidad de que la familia continuara el tratamiento.

La utilización de las preguntas presuposicionales y la identificación de recursos fueron de gran utilidad en el manejo de los casos, pues permitían generar la expectativa de un posible cambio, encaminado al descubrimiento de nuevas alternativas. En este sentido se trabajó también con la pregunta del milagro, las excepciones al problema, la utilización de elogios, la utilización de preguntas de avance rápido, las intervenciones sobre el patrón de queja, entre otras.

De los casos revisados a lo largo de esta supervisión, una familia no continuó el proceso, un caso fue dado de alta y dos familias más continuarían trabajando el próximo semestre con el mismo terapeuta y equipo de trabajo.

Un elemento que me ayudó a comprender de otra manera los procesos del sistema a lo largo de la supervisión, fue la utilización de reflexiones, las cuales se hacían al término de cada sesión por familia y/o paciente, en las cuales se incluía comentarios acerca del manejo del caso, acerca del terapeuta, de los sentimientos generados por la información que se manejó en la sesión, las intervenciones que hubieran sido posible utilizar, principalmente. Cada una de estas reflexiones me hizo estar atenta a lo que pasaba conmigo misma, y lo que más aprendí es la importancia de que un terapeuta se pueda dar estos minutos de reflexión sobre lo que pasa tanto en su parte externa como internamente, en relación al trabajo con los pacientes.

## **CUARTO SEMESTRE**

### **■ SUPERVISIÓN DEL MODELO SISTÉMICO INTEGRATIVO IV**

Durante esta supervisión se atendieron cuatro casos clínicos, uno de ellos provenía de otro modelo de supervisión en el cual se trabajaba el caso por dos terapeutas (hombre-mujer); debido al cambio de semestre y a los horarios de la familia, se decidió cambiarlo a este espacio. Los otros tres casos fueron nuevos, y fueron trabajados con un solo terapeuta cada uno.

Del trabajo con estas familias, dos de ellas terminaron su proceso, alcanzando los objetivos planteados en un inicio y los casos restantes no prosiguieron un proceso terapéutico debido principalmente a la dificultad de horario para poder seguir asistiendo.

Uno de los casos tenía como principal tema la violencia intrafamiliar, lo cual nos llevó tanto al equipo terapéutico como a los terapeutas a revisar bibliografía actualizada que nos permitiera un mejor entendimiento del problema, para la planeación del caso.

En el trabajo con las familias, el supervisor acompañaba en la mayoría de las ocasiones al resto del equipo detrás del espejo aportando sus observaciones y haciendo llegar al terapeuta los mensajes discutidos por el equipo por medio de un teléfono; o bien en algunos momentos el supervisor participaba en la sesión en co-terapia con el terapeuta interviniendo directamente.

Un aspecto que me fue muy ilustrativo fue la manera en cómo se elaboraban las tareas, especialmente en el trabajo con las parejas, las cuales estaban enfocadas en la identificación de recursos, reconocimiento del otro y la comunicación en el sistema conyugal. En este sentido, el uso de refranes constituyó un recurso que permitía a la pareja comprender de una manera diferente su situación y la invitaba a realizar cambios; esto era posible pues al presentar la información a través de una situación menos amenazante como un refrán o dicho popular, la pareja bajaba sus defensas y asimilaba mayormente la información que se intentaba transmitir.

El curso en general, me permitió adquirir capacidad de análisis y evaluación sobre el contexto general de la práctica profesional del terapeuta familiar, así como capacidad para discutir, analizar y evaluar diferentes problemáticas familiares.

Un aprendizaje que me queda muy presente, es la importancia de poder identificar las *escaladas* que se pueden presentar en los casos de violencia en la pareja, pues constituyó un elemento importante en el manejo de un caso clínico, donde la violencia se hizo presente en una de las sesiones con los terapeutas que llevaban el caso. El manejo que en ese momento se le proporcionó a la pareja estuvo enfocado en detener la sesión y exponer abiertamente a la pareja que no se les podía volver a atender si no podían comportarse dentro del espacio terapéutico; posteriormente junto con el equipo se plantearon diferentes estrategias enfocadas principalmente en identificar a las posibles víctimas de esta violencia, el solicitar apoyo en centros de atención a la violencia en los que se incluyera el aspecto legal, y por último la posibilidad de que la pareja asistiera de manera individual a la terapia, alternándose para poder trabajar con ambos diferentes aspectos de su historia personal que pudiera proporcionar elementos valiosos para el manejo del problema de la pareja.

Las estrategias utilizadas, así como la participación de supervisor y equipo terapéutico, me dejó un aprendizaje muy significativo en cuanto a las actitudes de respeto, confidencialidad y compromiso en la persona del terapeuta, así como del trabajo en equipo y la importancia de tener una preparación constante y actualización para poder proporcionar una mejor atención a los pacientes..

## ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE MILAN II

Se supervisaron cinco familias con este modelo, tres de ellos habían comenzado su proceso el semestre anterior y dos de ellos fueron casos nuevos atendidos por un terapeuta de manera individual; los elementos a trabajar fueron nuevamente los principios de hipótesis, circularidad y neutralidad; así como el manejo de las preguntas circulares. Se siguió la misma dinámica de trabajo, la cual consistía que antes de cada sesión el equipo se reunía para discutir la hipótesis que funcionaría como guía al explorar la sesión, la cual era discutida y en ocasiones replanteada por todo el sistema terapéutico.

Nuevamente para el reporte de los casos, se formaron dos equipos (de 4 integrantes cada uno de ellos) que trabajarían cada semana en la revisión de la sesión, la propuesta de nuevas hipótesis e intervenciones, relacionando la parte teórica con la parte clínica de cada caso.

Mi experiencia con esta supervisión fue enriquecedora, pues pude continuar con el caso que comencé a trabajar el semestre anterior y considero que fui afortunada al poder contar con la confianza y flexibilidad del equipo para poder realizar diferentes intervenciones de acuerdo a los tiempos y momentos de la familia, sin tener la presión de un número de sesiones específica o los lineamientos rígidos que en ocasiones nos lleva el tener que manejar un solo modelo.

La utilización de preguntas circulares, el trabajo con la pareja conyugal, el poder realizar una evaluación familiar completa, que incluyera la historia de salud/enfermedad de la familia, la identificación de la etapa del ciclo vital, identificación del lugar que ocupa en la familia el paciente identificado, los roles y posturas de los otros miembros de la familia ante la enfermedad, el grado de conocimiento con el que contaba la familia con relación al diagnóstico clínico, así como el contacto interdisciplinario, el elaborar material de apoyo para una mejor comprensión del diagnóstico clínico, el establecimiento de un plan de trabajo en colaboración con la familia que fomentara la capacidad de *agencia* del paciente, constituyeron los principales elementos que ayudaron a la resolución de la problemática familiar.

Lo más significativo que me deja esta supervisión, fue especialmente el poder poner en práctica diferentes estrategias, lo que incrementó mi seguridad como terapeuta, además de que aprendí, que dentro del trabajo con las familias se debe tener una visión más abarcadora del contexto y de los tiempos subjetivos de la familia y el terapeuta.

Considero que lo que más difícil del manejo de este caso, fue la despedida con la familia, pues de alguna manera aunque internamente sabía que la familia estaba lista para caminar por ella misma, una parte de mí deseaba que siguieran asistiendo a terapia; el elemento que me ayudó a darme cuenta de este aspecto fue la visión del equipo, quien me señaló que los cambios estaban hechos y que era el momento de hacer un cierre. Con esto aprendí, que es importante el poder trabajar con la familia un proceso de separación de la terapia, pero que el terapeuta también debe trabajar estos aspectos.

## ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE TERAPIA BREVE-ESTRATEGICO

Dos casos fueron supervisados con una combinación de los modelos breve y estratégico. En esta supervisión se enfatizó mucho la importancia de definir objetivos concretos e identificar los intentos de solución que mantenían los problemas. Se incluyó más

claramente el manejo de tareas directas, así como una alianza con los miembros de mayor jerarquía en el sistema.

En el trabajo con las familias, la supervisora acompañaba en algunas ocasiones al equipo terapéutico detrás del espejo, aportando sus observaciones y haciendo llegar al terapeuta los mensajes discutidos por el equipo por medio de un teléfono. Sin embargo, aunque se trataba de una supervisión, la supervisora normalmente no establecía líneas claras de intervención, ni un modelo de trabajo a seguir, que aunado a que era el último semestre de la maestría, ocasionó ambigüedad con relación al manejo de los casos clínicos.

Esta situación, nos llevó en un inicio tanto al equipo como a los terapeutas en buscar espacios fuera del horario de supervisión para poder planear las sesiones, discutir hipótesis, plantear intervenciones y comentar sobre la dirección que llevarían cada uno de los casos clínicos; sin embargo, conforme avanzaba el semestre y la terminación de la maestría el equipo se volvió inconstante, estando en ocasiones un solo miembro del equipo o ninguno a lo largo de las sesiones.

En mi caso, tenía a mi cargo el manejo de una familia, y este cambio de actitud por parte del equipo me ocasionó sentimientos encontrados, por un lado comprendía las ocupaciones y preocupaciones que cada miembro del equipo tenía por: la entrega de tareas, el término de la maestría, el buscar un empleo, etc., pero por otro lado, me encontraba molesta por la falta de responsabilidad y compromiso dentro de los casos clínicos, pues consideraba que su apoyo era indispensable para un mejor proceso terapéutico.

Cuando comencé a vivir esta situación, me sentí insegura respecto a cómo manejar el caso clínico sin equipo ni supervisor; me sentía sola y con dudas respecto a las intervenciones que realizaba. Sin embargo, con el tiempo, esta ausencia me permitió generar un mayor conocimiento de mí misma como terapeuta, identificar mis fortalezas a partir de los logros obtenidos anteriormente y confiar en la solidez de los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación como terapeuta. El que la familia comenzara a realizar cambios, me confirmó de alguna manera que iba por la dirección correcta, y comencé a creer que podía hacer el trabajo sin ayuda del equipo, pensando también que al terminar la maestría el equipo ya no estaría presente en mi trabajo cotidiano.

#### ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE TERAPIA NARRATIVA Y EQUIPO REFLEXIVO

Esta supervisión dio continuidad al modelo de soluciones que se había manejado el semestre anterior, pues se siguió trabajando con las familias que no terminaron su proceso en el mismo horario y con el mismo equipo de trabajo a lo largo de este semestre. Se supervisaron un total de cuatro casos, de los cuales yo estuve en uno como coterapeuta; el foco de atención era la co-construcción de realidades a través del lenguaje y el clima que la supervisora proponía era en un ambiente colaborativo.

Aprendí la importancia del manejo del lenguaje para poder transmitir a los miembros de la familia el mensaje que se co-construía en las discusiones con el equipo, así como para poder expresar lo que deseaba transmitirle a las familias, con el objetivo de crear una conversación dentro del sistema.

Participar en el equipo reflexivo me proporcionó una visión diferente de cómo trabajar con las familias, en donde se aportaban diferentes versiones de una misma situación. Lo que más aprendí de esta nueva forma de trabajo fue el poder estar atenta de lo que estaba pasando conmigo misma del otro lado del espejo con la información que se manejaba dentro de la sesión y que si deseaba participar como parte del equipo reflexivo que aspectos de mí o de lo que había escuchado deseaba compartir con la familia.

En este sentido me di cuenta de que en muchas ocasiones existían prejuicios respecto a la manera en cómo se percibía la información que se daba en el sistema y por lo tanto al llegar con la familia estos mensajes que tratábamos de transmitir no les hacía ningún sentido a la familia. Esto me enseñó que es importante el poder identificar cuales son estos prejuicios y analizar la forma en como estamos percibiendo, tratando de descubrir de donde proceden estas percepciones e ideas que construimos, lo cual hace referencia a la persona del terapeuta y lo que cada uno de nosotros traemos con nosotros mismos al entrar en una conversación.

Por otra parte, aprendí que es importante hablar de una manera respetuosa de nuestros pacientes, aún cuando ellos no estén presentes, pues nos permite estar atentos a los condicionamientos lingüísticos y conceptuales que podríamos estar teniendo en el sistema.

Al final de esta supervisión, confirmamos la efectividad del modelo con el cual se alcanzaron algunos de los objetivos principales planteados al inicio del semestre; logrando que dos de los casos supervisados terminaran su proceso satisfactoriamente. Los casos restantes no fue posible continuar el trabajo terapéutico debido a problemas de horario de los pacientes respecto a sus actividades laborales con relación al horario del Centro de servicios psicológicos.

## ■ SUPERVISIÓN DEL MODELO DE TERAPIA BREVE Y ENFOCADO A SOLUCIONES II

En esta supervisión se continuó el trabajo con algunas familias que no terminaron su proceso terapéutico el semestre anterior. Se atendió un total de 6 casos clínicos, con los cuales se utilizó el modelo de terapia breve y enfocado a soluciones. Se plantearon tratamientos cortos de aproximadamente 10 sesiones en los que se atendieron pacientes individuales y de pareja.

Los equipos de trabajo estaban conformados de la siguiente manera: había un equipo de co-terapeutas (hombre-mujer) y tres terapeutas individuales. La pareja trabajada en co-terapia habían sido un caso que en un inicio había comenzado su proceso en otra supervisión y que por los tiempos de la pareja y el cambio de semestre, los llevaron a continuar la terapia en este nuevo horario. Por otro lado, los casos manejados por un solo terapeuta dos de ellos habían comenzado su proceso en el semestre anterior, y los tres casos restantes fueron casos nuevos.

La supervisora a lo largo del proceso, acompañaba a los alumnos que formaban parte del equipo detrás del espejo, para discutir las intervenciones que se transmitirían durante la sesión al terapeuta por medio de un teléfono. La discusión de la sesión se enfocaba en las intervenciones del terapeuta y los objetivos que buscaba con cada una de ellas.

Me pareció muy importante, el poder utilizar otras intervenciones que hasta el momento no se habían llevado a cabo en otras supervisiones, como el uso de la tarea de fórmula, la exploración del patrón de queja, la utilización de la tarea sorpresa, principalmente.

Mi experiencia en la supervisión de este modelo era que generaba cambios en pocas sesiones, y que resultaba muy útil para proporcionar una dirección de trabajo clara y estructurada. Uno de los casos atendidos fue una intervención en crisis, y me pareció que el modelo de terapia breve permitió una identificación inmediata del problema y por tanto de las intervenciones necesarias para la resolución de la problemática.

Para este momento de la formación ya se había desarrollado en nosotros las habilidades de observación tanto del proceso como de nosotros mismos, lo cual permitía que la discusión del caso del otro lado del espejo, así como el diseño de mensajes y sugerencias de intervención fueran más certeras durante las diferentes sesiones. Observé que nos centrábamos en identificar los recursos o áreas fuertes de cada paciente y miembros de la pareja, y no solamente en el motivo de consulta inicial.

Un aspecto que me agradó y que constituyó una parte muy enriquecedora dentro de la maestría, fue la revisión de diferentes textos relacionados con los temas de alcoholismo y abuso sexual, lo cual abrió mi panorama de cómo realizar intervenciones con esta población, así como la importancia de mantener siempre una preparación y actualización constante.

Lo que más aprendí de esta supervisión fue la importancia de poder identificar a los compradores fingidos que asisten a la terapia, pues se observa en ellos que no existe una demanda de trabajo, por lo cual la terapia puede volverse más del problema y no de la solución. A partir de ello, se debe romper este patrón para que no se vuelva más de lo mismo. Esta experiencia me dejó el aprendizaje respecto a que el terapeuta y el equipo no debemos empeñarnos en retener a este tipo de pacientes, pues si no hay una demanda explícita de trabajo, va a ser muy difícil el querer realizar un cambio en ellos.

También aprendí que debemos estar muy atentos en el tiempo que se le asigna a cada miembro de la pareja, pues cuando se llega a perder, puede causar la sensación de que no existe un equilibrio dentro del sistema, en donde el terapeuta le está dando mayor atención a uno de los pacientes e indirectamente podría estar transmitiendo un mensaje de alianza y descalificación del otro.

En general la efectividad en los casos fue buena con respecto a que se interrumpían las pautas de comportamiento que mantenían el problema y se generaban nuevas pautas interaccionales; de los 6 casos manejados en esta supervisión 5 de ellos fueron concluidos, y solamente un caso no continuó el proceso terapéutico.

## ■ TRABAJO REALIZADO DURANTE LAS TUTORÍAS

Durante los primeros dos semestres al inicio de la maestría, los espacios de supervisión eran compartidos con cuatro compañeros más de una generación anterior a la mía, lo cual me permitía aprender de sus experiencias tanto académicas como en el trabajo con los pacientes.

Las reuniones se llevaban a cabo cada semana o bien, cada quince días; en cada una de ellas se acordaba el material que sería revisado la siguiente sesión, enfocado principalmente en la aclaración de dudas respecto al manejo de los casos, las resonancias que causaba la información que se abría en las sesiones, así como reflexiones sobre el trabajo realizado en co-terapia.

Cada uno de estos aspectos se fueron desarrollando de una manera más amplia conforme avanzábamos en el proceso de supervisión; en donde se hacían propuestas de trabajo que enriquecieran el manejo de las familias. Entre estos trabajos destacan un a reflexión acerca del trabajo en co-terapia, la revisión de material relacionado con las creencias y migración; así como el diseño de un breve directorio de diferentes centros de atención en donde podríamos canalizar a los pacientes, dependiendo de las problemáticas identificadas como abuso sexual, violencia intrafamiliar, consumo de drogas, apoyo legal en el proceso de divorcio, entre otras.

Los siguientes dos semestres, era la única alumna dentro del espacio de supervisión pues los otros cuatro estudiantes habían concluido su proceso de formación. Este aspecto me permitió por un lado tener un contacto más cercano y personalizado con el tutor, lo que me permitió realizar diferentes actividades como la revisión de propuestas para el producto tecnológico (que consistía en el diseño de dos trípticos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia; y que fue manejado como parte de una intervención en la supervisión del modelo de Milán para el trabajo con una familia) y el trabajar en la modificación de la solicitud de ingreso para acudir al Centro de servicios psicológicos, pensando en las necesidades del programa de Terapia Familiar (Ver anexos 4-6).

En la última parte de la residencia, una parte significativa que se trabajó, fue la revisión de resúmenes de trabajos que serían presentados en diferentes congresos. Uno de ellos se presentó en forma de cartel en el 5to. Congreso Europeo de Terapia Familiar e Intervención Sistémica. Esta experiencia fue muy enriquecedora tanto personal como profesionalmente, pues me brindó la oportunidad de poder conocer los avances y propuestas que se están realizando en otros países, así como el poder exponer el trabajo que se realiza en nuestro país con familias mexicanas.

En general, considero que la supervisión en tutorías, constituyó una parte importante dentro de mi formación profesional, pues me permitió desarrollar diferentes valores y actitudes en la persona del terapeuta, así como sensibilidad hacia las necesidades de la población, a la cual debemos responder de una manera profesional y ética.

## **B. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN**

### **4.4 Reporte de la investigación realizada**

Durante los primeros dos semestres de la maestría, se cursó las asignaturas de Medición y evaluación y Métodos de investigación, en donde se realizaron diferentes proyectos que incluían: **a)** la traducción y análisis factorial de un instrumento relacionado con los conflictos familiares y **b)** la realización de seminarios sobre diferentes tipos de investigaciones de corte cualitativo, en donde se elaboró una monografía sobre el tema relacionado con la hermenéutica.

El objetivo de estas actividades estaban enfocadas en que el alumno adquiriera habilidades para realizar investigación cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares y de pareja, que le permitieran desarrollar programas de prevención y de difusión, así como el adquirir una actitud de servicio de acuerdo a las necesidades sociales con las cuales estaba en contacto. Entre estas habilidades se encuentran:

1. Difundir conocimientos a través de los seminarios impartidos dentro de la residencia y de la implementación de un taller comunitario.
2. Diseñar un proyecto de investigación cuantitativo sobre la traducción de un instrumento psicométrico.
3. Obtener datos teóricos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias.
4. Difundir conocimientos.
5. Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales.

Para corroborar lo anterior, se expondrán a manera de resumen, los trabajos que llevé a cabo dentro de la residencia en el ámbito de la investigación.

**A) “ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO”**

Con base en el interés por estudiar el fenómeno de los conflictos en la familia, se llevó a cabo una revisión de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) desarrollada por Straus en 1974, y revisada por Straus y Bulcroft en 1975. La escala tiene por objetivo conocer la frecuencia con que determinadas tácticas son empleadas cuando las personas se encuentran en una situación de conflicto. Al no existir una versión al español, se decidió realizar la traducción y adaptación del instrumento a nuestro país (Ver anexo 7). Se aplicó a una muestra de 125 estudiantes de diferentes semestres de la facultad de psicología. Después de la captura de los datos, se continuó con el análisis a través del programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS). Se obtuvo la estadística descriptiva de la población, se calculó la confiabilidad del instrumento a través del alpha de Cronbach (.7639) y se realizó el análisis factorial con el fin de conocer los componentes presentes en la escala y establecer una comparación con la versión en inglés. Los resultados obtenidos nos permitió observar: **a)** de los 125 casos que integraron la muestra, solo se obtuvo diferencias significativas en 18 de las variables, ya que en los reactivos 19 y 20 la varianza obtenida fue de “0”; **b)** la existencia de una correlación negativa en el reactivo 2 y **c)** la presencia de 4 componentes, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

<b>1</b>	<b>REACTIVOS :</b> 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18
<b>2</b>	<b>REACTIVOS:</b> 6, 7, 8, 9 y 10
<b>3</b>	<b>REACTIVOS:</b> 1, 3 y 5
<b>4</b>	<b>REACTIVO:</b> 4

A partir de ello, se volvió a realizar un segundo análisis estadístico; para lo cual fueron omitidos los reactivos: **2** (que había obtenido una confiabilidad negativa), **4** (para aumentar la confiabilidad de la escala y obtener en análisis factorial solo 3 componentes), 19 y 20 (por no encontrar diferencias significativas en ellos). Los resultados mostraron una

confiabilidad mayor a través del alpha de Cronbach (.8069); ninguna correlación negativa y la presencia de 3 componentes, que se muestran a continuación:

<b>1</b>	<b>REACTIVOS :</b> 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18
<b>2</b>	<b>REACTIVOS:</b> 6, 7, 8, 9 y 10
<b>3</b>	<b>REACTIVOS:</b> 1, 3 y 5

Se concluyó a partir de ambos análisis, que la escala traducida y adaptada constituye una herramienta útil para poder identificar los conflictos existentes dentro de la familia, así como las tácticas que utilizan sus miembros para poder resolverlos. En este sentido, es importante considerar que las tácticas utilizadas podrán variar dependiendo de las condiciones y el momento de vida en que se encuentren cada miembro de la familia. Se espera que la aplicación de esta escala pueda fomentar la investigación empírica sobre los conflictos familiares y las tácticas utilizadas por sus integrantes para resolverlos.

**REFERENCIA**

Murray A. Straus Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and The Family*. February, 1979.

**B) MONOGRAFÍA SOBRE “HERMENÉUTICA”**

El objetivo de este trabajo es introducir al lector en el campo de los métodos cualitativos de investigación, exponiendo una de las técnicas que comúnmente se utiliza cuando se trata de la comprensión e interpretación de textos, la hermenéutica. El contenido de esta monografía aborda los temas de: **1)** orígenes de la hermenéutica, **2)** definición, **3)** objeto de estudio, **4)** clasificación, **5)** análisis hermenéutico y elementos de interpretación, **6)** análisis cualitativo de contenido, **7)** estrategias, **8)** construcción de datos y análisis, **9)** círculo hermenéutico y **10)** reporte de investigación hermenéutica.

El texto expone de manera panorámica cual es el objetivo de la hermenéutica, señalando la importancia de que los textos que con ella se analizan, no son solamente pueden ser escritos, sino también hablados y actuados, pues van más allá de la palabra, de lo enunciado.

**REFERENCIAS**

- Andersen, Tom (1995) *El lenguaje no es inocente*. Psicoterapia y Familia. Vol. 8. No. 1
- ----- (1996) *El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso*. Psicoterapia y Familia. Vol. 9. No. 1
- Beuchot Puente, M (1997) *Tratado de hermenéutica analógica*, México. UNAM
- E. Betti, (1955) *Teoría generale della interpetzazione*, Milano.
- Galindo Cáceres, L. J. (1998) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Addison Wesley Longman. México.
- Gómez, Martin, J.L.(1999) *El discurso antrópico y su hermenéutica*. Más allá de la pos-modernidad. El discurso antrópico y su praxis en la cultura iberoamericana. Madrid: Mileto, 23-104

- Joyce G. Love (1994) *The hermeneutics of transcript analysis*, The cualitative report, Vol. 2. Núm. 1
- Kvale (1996) *Interviews. Introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, London. GB: Sage, pp 48-50. Carmen Merino trad.)
- Ortiz-Osés (1986). *La nueva filosofía hermenéutica. Hacia una razón axiológica posmoderna*. Barcelona: Anthropos, p. 71.
- Patton, (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2ª. Edition, Sage Publications, USA.
- Ruiz Olabueroga, J.I. y Ispizun, M.A. (1989) (1996) *La decodificación de la vida cotidiana*. Cap. 7 Billona. Universidad de Deust.

## C. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN

### 4.5 Elaboración de productos tecnológicos

Dentro de las actividades dirigidas a la enseñanza y difusión del conocimiento, se trabajó en diferentes materias, en la adquisición de habilidades encaminadas en:

- Difundir conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar.
- Obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias y formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Obtener productos tecnológicos que sirvan como apoyo didáctico en la difusión del conocimiento tendiente a la atención y prevención comunitaria.
- Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria
- Identificar procesos que ayuden a resolver o prevenir problemas familiares y grupales

Para ello se realizaron diferentes trabajos, los cuales se presentan a manera de resumen dentro de este apartado:

#### ■ **Cuadro Resumen: El modelo Estructural**

El objetivo de este trabajo consistió en desarrollar un esquema de los postulados, antecedentes, simbología y técnicas que caracterizan al modelo creado por Salvador Minuchin. Este trabajo se puede usar como una guía introductoria a los principios básicos de esta escuela de terapia familiar.

#### ■ **Resumen: El modelo McMaster de Funcionamiento Familiar**

Este trabajo consistió en una presentación sintetizada del modelo McMaster, desarrollado por Nathan Epstein en la Universidad de McMaster, E.U., y que sirve para obtener una evaluación general del funcionamiento familiar en 6 áreas: solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control de conducta.

#### ■ **Cuadro Resumen: “Estrategias del modelo Estratégico”**

El objetivo de este trabajo consistió en desarrollar un esquema con la descripción de las principales estrategias desarrolladas por el autor principal de este modelo de terapia familiar, Jay Haley. Sirve como una guía rápida de intervención o de elaboración de ejercicios.

■ **Cuadro- resumen: “Modelo de soluciones”**

En este trabajo se esquematiza el encuadre general de tratamiento que propone O’Hanlon y Weiner-Davis, en su libro “En busca de soluciones”. Es un trabajo que sirve para tener una guía rápida para quienes estén interesados en entrenarse y ofrecer psicoterapia. También se presentan en este trabajo los tipos de preguntas que se elaboran a partir de este enfoque y las estrategias de intervención que propone.

■ **Presentación multimedia: “Descripción cibernética de la Terapia Familiar”**

En esta presentación se explica de forma introductoria el enfoque de la cibernética dentro del campo de la terapia familiar. Se abordan los temas de: descripción cibernética, que implica el preservar y estimular el percatamiento de los sistemas organizados en forma recursiva; las pautas de organización, que nos sugieren la manera en que contribuye la patología o sintomatología al logro de la estabilidad; los síntomas, que representan ciclos recursivos de retroalimentación, que se organizan dentro de un sistema de interacción total y la concepción cibernética, que nos permite identificar las diferentes formas en que individuos y familias mantienen una organización en relación a un proceso recursivo. El presente material sirve como una guía de exposición grupal.

■ **Presentación multimedia: “La autoobservación en psicoterapia constructivista”**

En esta presentación se expone uno de los métodos esenciales para llevar a cabo las principales tareas de evaluación e intervención en la psicoterapia constructivista. El método de autoobservación proporciona la materia necesaria para la reconstrucción de acontecimientos y opera en la interconexión entre la experiencia inmediata y la explicación simbólica. En este sentido, permite la exploración y análisis en tres niveles de procesamiento: conciencia inmediata, explicaciones mediatas y relación dinámica y en constante evolución. Esta presentación sirve de apoyo para explicar uno de los métodos de la psicoterapia constructivista.

■ **Presentación multimedia: “La construcción del conocimiento”**

En este trabajo se presentan diferentes posturas de cómo se construye el conocimiento, entre las que destacan la de Darwin, Piaget, Von Foester, Maturana, y Glasersfeld. En la presentación se concluye que el construccionismo es un modo de pensar y no una descripción del mundo, implica un modelo hipotético que no hace afirmaciones ontológicas y que no se propone describir ninguna realidad absoluta, sino sólo fenómenos de nuestra experiencia. El material aquí presentado, puede constituir una herramienta de apoyo para exponer este tema.

■ **Presentación multimedia: “Construccionismo social e irreverencia terapéutica”**

En esta presentación se muestra brevemente la historia de cómo se formó el modelo de Milán, sus estrategias e intervenciones en el trabajo con familias y la evolución de dichas estrategias enfocadas en las construcciones sociales, las posibilidades de narraciones alternativas y la irreverencia terapéutica. Este material puede ser utilizado para exponer la transformación que tuvo el modelo de Milán hacia una modalidad circular de trabajo.

■ **Presentación multimedia: “La capacidad de maniobra del terapeuta”**

El objetivo de este trabajo se encuentra enfocado en exponer de forma panorámica la propuesta que elaboran los autores de la escuela de terapia breve del MRI con respecto a la manera de actuar por parte del terapeuta durante un tratamiento. A lo largo de este material se presentan las diferentes acciones que puede llevar a cabo el terapeuta a pesar de los obstáculos o inconvenientes que puedan presentarse, como: el trabajar con

pacientes que inician un tratamiento por coacción, el llevar a cabo una terapia con pacientes que tratan de imponer restricciones inaceptables al proceso terapéutico, el poder identificar un paciente real de un comprador fingido, entre otros. Este trabajo sirve como una guía de exposición grupal.

■ **Presentación multimedia: “El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico”**

En esta exposición se presenta una forma de trabajo en la cual la terapia se inclina hacia una posición más hermenéutica e interpretativa, destacando los “significados” que se crean y experimentan dentro de las conversaciones terapéuticas. Esta postura más narrativa pone énfasis en el papel del lenguaje y la conversación; el terapeuta adopta una postura de comprensión y de ignorancia, que implica que sus interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o las verdades formadas teóricamente. De esta manera la conversación terapéutica fluye encaminada a una búsqueda mutua (paciente-terapeuta) de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los problemas, lo que permite una co-construcción de nuevas narraciones encaminadas a un cambio. Este trabajo sirve como una guía de exposición grupal.

■ **Presentación multimedia: “Hipotesis, circularidad y neutralidad: una invitación a la curiosidad”**

En este trabajo se examinan los principios sistémicos de hipótesis, circularidad y neutralidad desarrollados por el Grupo de Milán: Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. Es una presentación que sirve como introducción al estudio de este tema.

■ **Presentación multimedia: “Factores comunes y otras variables extra-terapéuticas en terapia familiar y de pareja”**

Esta presentación explica la forma en cómo los factores extra-terapéuticos (circunstancias que rodean al paciente), pueden influir en su recuperación, más allá de la práctica formal del proceso terapéutico. Entre ellas destacan: las fortalezas del cliente, los elementos de soporte en el entorno y eventos casuales, por ejemplo: la persistencia, la fé, un familiar comprensivo, un nuevo empleo, responsabilidad, un manejo adecuado a una crisis, etc. Este análisis se encuadra dentro de la propuesta de los cuatro grandes factores comunes a todas las terapias, ofrecido por Duncan y Hubble en su libro: “The heart and soul of change”.

■ **Presentación multimedia: “Adaptación del tratamiento al nivel de deterioro del paciente y estilos de afrontamiento”**

En este trabajo se expone la importancia de identificar dos aspectos en el manejo con los pacientes: 1) evaluar el nivel de deterioro y 2) los estilos de afrontamiento; para que a partir de ello el terapeuta pueda definir el tipo de intervenciones que podrán ser utilizadas. El nivel de deterioro del paciente se encuentra determinado por los niveles de apoyo eficaz que posee y las áreas de funcionamiento que han sido dañadas. De esta manera, el terapeuta podrá determinar la frecuencia e intensidad del tratamiento. Por otro lado los estilos de afrontamiento señala la forma típica y usual en que una persona interactúa con otros y responde a los estímulos amenazantes para guardar su seguridad y bienestar. Con base en los estilos del paciente (internos o externos), el terapeuta podrá seleccionar las estrategias de tratamiento a lo largo del proceso terapéutico. Este abordaje terapéutico lo describe Beautler y Harwood en su libro: “Prescriptive Psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection”.

## **4.6 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria**

### ■ **Manual didáctico: “Comunicación y relaciones humanas”**

**Dirigido a:** personas interesadas en mejorar su forma de comunicarse y relacionarse con otros.

#### ■ **Objetivos:**

1. Que los participantes se familiaricen con los principales roles que tiene cada miembro para el buen funcionamiento del sistema y se sensibilicen acerca de la importancia de la cooperación e integración grupal
2. Que los participantes adquieran información acerca del proceso de comunicación, la autocomprensión y percepción de los demás como aspectos importantes para el establecimiento satisfactorio de las relaciones.
3. Que los participantes reconozcan la importancia de la asertividad y la resolución de conflictos como aspectos significativos para tener una mejor relación y mayor comunicación.

#### ■ **Justificación:**

La vida moderna sobre todo en las grandes ciudades, se ha vuelto apresurada, fría, agresiva y estresante, posiblemente debido a los requerimientos inherentes en a dinámica social de la globalización. Esto conlleva a que una de las fuentes más grandes de satisfacción o insatisfacción en la vida de las personas se vea afectada, esto es: las relaciones interpersonales. Muchas personas sienten frustración, disgusto o contrariedad por la calidad de tales relaciones, pero en ocasiones ni siquiera saben la clase de relación que están buscando y mucho menos como establecerla.

Se tiende a identificar una buena relación como la ausencia de conflictos; sin embargo los conflictos se van a presentar en cualquier relación. Los conflictos no sólo son un aspecto inevitable de la conducta, sino incluso convenientes; gracias a las situaciones conflictivas la gente puede desarrollarse y llegar a un nuevo entendimiento. Para lograrlo, es necesario que aprendamos a identificar aquellos mensajes que se nos transmiten tanto de manera verbal como no verbal y a que podamos, en nuestras relaciones, hablar sobre lo que nos decimos y sentimos.

El manual esta dividido en tres partes, *la primera* de ellas aborda el tema de grupo, en donde se describen sus principales características, como la cohesión; así como los diferentes roles que pueden desempeñar sus integrantes dependiendo de la dinámica que se desarrolle entre sus miembros. En la *segunda parte* se habla sobre el proceso de comunicación, en ella se proponen estrategias para desarrollar una buena escucha y para expresar sentimientos e ideas de manera respetuosa y responsable. En la *última parte*, se revisa el concepto de asertividad en la comunicación y su diferencia respecto de la comunicación no asertiva y de la comunicación agresiva, además se sugieren algunas estrategias para la resolución de conflictos y diferentes ejercicios en donde el lector puede practicar la asertividad para poder transmitir lo que siente y piensa de manera satisfactoria.

■ **Curso-Taller: “Comunicación y relaciones humanas”**

**Sede:** Escuela Nacional Preparatoria No. 5 “José Vasconcelos”

**Duración:** 12 horas.

**Fechas:** 15, 22 y 29 de mayo del 2004

**Expositoras:** Alma Téllez e Ivette Delgado

**Dirigido a:** Alumnos y ex-alumnos de la ENP No. 5 integrantes del grupo coral “Emocionarte” interesados en mejorar la forma de comunicarse.

■ **Objetivo general:**

Que los participantes desarrollen habilidades que le permitan el libre intercambio de sus ideas y el trabajo en equipo dentro de un ambiente de aceptación, comprensión, respeto y sinceridad.

■ **Objetivos específicos:**

1. Que los participantes se familiaricen con los principales roles que tiene cada miembro para el buen funcionamiento del sistema y se sensibilicen acerca de la importancia de la cooperación e integración grupal
2. Que los participantes adquieran información acerca del proceso de comunicación, la autocomprensión y percepción de los demás como aspectos importantes para el establecimiento satisfactorio de las relaciones
3. Que los participantes reconozcan la importancia de la asertividad y la resolución de conflictos como aspectos significativos para tener una mejor relación y mayor comunicación.

■ **Resumen:**

Durante el mes de mayo del 2004, se llevó a cabo el taller: “Comunicación y Relaciones Humanas” con el grupo coral de ex-alumnos de la preparatoria número 5 “José Vasconcelos” de la UNAM. Este taller fue explícitamente solicitado por el director de la coral, pues había identificado problemas de integración y conflictos entre sus alumnos, razón por la cual, muchos de ellos habían renunciado al mismo. Con dos meses de anterioridad aproximadamente, se llevó a cabo la detección de necesidades, así como un sondeo estadístico que permitiera conocer la población a la cual iría dirigido el taller. Para ello, se proporcionó una hoja de datos generales, que contestaría cada participante. A partir de la información obtenida, se comenzó a planear las actividades y dinámicas de integración que serían utilizadas, así como el material con el cual se trabajaría. El taller se llevó a cabo en tres sesiones, durante las cuales se realizaron diferentes dinámicas y exposiciones que permitieron el logro de los objetivos planteados al inicio del curso.

■ **Curso-taller: Cómo comunicarme con mi hijo adolescente**

**Sede:** Primer congreso nacional sobre adolescencia

**Duración:** 6 horas.

**Fechas:** 28 y 29 de mayo del 2004

**Expositoras:** Alma Téllez e Ivette Delgado

**Dirigido a:** padres que deseen mejorar o llevar una mejor relación con su hijo adolescente, o cualquier persona interesada en el tema.

■ **Objetivos:**

1. Que los participantes se familiaricen con los principales características y cambios que se llevan a cabo durante la adolescencia y se sensibilicen acerca de la importancia de los

límites y normas dentro de la dinámica familiar para establecer las bases de una buena comunicación.

2. Que los participantes adquieran información acerca del proceso de comunicación, como un recurso importante para la negociación y establecimiento de límites con los adolescentes.

■ **Resumen:**

Este taller se realizó dentro del primer congreso nacional sobre adolescencia que se llevó a cabo durante el mes de mayo del 2004. La intención del taller era el sensibilizar al personal docente, principalmente profesores de secundaria y padres de familia sobre la importancia de la comunicación y el establecimiento de límites claros y flexibles. Los temas generales que se abordaron en estos dos días fueron: adolescencia, límites, comunicación y asertividad. Dentro de la exposición de cada tema, se realizaron diferentes dinámicas vivenciales que permitieron a los asistentes ubicarse en el lugar del adolescente y así entender los cambios y necesidades que viven día a día; así mismo se fomentó la participación de los asistentes, que intercambiaron experiencias y conocimientos respecto a su relación con adolescentes y los principales problemas con los que se enfrentan.

**4.7 Presentación de trabajos en foros académicos**

■ **1er Congreso Nacional sobre Adolescencia**

**Sede:** México, D.F.

**Fechas:** 27, 28 y 29 de mayo del 2004

**Conferencia:** **Enfermedad, familia y adolescencia**

**Expositora:** Alma T. Téllez Romero

**Resumen:** En este trabajo se analizan las creencias, actitudes y mitos de la enfermedad en relación con la etapa del ciclo vital de la familia. Se enfatiza la importancia de poder identificar los recursos y redes sociales de la familia, que constituyen una fuente de apoyo para el manejo y afrontamiento de un diagnóstico médico. De esta manera, se presenta una propuesta de trabajo terapéutico basado en los medios narrativos y el trabajo con la terapia médica familiar para el manejo de la enfermedad en la familia.

**Palabras clave:** *familia, adolescencia, creencias y enfermedad.*

■ **5to. Congreso Europeo de Terapia Familiar e Intervención Sistémica**

**Sede:** Berlín, Alemania

**Fechas:** 30 de septiembre al 1 de octubre del 2004

**Expositora:** Alma T. Téllez Romero

**Trabajo presentado en modalidad cartel:** Family's beliefs management related with health and illness: a proposal of intervention with a family's ill member (*Manejo de creencias familiares en relación a la salud-enfermedad: una propuesta de intervención en familias con un miembro enfermo*)

**Resumen:** A lo largo del tiempo, las creencias en torno a aquellos factores que están relacionados con la enfermedad han sido transmitidas como parte de un legado familiar que pasa de generación en generación, construyéndose en una base de red de eventos, un modelo interpretativo de la realidad. El material significativo compartido por los miembros de la familia, constituyen una vía para el trabajo terapéutico, pues con base en estas creencias se puede establecer un vínculo con los pacientes para la creación de una nueva narrativa en torno a la salud y a la enfermedad, que permita una mejor adaptación

y manejo. Con base en ello, la propuesta de trabajo basada en la utilización del modelo de Milán junto con los principios de la terapia médica familiar desde una perspectiva bio-psico-social y colaborativa que promueva la capacidad de agencia de los pacientes, constituye una propuesta de trabajo desarrollado con dos familias mexicanas, en donde se demuestra que la creación de nuevas posibilidades que permitan un mejor desarrollo del individuo está relacionada con la historia que se crea en torno a la enfermedad, la etapa del ciclo vital de la familia y las diferentes redes de apoyo familiares, médicas y sociales. **Palabras clave:** familia, creencias y enfermedad.

#### **4.8 Actividades extracurriculares**

Como parte de las actividades de enseñanza y difusión del conocimiento, participé como asistente a diferentes talleres presentados por especialistas del campo de la Terapia Familiar, así como un diplomado sobre Terapia Médico familiar. A continuación se presentan los eventos a los cuales asistí a lo largo de mi formación profesional:

- **Diplomado en Terapia Médica Familiar**  
 Fecha: Noviembre del 2002 - Noviembre del 2004  
 Duración: 108 horas  
 Sede: Instituto de la Familia, A.C. - IFAC  
 Documento obtenido: Diploma
  
- **Asistencia al : Seminario de Terapia Familiar sobre el modelo de Milán**  
 Ponente: Dr. Gianfranco Cecchin  
 Fecha: 30 y 31 de octubre de 2003.  
 Duración: 20 horas.  
 Documento obtenido: Diploma
  
- **Asistencia al : “Primer Simposium de Terapia Médica Familiar en México”,**  
 Ponentes: Dra. Susan McDaniel y Dr. David Seaburn  
 Fecha: 14,15 y 16 de enero del 2004  
 Documento obtenido: Diploma

Por otra parte, durante el último semestre de mi formación profesional comencé a realizar **prácticas profesionales en el Centro Nacional de -Rehabilitación y Comunicación Humana**, bajo la supervisión del Dr. Froylán Calderón y el Mtro. Gerardo Reséndiz. Durante este tiempo se trabajó un total de seis familias que fueron manejadas con el modelo de Milán. El trabajo terapéutico se llevaba a cabo con un equipo multidisciplinario en el cual participaban otros psicólogos, terapeutas de lenguaje y familiares.

La experiencia del trabajo terapéutico en un escenario clínico diferente fue muy enriquecedor y me proporcionó diferentes herramientas para el manejo con familias que poseen una enfermedad y/o discapacidad. En este sentido es importante señalar de que a pesar de que al término de mi estancia ningún caso clínico se había concluido, pude observar que las estrategias utilizadas a través del modelo de Milán, promovieron

cambios significativos en las dinámicas familiares, que eran fácilmente percibidas en la calidad de las relaciones y el manejo de la enfermedad y los tratamientos médicos.

## **D) HABILIDADES DE COMROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL**

### **4.9 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional**

Como apartado final del grupo de habilidades profesionales que se tienen contemplado dentro de la residencia en Terapia Familiar, se encuentran las que tienen que ver con un comportamiento y compromiso ético del alumno.

El programa de residencia establece entre dichas habilidades: 1) actualizar e innovar las capacidades profesionales de manera constante; 2) analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegado a las normas de la ética profesional; 3) brindar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios; 4) desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social y, 5) el mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales, principalmente.

Durante mi proceso de formación, pude ir identificando que muchos de los puntos anteriores se veían reflejados en la mayoría de las actividades que se llevaban a cabo en la residencia; por ejemplo al mantener la confidencialidad de la información que nos proporcionaban los pacientes, al llevar un registro actualizado de los expedientes, la preparación y seguimiento de cada caso, así como el análisis teórico y revisión bibliográfica que permitiera un mejor manejo de los casos. Sin embargo, de una manera muy estrecha con las habilidades descritas por el programa, existen otros puntos que considero importante describir, pues fueron algunas consideraciones éticas que viví a lo largo de los dos años de la maestría.

#### **■ El proceso de formación como terapeuta**

En un inicio, el ser terapeuta implicó para mí un campo nuevo, pero sobre todo un reto, pues nunca había trabajado con pacientes. El encontrarme dentro de la cámara de Gesell y saber que todo el equipo se encontraba observándome provocaba en mí, tensión, preocupación por equivocarme, por no saber qué decirle a los pacientes y sobre todo, la cámara, pues me hacía sentir observada en cada uno de mis movimientos. Esta situación que consideré una gran limitante en comparación con mis compañeros, que parecían tener un mejor desenvolvimiento en este escenario, a la larga constituyó un recurso valioso, pues me permitió crear una alianza especial con los pacientes, pues entendía muy bien cuál podría ser su sentir al encontrarse en un escenario acondicionado de esta manera. Con el tiempo, esta situación de incertidumbre se fue disipando, lo que me permitió un mayor movimiento y espontaneidad en el trabajo de los casos clínicos.

Al reflexionar y recordar esos momentos, me quedo pensando en la importancia que tiene el poder escuchar y estar al pendiente del contexto en el trabajo con los pacientes, no sólo de lo que le sucede a la familia, sino al terapeuta, su propia historia, recursos y limitaciones, el observar qué está pasando con el equipo, los supervisores y la institución en sí misma.

Aprendí a estar atenta de los cambios y el dilema que ocurre cuando dichos cambios tienen una relación estrecha con el momento por el que está pasando la familia así como por los momentos que está pasando el terapeuta en su propio ciclo vital.

En ocasiones había familias cuya dinámica ante nuestros ojos era lenta y estereotipada, y pensábamos que no realizaban ningún avance, y en algunos momentos nuestros esfuerzos se encaminaban en provocar una crisis que repercutiera en un indicio de que la familia se movía; posteriormente me dí cuenta que esas decisiones tenían más relación con nuestras propias necesidades como terapeuta y equipo, ya fuera por nuestras resonancias personales, exigencias académicas o las políticas institucionales. Al final de ello, entendí que nuestros tiempos no eran igual a los tiempos de la familia, y que debíamos saber identificarlo y manejarlo correctamente.

Considero que una manera de trabajar éticamente esta situación es, por una parte, evaluar los peligros y las ventajas que tiene el cambio para el sistema familiar e identificar los sistemas con los que se encuentra relacionada la familia, y por otro lado, el que el terapeuta pueda identificar si sus cambios pueden ser trabajados en forma paralela conforme avanza el trabajo clínico, pues de lo contrario se correría el riesgo de que el terapeuta pudiera no respetar los tiempos del cambio de la familia y la dirección de dichos cambios. Hoy día, esta experiencia me deja ver que como terapeutas debemos considerar el contexto de una manera más abarcadora, los dilemas del cambio y los tiempos de nuestros pacientes para que la atención que brindemos tenga unas bases más éticas en el manejo de los casos.

#### ■ El trabajo clínico con las familias

En un inicio cuando comenzamos a trabajar con las familias, fue importante una organización entre los alumnos que conformábamos la residencia de terapia familiar, pues existían pocos expedientes, y por lo tanto, una población pequeña con la cual podríamos trabajar. Esta planificación nos apoyó para que todos pudiéramos tener el mismo número de casos a lo largo de la residencia, pero nuestra organización dio con el tiempo un giro importante: lo que en un comienzo constituía una simple elección de alguna manera administrativa, es decir, recibir el expediente y citar a la familia, cambió hacia una evaluación del caso que estábamos recibiendo, de tal forma que al identificar la problemática de la familia, el terapeuta en turno reflexionaba para sí mismo y lo compartía con el equipo, respecto a si en esos momentos se encontraba en las mejores condiciones para atender el caso.

Esta situación, pudiera tener dos lecturas, por una lado podría ser visto como una falta de ética respecto a no atender un caso clínico que solicita ayuda, posiblemente de falta de entrenamiento para adaptarse y abordar cualquier problemática, pero por otro lado, podríamos tener la lectura de honestidad, de una evaluación ética y profesional, respecto a las limitaciones del terapeuta, encaminadas a que la persona que manejara el caso clínico estuviera en las mejores condiciones de proporcionar el apoyo que la familia necesitara.

Cuando recuerdo éstos aspectos y los relaciono con los resultados obtenidos, me encuentro convencida de que es importante mantener una coherencia respecto a nuestro trabajo profesional como terapeutas con relación a lo que sentimos como personas, pues un aspecto no puede ser separado del otro. Al reflexionar sobre de ello, me viene a la mente las palabras de Gianfranco Cecchin, cuando nos preguntaba *¿te gusta la familia*

*con la cual estás trabajando?, ¿ te sientes a gusto con el manejo del caso?,* y me quedo pensando en la importancia de ser humildes y reconocer nuestras limitaciones cuando no es posible en esos momentos de nuestras vidas trabajar con cierto tipo de familias o bien de problemáticas y la importancia que tiene sentirnos a gusto, con movimiento para intervenir libremente y danzar con la familia. Durante la residencia, observé los avances que tenía el manejo de aquellas familias en las cuales había una identificación del terapeuta con el caso, con ello no quiero decir que aquellas familias en las cuales esta identificación no existiera el manejo fuera deficiente o con falta de compromiso, pues lo que deseo expresar, es que existía un lenguaje diferente, que hacía ver un sistema conectado en la parte emocional y cuyos resultados parecían tener un significado en lo relacional, tanto para el terapeuta como para el equipo de supervisión que observaba el caso.

Por otro lado, otro aspecto a considerar es el relativo a *los objetivos* que se establecen en el proceso terapéutico, pues es importante no generar falsas expectativas en el paciente, exponerle de forma honesta y realista el construir metas alcanzables dentro del espacio terapéutico. En este sentido, es importante señalar que los objetivos sean establecidos por los pacientes y que el terapeuta no imponga su propia interpretación de lo que considera mejor para el paciente. Asimismo, un elemento más a considerar es la elección de técnicas y estrategias, enfatizando la parte ética, de que las técnicas deben encontrarse al servicio del paciente, y no el paciente al servicio de éstas.

#### ■ **La adherencia terapéutica, y la adherencia del terapeuta a sus pacientes.**

##### **Hay que aprender a decir: adiós**

Quienes han pasado por una psicoterapia, saben cuáles son las dos decisiones más difíciles: cuándo empezarla y cuándo concluirla. En la mayoría de los casos cuando nuestros pacientes llegan a pedir ayuda, han logrado dar un paso muy importante, el reconocimiento de que existe un problema, y poco a poco se van comprometiendo en su propio proceso junto con el terapeuta para la solución de la problemática.

En algunos de los casos, al término de los objetivos que se fijaron en un inicio, la terapia concluye, pues las metas han sido cumplidas, pero en otros casos surgen nuevos objetivos, que si el tiempo y el manejo del caso lo permiten, podrán trabajarse, como ocurrió con dos de los casos que se trabajaron en la residencia. Sin embargo, en todo ello existe un aspecto importante a considerar, que implica la parte relacional ¿qué sucede cuando el paciente no desea irse de la terapia? pero también, ¿qué sucede cuando el terapeuta no quiere dejar a la familia?

Algunos pacientes temen perder lo ganado si dan por concluidas las sesiones acostumbradas, y no es raro que se forme una dependencia hacia el terapeuta, dispuesto siempre a escucharlo todo. Pero, los terapeutas también somos humanos, y podemos sentir renuencia a perder un paciente o familia a los que hemos llegado a apreciar.

Considero que una manera de trabajar éticamente esta situación, consiste en reflexionar varios puntos: 1) el revisar si los objetivos terapéuticos se han alcanzado, evaluando las ventajas y desventajas de concluir el proceso en esos momentos; 2) considerar el contexto, los recursos de la familia y el momento de vida por el cual están transitando; 3) el reconocimiento a la familia, respecto a que los cambios alcanzados son producto de su esfuerzo y no únicamente del terapeuta; 4) el reflexionar qué le está pasando al terapeuta, por qué no desea dejar a sus pacientes, qué necesita de ellos o

que le hacen sentir que requiere que los pacientes permanezcan en la terapia más tiempo y 5) por último, y tal vez uno de los más importantes, el que el terapeuta se prepare para dejar a sus pacientes, trabajando él mismo su propio duelo, pues debe pensar que el día en que se termine el proceso es probable que la familia se resista a concluirlo, y es entonces cuando el terapeuta deberá exponerle a la familia las razones por las cuales puede ser prudente terminar el proceso.

Desafortunadamente, se presentaron algunos casos en los que el terapeuta no reflexionó sobre los puntos anteriores, y cuando la familia llegó a demandar más atención el terapeuta no cerraba el caso, lo que provocó que en muchas ocasiones los objetivos y logros alcanzados a lo largo del proceso se diluyeran y el manejo del caso fuera reiterativo, abordando puntos que no parecían tener relación con una demanda real, sino que expresaban la ansiedad de tal vez no poder continuar sus vidas sin la terapia. Afortunadamente, esto sucedió en el menor de los casos, y el aprendizaje que me deja esta experiencia, es el estar pendiente de lo que sucede conmigo misma con relación a mis pacientes, y de alguna manera trabajar éticamente la responsabilidad de terminar el proceso junto con las familias, manejando la separación de acuerdo al ritmo y los tiempos que se construyeron en la relación terapéutica de cada caso en particular.

#### ■ **Toma de decisiones. El inicio del caminar solo sin un equipo terapéutico.**

Cuando comencé la maestría y el trabajo con los pacientes, encontré un apoyo importante en el equipo terapéutico y el supervisor del caso, pues me sentía acompañada en cada una de las sesiones, y respondía de igual manera con un compromiso en el trabajo de otros casos clínicos como parte del equipo detrás del espejo. Sin embargo, conforme se acercaba el término de la residencia, los tiempos de los miembros del equipo y de los supervisores, no concordaba en muchas ocasiones con las sesiones terapéuticas, lo que implicó un cambio importante en mí como terapeuta, pues me ví ante la situación de tomar decisiones sola. Esta situación me reflejó un panorama real de lo que viviría en un futuro cuando trabajara fuera del programa de maestría, pero por otro lado, implicaba vencer mis propias inseguridades y dependencia hacia un equipo.

Considero que una solución ética para estas situaciones, consiste en que el terapeuta genere un mecanismo de auto-observación en su labor como terapeuta para dirigir las intervenciones y la dirección que le dará a cada caso. Considero que ante estas circunstancias, una herramienta importante consistirá en la identificación de los propios recursos y limitaciones del terapeuta, en la preparación y actualización constante, y en el trabajo de nuestras resonancias tanto del proceso como del contexto en que se está manejando el caso clínico.

#### ■ **La persona del terapeuta**

Desde el inicio de la maestría, diferentes maestros y supervisores, señalaban la importancia de llevar un proceso terapéutico individual, como una herramienta que nos permitiría estar más al pendiente de nosotros mismos, de nuestras emociones y de aspectos no identificados de nuestra historia personal que podrían verse reflejados en el manejo con los pacientes, razón por la cual debíamos trabajarlos. Esta decisión debía ser tomada de manera personal, pues no constituía una condición obligatoria dentro de la residencia.

De manera personal, considero que este aspecto es uno de los más importantes, pues implica la responsabilidad del terapeuta de buscar ayuda para atender a su propia persona, sobre todo cuando reconoce que sus problemas y/o conflictos pueden interferir con la efectividad del tratamiento.

Dentro del trabajo con las familias, muchos de los errores que llegamos a cometer, podrían ser atribuidos a la poca experiencia en la labor terapéutica, pero muchos otros guardaban una estrecha relación con el poco conocimiento que teníamos de nosotros mismos, de la identificación de nuestros recursos y la aceptación de nuestros puntos menos fuertes. En este sentido, hay que señalar que estos aspectos no son exclusivos del terapeuta, pues también es importante incluir al equipo detrás del espejo, pues existen diferentes resonancias, valores y prejuicios que si no son identificados a tiempo y los dejamos avanzar, se puede correr el riesgo de que el proceso terapéutico se deteriore. Por ejemplo, cuando el terapeuta y/o el equipo utilizan a los pacientes para satisfacer sus propias necesidades, imposición de valores y objetivos terapéuticos; o bien cuando buscamos que los pacientes o familias se adapten a los tiempos y dirección que se persigue en el proceso, dejando a un lado lo que piensan o sienten los pacientes.

Por último, una parte ética que considero fundamental, hace referencia a la postura de humildad del terapeuta, de poder reconocer que no todos los casos saldrán adelante porque lo tienen a él o ella como terapeuta, pues existen otros factores extra-terapéuticos que intervienen en que un caso avance o termine su tratamiento. Cuando el terapeuta entiende este aspecto, reconoce sus alcances y limitaciones, tomándose el tiempo necesario para evaluar el caso y orientar a la familia sobre otras alternativas para su problemática, para canalizar el caso clínico o bien para darle seguimiento en otro espacio terapéutico.

#### ■ **El compromiso con el trabajo de formación de nuevos terapeutas**

Un elemento que a mi parecer, constituye la base de muchos terapeutas, es el apoyo del supervisor a lo largo del proceso de formación, pues modela, guía y evalúa el progreso que tenemos como terapeutas en el área clínica. Considero que esta labor involucra un grado de compromiso y responsabilidad académica muy grande, pues su visión experta y/o de mayor experiencia nos conduce a un manejo ético y continuo con las familias con las cuales trabajamos. En este sentido, me parece importante señalar, la habilidad del supervisor para facilitar el aprendizaje clínico, dirigiendo a los alumnos desde una postura flexible que permita a los terapeutas en formación desarrollar sus propias herramientas y estilos de trabajo.

A lo largo de estos dos años de formación, me dí cuenta que la responsabilidad no radica solamente en la figura del supervisor, pues existe una co-responsabilidad del terapeuta y el equipo en cada caso que revisábamos. De esta manera, en la medida que el supervisor se involucraba con el proceso, invitaba a los estudiantes a participar en cada uno de ellos de manera responsable.

En la mayoría de los casos, la supervisión se centró en la parte del proceso, es decir en la elección del modelo, el establecimiento de objetivos, el desarrollo de la terapia, la utilización de estrategias e intervenciones, etc., en resumen, en las habilidades teóricas metodológicas con que se manejaba el caso clínico; sin embargo considero que también es importante trabajar los aspectos tanto internos como externos que se desarrollan en el

escenario clínico y que mantienen una relación muy estrecha con la persona del terapeuta.

Como estudiante de la residencia, un aspecto que viví a lo largo del trabajo con las distintas familias, fueron las resonancias ante el contexto y las distintas problemáticas trabajadas, lo que me hace pensar que un aspecto que debe tener presente el supervisor, es el generar en los alumnos un mecanismo reflexivo de auto-observación, que les permita mirar hacia dentro de ellos mismos y estar pendiente de las resonancias que está presentando en cada caso que se maneja, tanto si es terapeuta, como si pertenece al equipo. La retroalimentación en esta línea, juega un papel indispensable, pues se relaciona con los circuitos de comunicación construidos en la relación supervisor-alumno a lo largo del proceso de formación. En la medida en que promueva este mecanismo de observación, se generará a su vez conductas de auto-cuidado hacia la persona del terapeuta, así como la identificación de recursos y limitaciones, encaminadas a un manejo más ético y satisfactorio de cada caso clínico.

## CAPITULO V. ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

En este apartado, presento el análisis de un caso clínico que atendí a lo largo de mi formación, en el cual se pueden observar algunos aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad.

Elegí esta familia, por varias razones: en **primer lugar**, porque fue la primera familia que atendí sola como terapeuta; **segundo**, por la constancia y compromiso que demostraron todos los asistentes, lo cual me permitió utilizar diferentes estrategias, lo que me llevó a conocer y explorar la historia de esta familia de manera más profunda, y que de alguna manera todo ello me abrió la puerta para poder trabajar el tema de la enfermedad con ellos; **tercero**, considero que el tema de la enfermedad, puede ser un problema difícil de afrontar para algunas familias, generando en ellas un estado de tensión respecto a cómo manejarla; **cuarto**, durante todo el proceso, además de poder utilizar las estrategias del modelo bajo el cual se estaba llevando a cabo la supervisión (modelo de Milán), tuve el apoyo del equipo y de la supervisora para poder implementar algunas estrategias del modelo de terapia médica familiar, lo que constituyó un elemento importante para los avances de este caso; **quinto**, porque para el manejo del caso tuve que utilizar todos los recursos con los cuales contaba encaminados a la investigación, diseño de material, entrevista con médicos y personal de salud, que me apoyaran para comprender de una mejor manera el diagnóstico de la enfermedad con la cual me estaba enfrentando (epilepsia benigna infantil) y que estaría estrechamente relacionado con el manejo terapéutico que tendría con la familia; **pero sobre todo**, elegí a esta familia, porque a lo largo del proceso me brindó una gran experiencia de vida, respecto a cómo los recursos familiares se consolidan en una valiosa fuente de apoyo que da soporte para afrontar las diferentes exigencias con las cuales se enfrentan.

Cuando recibí el caso, mi principal preocupación era que no se fueran a ir; hasta el momento no habíamos tenido la oportunidad en la maestría de trabajar con una familia completa y que fuera yo la terapeuta implicaba todo un reto; me preguntaba: ¿podré escuchar a todos?, ¿me alcanzará el tiempo?, ¿podré trabajar con ellos?, tenía un gran miedo a equivocarme, sin embargo conforme el proceso avanzaba estas dudas se fueron disipando.

La familia mostraba una cooperación y compromiso importante, de alguna manera parecía ser que había un clima de confianza hacia el proceso y esto me permitió una mayor movilidad para trabajar con ellos. Me dí cuenta, que conforme avanzaban las sesiones, se iba construyendo un lazo en la parte relacional importante, pero no sólo conmigo sino con el equipo, quienes mostraban una actitud de mucho compromiso y aprecio por esta familia, es decir, había una unión especial en ambas direcciones: *de la familia al equipo y terapeuta, y viceversa*.

Durante un año aproximadamente que se trabajó con el caso, pude observar cómo la familia crecía, identificando recursos y utilizándolos en su beneficio, pero, paralelamente a ello, me dí cuenta que yo también crecía junto con ellos, descubriendo mis propios recursos y estilo para llevar la terapia. Me sentí muy afortunada por haber

conocido a esta familia, pues me brindó un importante crecimiento tanto personal como profesional, y por eso también es que la presento para este apartado.

Cabe mencionar que a partir de la experiencia con esta familia, realicé una propuesta de intervención para familias con un miembro enfermo, enfatizando el manejo de las creencias familiares en relación a la salud-enfermedad. Este trabajo fue presentado en la modalidad de cartel, para el V congreso Europeo de Terapia Familiar, siendo premiado junto con otros dos trabajos europeos. La experiencia de ello fue muy gratificante, y me siento orgullosa de haber podido representar a la UNAM en el extranjero.

El trabajo que a continuación presento se encuentra dividido en dos partes: en la primera de ellas, describo un breve marco teórico relacionado con el tema de la enfermedad en la familia, así como algunos modelos de trabajo para su manejo y estudio. En la segunda parte, presento un caso clínico enfatizando aquellas sesiones en las cuales se trabajó el tema de la enfermedad y algunas de las estrategias utilizadas.

### **5.1 Familia y Enfermedad**

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de enfermedad o de convivir con una persona discapacitada, se hace sentir en todo el sistema familiar. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tienen capacidad de adaptación y salen con éxito de la crisis (Rolland, 1994).

Cualquier familia puede verse afectada por la enfermedad, pero lo más importante será explorar: en qué momento de la vida, en qué forma, con qué intensidad ocurrió, por cuánto tiempo se prolongó y la forma en como cada miembro de la familia lo experimentó y manejó, pues todo ello, son factores asociados con la forma en como se verán influidas las relaciones familiares a partir de la enfermedad.

En el trabajo con la enfermedad, resalta la importancia de considerar a todos los miembros de la familia y no a la persona enferma, como unidad central de atención (Litman, 1974; Ransom, 1983, citado en Rolland, 1994); pues de esta manera podemos explorar las necesidades de cada uno de ellos identificando los recursos y los aspectos vulnerables del sistema familiar, para adaptarse con éxito a la problemática que están enfrentando en esos momentos.

Desde este punto de vista, Steinglass y Horan (1988) han observado cuatro perspectivas de concebir a la familia:

**1. La familia como recurso:** Desde este punto de vista, la familia es contemplada como una fuente primaria de ayuda social que funciona de manera protectora para aumentar la resistencia a las enfermedades y que ayuda a lograr que, cuando surge una enfermedad, el paciente cumpla con el tratamiento. Se considera a la familia como principal fuente de apoyo y soporte.

**2. La familia psicósomática. Un modelo deficitario:** Aquí no se ve a la familia como un recurso potencial, sino más bien como una potencial desventaja, que contribuye a que se presente la enfermedad, a que tenga un curso desfavorable y a que no se cumpla con el

tratamiento indicado. En esta perspectiva se considera a la familia como facilitadora en el desenvolvimiento de la enfermedad como consecuencia del estrés, la rigidez y el ambiente familiar disfuncional. La familia es vista como una influencia negativa. El ambiente familiar contribuye a desarrollar o a perpetuar la enfermedad.

**3. Efectos de la enfermedad sobre la familia:** Esta orientación destaca los efectos que una enfermedad determinada tiene sobre la familia. En esta perspectiva la familia es impactada emocional, financiera, laboral y psicosocialmente por la enfermedad. La familia es un receptor de las demandas y el estrés asociado con la enfermedad. El reajuste en la estructura, roles, solución de problemas y afrontamiento afectivo en la familias hacia una misma enfermedad puede ser cualitativamente distinto. El grado de éxito con el que la familia negocia los cambios y los integra a la vida familiar disminuye o aumenta el impacto de la enfermedad en la familia y en el reajuste individual a la enfermedad.

**4. Influencia de la familia en el curso de una enfermedad crónica:** Esta perspectiva es más sistémica; tiene en cuenta la interacción entre el comportamiento de la familia y las características de la enfermedad y cómo esta interacción puede tener una influencia negativa o positiva en el curso de la enfermedad.

El modelo sistémico de la enfermedad, combina estas ideas, destacando una perspectiva interactiva que considera a la familia como un recurso y evita la tendencia del modelo deficitario a exagerar la importancia de la patología familiar. A continuación, describo brevemente las principales características de dicho modelo.

## **5.2 Modelo sistémico de la enfermedad**

Cuando hablamos acerca del cuidado de la salud, intuimos que mucho de sus bases y aprendizaje se encuentra estrechamente relacionado con la familia; sin embargo, las respuestas a las preguntas de cómo analizar esta relación y qué hacer con ella, suelen ser poco claras.

La perspectiva familiar en el campo de la atención a la salud forma parte de un movimiento orientado a promover el funcionamiento saludable de la familia, el normal desarrollo de su ciclo vital y la adaptación a situaciones de discapacidad o enfermedad.

El presente modelo proporciona una visión sistémica y preventiva para la psicoeducación, la evaluación y la intervención en el trabajo con familias. Se basa en la teoría de sistemas. La teoría sistémica de la familia destaca sobre todo la interacción y el contexto; el comportamiento individual se considera dentro del contexto donde ocurre. Desde esta perspectiva, función y disfunción se definen en relación con el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación, en este caso un problema de salud (Rolland, 1994, p. 33).

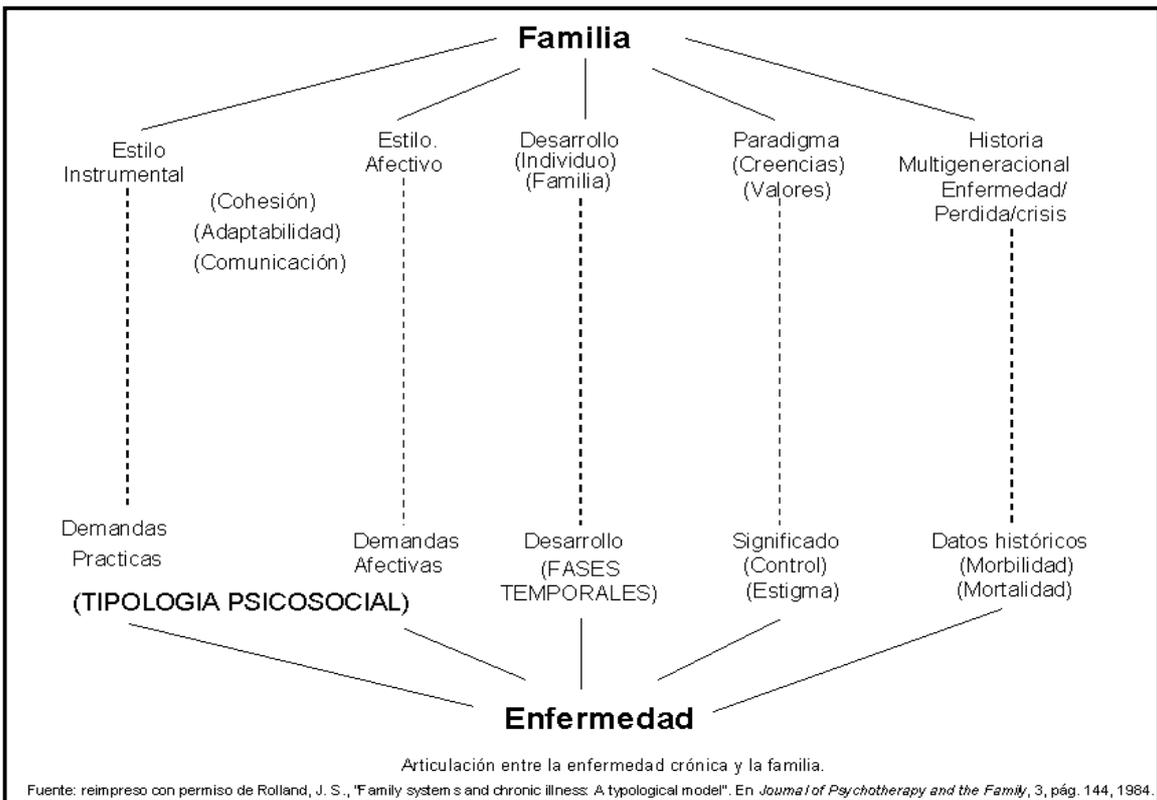
El apego excesivo de la familia, quizá disfuncional en otras circunstancias, puede resultar adaptativo durante una crisis de salud en la que suele ser necesario que los miembros de la familia cooperen estrechamente y suspendan las fronteras normales a fin de facilitar la respuesta y la adaptación a corto plazo. Las pautas transaccionales dentro de la familia y entre la familia y otros sistemas (p.ej. las instituciones de salud, hospitales, etc) se consideran básicas en la conformación del comportamiento individual. En este

sentido, para la teoría sistémica, los individuos están interrelacionados de manera tal que un cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta a los otros miembros, lo que a su vez afecta al primero en una cadena circular de influencia.

Las intervenciones terapéuticas se proponen modificar las pautas disfuncionales de la familia en las que se encuentra incorporada la conducta sintomática. Tanto para los profesionales de la clínica como para los investigadores, la interacción es el elemento central de toda indagación biopsicosocial de orientación sistémica. En los casos de enfermedad física, el foco principal es el sistema creado por la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y otros sistemas biopsicosociales.

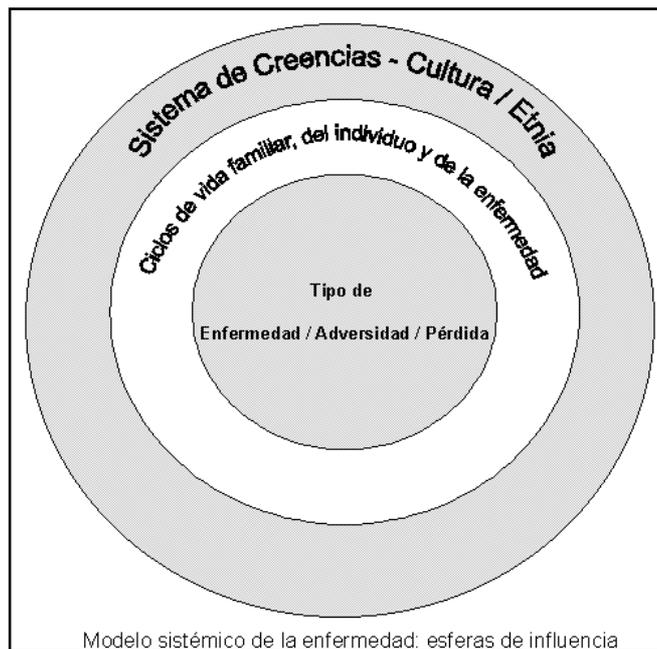
Engel (1977, 1980; citado en Rolland, 1994, p. 34) ha descrito un continuo de sistemas naturales que comienza al nivel de la partícula subatómica más pequeña y se extiende atravesando sucesivamente los niveles de la persona, la familia, la comunidad, la cultura, la nación y el ecosistema total. El modelo sistémico de la enfermedad considera a la familia su punto central porque desde el punto de vista de la evaluación e intervención clínicas, la familia brinda la mejor lente para examinar los otros sistemas. Se pone el acento en los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales que las diferentes afecciones imponen en el transcurso del tiempo y los componentes clave del funcionamiento familiar. Las demandas psicosociales previsibles en una afección a lo largo de sus varias fases, la dinámica sistémica familiar que destaca las pautas multigeneracionales, los ciclos de vida familiar y del individuo, y los sistemas de creencias de la familia proporcionan el núcleo de este enfoque terapéutico (Rolland, 1994).

La siguiente figura ilustra una manera útil de presentar la articulación entre los aspectos de este modelo referidos a la enfermedad y a la familia.



El modelo ofrece una útil perspectiva sistémica de la adaptación de la familia a una enfermedad en uno de sus miembros, como un proceso de desarrollo que tiene lugar a lo largo del tiempo. Considerar a la familia la unidad de atención, en la que una amplia gama de formas familiares e interacciones biopsicosociales son normativas, permite desarrollar un modelo que se basa en la idea central del buen ajuste entre el estilo de una familia (recursos y vulnerabilidades específicas) y las demandas psicosociales de las diferentes afecciones a lo largo del tiempo (Rolland, 1994, p. 35-36).

El modelo está concebido para ayudar a las familias a manejar los problemas básicos que presentan las afecciones crónicas. Para crear un sistema funcional que pueda hacer frente a los desafíos de la enfermedad, las familias necesitan en *primer lugar* una comprensión psicosocial de la afección en términos sistémicos. Esto significa aprender la pauta de demandas prácticas y emocionales previsibles en una afección a lo largo de su transcurso. En *segundo lugar*, las familias necesitan lograr una comprensión de sí mismas como unidad funcional en términos sistémicos. En *tercer lugar*, necesitan entender los ciclos de vida familiar y del individuo para que les ayude a estar preparados para el cambiante ajuste entre las demandas de una afección crónica y las nuevas cuestiones de desarrollo para la unidad familiar y sus miembros. Por último, los terapeutas y las familias deben entender los valores, creencias y legados multigeneracionales que subyacen en los problemas de salud y los tipos de sistemas de atención que establecen.



El modelo sistémico de la enfermedad proporciona una base conceptual para abordar la práctica clínica y la investigación en temas de enfermedad y discapacidad desde una perspectiva sistémica de la familia, destacando la consulta inicial y el proceso de evaluación y los problemas y desafíos comunes a que se enfrentan las familias a medida que experimentan una afección prolongada. El modelo es interdisciplinario y puede ser aplicado tanto por médicos clínicos como por profesionales de la salud mental (Rolland, 1994).

**5.3 Enfermedad y ciclo vital de la familia**

Al hablar del ciclo vital de la familia, estamos hablando de un proceso evolutivo, que consiste en un avance progresivo en el tiempo, hacia nuevos estadios de desarrollo y crecimiento. Este proceso evolutivo que cumple la familia, es considerado como un proceso de reestructuración, pues en cada una de las etapas, la familia se enfrenta a una situación nueva que pone en crisis las antiguas modalidades de funcionamiento que ya no son idóneas para el cambio que ocurre y que necesita un nuevo orden familiar (Andolfi, 2003).

Cada sistema familiar presenta una estructura, caracterizada por la intersección de historias individuales, experiencias compartidas y vínculos intergeneracionales. Un tiempo que se constituye y se organiza a lo largo de las líneas evolutivas de un pasado antiguo, unido a los mitos transmitidos por generaciones anteriores y que son retomados en el presente, hacia una perspectiva de vida futura. De esta manera, la teoría del ciclo de vida familiar tiende a dividir el desarrollo en etapas delimitadas por hechos significativos como el matrimonio, el nacimiento de un primer hijo, las inclusiones y exclusiones de los miembros, etc. (Dubai, 1977, citado en Rolland, 1994, Andolfi, 2003).

Carter y McGoldrick (1989, 1989) describen un marco de utilidad para la clínica basado en las siguientes etapas del ciclo de vida:

1. el adulto joven sin compromisos;
2. la pareja recién casada;
3. la familia con hijos pequeños;
4. la familia con adolescentes;
5. ayudar al despegue de los hijos y seguir adelante, y
6. la familia en la vida posterior.

Macías (CONAPO,1984) realiza una propuesta del ciclo vital de la familia en la población mexicana, en la cual considera las siguientes etapas:

<p><b>1. Los antecedentes o fases preliminares.</b>                  El desprendimiento de la familia de origen.                  El encuentro y el cortejo de la pareja.                  El proyecto de pareja y la decisión de serlo.</p>	<p><b>2. El inicio o fases tempranas.</b>                  El matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de la pareja                  Integración inicial y decisión de ser familia.                  Advenimiento de los hijos y nuevos roles.                  Familia, hijos pequeños, lactancia y primera infancia</p>
<p><b>3. El desarrollo o fases intermedias.</b>                  a. Familia y época preescolar.                  b. Los hijos y la escuela.                  c. Pubertad y adolescencia de los hijos.                  d. Los hijos jóvenes adultos.</p>	<p><b>4. La declinación o fases tardías.</b>                  a. El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro.                  b. Nuevas familias y nuevos roles.                  c. Vejez, muerte y disolución de la familia nuclear.</p>

En cada una de éstas etapas críticas, la familia comienza a realizar diferentes tareas evolutivas (ya sea basada en las solicitudes internas que hacen los miembros, o en las exigencias externas del contexto sociocultural en el cual se inserta), encaminadas a reestablecer la funcionalidad familiar.

Durante el periodo de transición de una fase a otra del ciclo vital, se encuentran dos tendencias opuestas: por un lado, el deseo de tornar hacia atrás hacia situaciones conocidas y familiares, que dan estabilidad y seguridad; por el otro, la expectativa de la conquista de nuevas posibilidades dirigidas hacia el cambio; la decisión respecto a qué dirección tomar estará determinada por las actitudes, creencias y mitos transmitidos de una generación a otra, así como de los diferentes significados que cada familia atribuya a los eventos de crisis dentro del núcleo familiar.

La visión temporal de la familia a través de su ciclo evolutivo ha contribuido entonces a conferir al término "crisis" un significado positivo, pues un evento crítico, en cuanto es un inductor de crisis, abre una puerta hacia un cambio, p.ej. el adolescente pierde la infancia, pero también los padres se separan de un hijo pequeño. De esta manera, la crisis, es vista como un momento inicial que imprime una nueva dirección al desarrollo y que conlleva a retomar el crecimiento hacia niveles de diferenciación más elevados (Andolfi, 2003).

En los modelos del ciclo de vida familiar, los acontecimientos importantes anuncian la transición de una etapa a la próxima; sin embargo cuando **la enfermedad**, se presenta en la familia, puede influir en la índole de un período de desarrollo y a su vez verse influidos por el momento del ciclo de vida del individuo en que se presentan.

En el momento, en que a la familia y sus integrantes conocen el diagnóstico de una enfermedad, comienzan a enfrentarse al desafío de enfocar simultáneamente el presente y el futuro, así como hacerse cargo de las tareas prácticas y emocionales de la situación inmediata, al mismo tiempo que planifican la forma en como le harán frente a las incertidumbres de su problema en un futuro desconocido.

De acuerdo con Rolland (1994), cuando una familia se enfrenta ante una enfermedad prolongada o crónica, estudiar la dimensión temporal se convierte en un punto de referencia central, pues permite la comprensión de las cuestiones referidas al ritmo inicial de la enfermedad y al mismo tiempo mirar hacia el futuro de una manera dinámica y emprendedora y no meramente reactiva. La inclusión de la enfermedad dentro de un marco de desarrollo facilita esta tarea, y para lograrlo es necesario comprender la interrelación de tres fenómenos evolutivos: los ciclos de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia.

Los profesionales de la clínica y los investigadores, están de acuerdo en que existe un momento en el ciclo de la vida en que la enfermedad crónica es normativa y otros en que no lo es. La tarea de enfrentarse con una enfermedad crónica y con la muerte se considera normal en la vida adulta tardía. El problema que presenta este punto de vista es que todo problema de salud de importancia que se presenta antes de la vejez es considerado como no normativo, por prematuro (Neugarte, 1976, citado en Rolland, 1994, p. 140)

Los progresos de la tecnología médica han convertido esta perspectiva en obsoleta, pues gracias a los avances de la ciencia la esperanza de vida ha ido en

aumento; de tal forma que personas en todas las etapas del ciclo vital viven durante más tiempo con problemas de salud graves que lo que solía ser habitual. Muchas personas de 70, 80 o más años siguen haciendo planes y llevando vidas productivas y satisfactorias. Y gente más joven que tiempo atrás habría muerto debido a una enfermedad crónica, ahora convive con ella durante años, logrando a menudo un periodo vital extenso (Rolland, 1994).

El ciclo vital, contiene períodos alternantes de transición y más estables, de creación y mantenimiento de la estructura de la vida. Además, determinados períodos pueden caracterizarse por requerir de una cohesión considerable (centrípetos) o menos cohesión (centrífugos) para satisfacer las demandas psicosociales. El modelo sistémico de la enfermedad y la familia usa estos conceptos abarcadores en conjunción con acontecimientos específicos del ciclo de vida como un modo de organizar el análisis de la interacción entre desarrollo individual, familiar y de la enfermedad. Generalmente la enfermedad y la discapacidad tienden a empujar los procesos de desarrollo individuales y familiares hacia una transición y aumento de la cohesión.

Si el comienzo de una enfermedad coincide con un período centrífugo de la familia, puede desbaratarla. Las demandas de cohesión inherentemente mayores de la nueva enfermedad entran en conflicto con las demandas naturalmente menores de una fase centrífuga en el ciclo de vida familiar. La autonomía e individuación extrafamiliar de cada miembro de la familia pueden estar en peligro.

La dinámica de la familia y la gravedad de la enfermedad de que se trate influyen para determinar si la reversión de la familia a una estructura de vida con más cohesión es un rodeo temporal en su movimiento centrífugo general o es una involución permanente. Una familia moderadamente fusionada o apegada frecuentemente se enfrenta con la transición a un período de mayor autonomía con ansiedad. Su estilo familiar básico está más de acuerdo con el período que requería un alto nivel de cohesión. Cuanto más grave sea la enfermedad, mayor dificultad tendrá la familia para retomar su anterior curso de desarrollo (Rolland, 1994).

Por otro lado, el comienzo de una enfermedad que coincide con un período en el ciclo de vida de la familia que requiere una cohesión considerable puede tener varias consecuencias importantes. Como mínimo, puede favorecer la prolongación de este período; en el peor de los casos, la familia puede quedar atrapada en esa etapa de manera permanente y hacerse excesivamente apegada. Cuando la atracción centrípeta de la enfermedad y la fase del ciclo de vida coinciden, existe el riesgo de que se amplifiquen mutuamente. En las familias que funcionan marginalmente antes de que comience una enfermedad, este tipo de esfuerzo mutuo puede disparar un proceso descontrolado que conduzca a una clara disfunción familiar.

#### **5.4 Terapia Médico Familiar ( TMF )**

La Terapia Médica Familiar (TMF), constituye una disciplina vanguardista. Surge en Estados Unidos a finales de los años 80's y principios de los 90's, después de conocer las necesidades expresadas por las familias con un enfermo crónico o que sufrían de la "aparición" de una enfermedad repentina. Se observó que estas familias se enfrentaban a situaciones estresantes como resultado de la enfermedad misma y a veces producto de la dificultad para interactuar con los médicos o grupo de especialistas que manejaban la situación (McDaniel, Hepworth, Doherty, 1992).

Esta disciplina está basada en el modelo bio-psico-social desarrollado por George Engel en 1976 y en el modelo ecológico de colaboración entre profesionistas.

El modelo bio-psico-social integra variables biológicas, psicológicas, interpersonales y sociales en el desarrollo de los acontecimientos, por lo que sitúa a la enfermedad dentro de un marco más extenso de múltiples sistemas interactuantes entre sí (Engel, 1977, 1980). Estos sistemas van desde las células y sistemas orgánicos, la relación con la persona suministradora, la familia y el contexto social.

Desde esta perspectiva debemos comprender que no existen problemas psicosociales sin características biológicas y no hay problemas biomédicos sin características psicosociales. Por lo que todas y cada una de las diversas formas de intervención terapéutica envuelven sistemas dinámicos complejos a niveles biológicos, psicológicos, interpersonales, institucionales y de la comunidad.

Por otro lado, el enfoque ecológico de colaboración busca que se respeten los diversos marcos de origen profesional para observar un mismo problema, por ejemplo: El terapeuta familiar permanece dentro de la perspectiva de sistemas familiares, el psicólogo dentro de la salud, el médico desde una perspectiva biomédica y así sucesivamente.

La TMF invita a los profesionales participantes del problema, a la comunicación, minimizando el riesgo de mantener una visión reduccionista de la situación (Seaburn, Lorenz y cols. 1996).

Bajo estas perspectivas teóricas, la terapia médica familiar, ha considerado a la interacción sistémica como su punto central. Por un lado al sistema familiar del paciente, por otro al sistema médico tratante, al sistema hospitalario y al sistema de apoyo institucional, social y laboral. Consideramos que la familia desde el punto de vista de la evaluación e intervención clínica, brinda la mejor lente para examinar sistemas más amplios. El sistema envuelve no sólo al paciente y a su familia, también a los médicos, terapeutas y todos los grupos involucrados en el tratamiento (Baird y Doherty, 1990 en McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992).

Esta disciplina atiende las demandas psicosociales previsibles en una afección a lo largo de las distintas fases de la enfermedad. Por medio de distintos modelos y técnicas de intervención, el terapeuta médico familiar logra comprender cómo ha intervenido la crisis en la dinámica sistémica familiar y cómo las creencias, mitos y momento del ciclo de vida tanto de la familia y del paciente, afectan el proceso de la enfermedad conllevando hacia la salud o hacia el aceleramiento de un deterioro. Asimismo, estos elementos influyen en la relación del paciente y de todo su sistema familiar junto con el sistema médico en general. Las creencias, aspectos culturales y las imágenes hospitalarias representadas por los médicos tratantes en su ámbito público o privado, también van a tener una repercusión directa en el paciente y en el manejo de la enfermedad (Weisz, 2004).

Como consecuencia, es importante mencionar que esta disciplina también se avoca a los distintos niveles de prevención y atención de la salud para toda la familia a través de técnicas psicoeducativas que tienen como objetivo el aprendizaje para mejorar los hábitos de salud e higiene desde un nivel individual (microsistema familiar), hasta un nivel social comunitario (macrosistema).

A partir del conocimiento y reconocimiento de todos estos elementos se han desarrollado técnicas de intervención destinadas a promover una mejor comunicación con el enfermo, sus familiares, su red de apoyo social y el sistema médico. Así mismo, se busca que el enfermo y la familia asuman un involucramiento activo y comprometido del cuidado de sí mismo, términos que Susan McDaniel (1992) ha definido como “agenciarse” y *comuni3n* (Weisz, 2004).

Por lo que el papel del terapeuta m3dico familiar no es s3lo ser un miembro m3s del equipo sino que debe participar como una figura que aporte una nueva manera de comprender las relaciones entre todas las partes involucradas en el tratamiento, procurando un trabajo en colaboraci3n con el sistema m3dico, lo que genera mejores resultados.

Las metas de la terapia m3dica familiar, deben adaptarse a las metas propias del sistema m3dico del paciente y de la instituci3n hospitalaria. De acuerdo con McDaniel (et.al, 1992), podemos decir que a nivel general, las metas se encuentran destinadas a encontrar una adecuada capacidad para manejar:

- La enfermedad o la discapacidad
- Sentirse menos conflictuados sobre el manejo de los tratamientos m3dicos
- Lograr una mejor comunicaci3n con los m3dicos
- Aceptar cuando un problema m3dico no puede ser curado
- Hacer cambios en el estilo de vida

Este abordaje biopsicosocial permite que los m3dicos realicen su trabajo con m3s agilidad y efectividad, ya que promueve una mejor actitud del paciente y su sistema familiar ante las indicaciones y tratamientos relacionados a su padecimiento.

Actualmente, en Estados Unidos, China, M3xico e Israel, los terapeutas m3dicos familiares realizan un trabajo en conjunto con organismos de salud y con los sistemas de la comunidad, enfocados en la recuperaci3n y adaptaci3n del enfermo y su familia a su situaci3n de vida particular.

En M3xico, la terapia m3dica familiar, constituye una disciplina vanguardista que ha comenzado a difundirse en los 3ltimos cuatro a3os a trav3s de la creaci3n del Diplomado en terapia m3dica familiar impartido por el Instituto de la Familia A.C. (IFAC, 2003) y en enero del 2004 con el primer simposium de terapia m3dica familiar en M3xico, realizado por el Instituto de la Familia A.C. en colaboraci3n con el Hospital 3ngeles Lomas y la Universidad de Rochester, N.Y. contando con la presencia de los doctores Susan McDaniel y David Seaburn, pioneros de esta disciplina.

**5.5 Caso clínico para la presentación de competencias profesionales**

En esta sección, presento el análisis del caso clínico que seleccioné para la presentación de competencias profesionales; para ello realizo una descripción de las sesiones más importantes, enfatizando aquellas en donde se trabajó el manejo de la enfermedad. Los datos personales de esta familia, fueron modificados para guardar el anonimato.

**CASO 5**  
**Familia Peña-Martínez**

**Modalidad de trabajo terapéutico:** un solo terapeuta

**Terapeuta:** Alma T. Téllez Romero

**Número de sesiones:** 23

**Periodo comprendido:** del 2 de septiembre 2003 al 12 de noviembre del 2004

**Modelo:** Milán

**Supervisor del caso:** Dra. Carolina Díaz Walls Robledo

**Sistema terapéutico:** integrado por supervisor y equipo terapéutico detrás del espejo.

**Motivo de consulta identificado:** Establecimiento de límites con los hijos, manejo de la enfermedad y proceso de individuación-autonomía de los miembros de la familia.

**Ciclo vital de la familia:** Familia con hijos adolescentes

**Fechas en que se les atendió:**

Sesión	Fecha:			Personas que asistieron	Total de asistentes
■ 1	Martes	2	Septiembre	Carina, Andrés, Ana y María	4
■ 2	Martes	9	Septiembre	Carina, Andrés, Ana y María	4
■ 3	Martes	30	Septiembre	Carina, Bernardo, Andrés, Ana y María	5
■ 4	Martes	13	Octubre	<b>No asistieron</b>	-
■ 5	Martes	27	Octubre	Carina, Bernardo, Andrés, Ana y María	5
■ 6	Martes	11	Noviembre	Carina, Andrés, Ana y María	4
■ 7	Martes	25	Noviembre	Bernardo, Andrés y María	3
■ 8	Martes	9	Diciembre	Carina, Bernardo, Andrés, Ana y María	5
■ 9	Martes	13	Enero	Bernardo, Carina, María y Andrés	4
■ 10	Martes	20	Enero	Bernardo- Carina	2
■ 11	Martes	3	Febrero	Bernardo- Carina	2
■ 12	Martes	17	Febrero	<b>No asistieron</b>	-
■ 13	Martes	2	Marzo	Bernardo- Carina	2
■ 14	Martes	16	Marzo	Bernardo, Carina, Andrés y Ana	4
■ 15	Martes	30	Marzo	Carina, Andrés, Ana y María	4
■ 16	Martes	20	Ana	Carina, Andrés, Ana y María	4
■ 17	Martes	4	Mayo	Carina y Andrés	2
■ 18	Martes	18	Mayo	<b>No asistieron</b>	-
■ 19	Martes	1	Junio	Carina y Andrés	2
■ 20	Martes	15	Junio	Carina, Andrés y María	3
■ 21	Martes	29	Junio	Carina, Andrés, Ana y María	4
■ 22	Viernes	27	Agosto (cierre)	Bernardo, Carina, Andrés y Ana	4
➔ Próxima sesión: Viernes 22 de octubre del 2004 cancelaron					-
■ 23	Viernes	12	Noviembre (segumiento)	Bernardo, Carina, Andrés, Ana y María	5

**Modalidad de trabajo:** Se llevaron a cabo un total de 23 sesiones trabajadas con diferentes miembros de la familia<sup>1</sup>, de las cuales 3 fueron canceladas y una fue de seguimiento. Las sesiones fueron llevadas a cabo con supervisión directa en vivo y con equipo terapéutico del otro lado del espejo, con un intervalo de tiempo entre sesiones de 15 días cada una, exceptuando la sesión de seguimiento que se llevó a cabo dos meses después del cierre terapéutico.

**Genograma:**

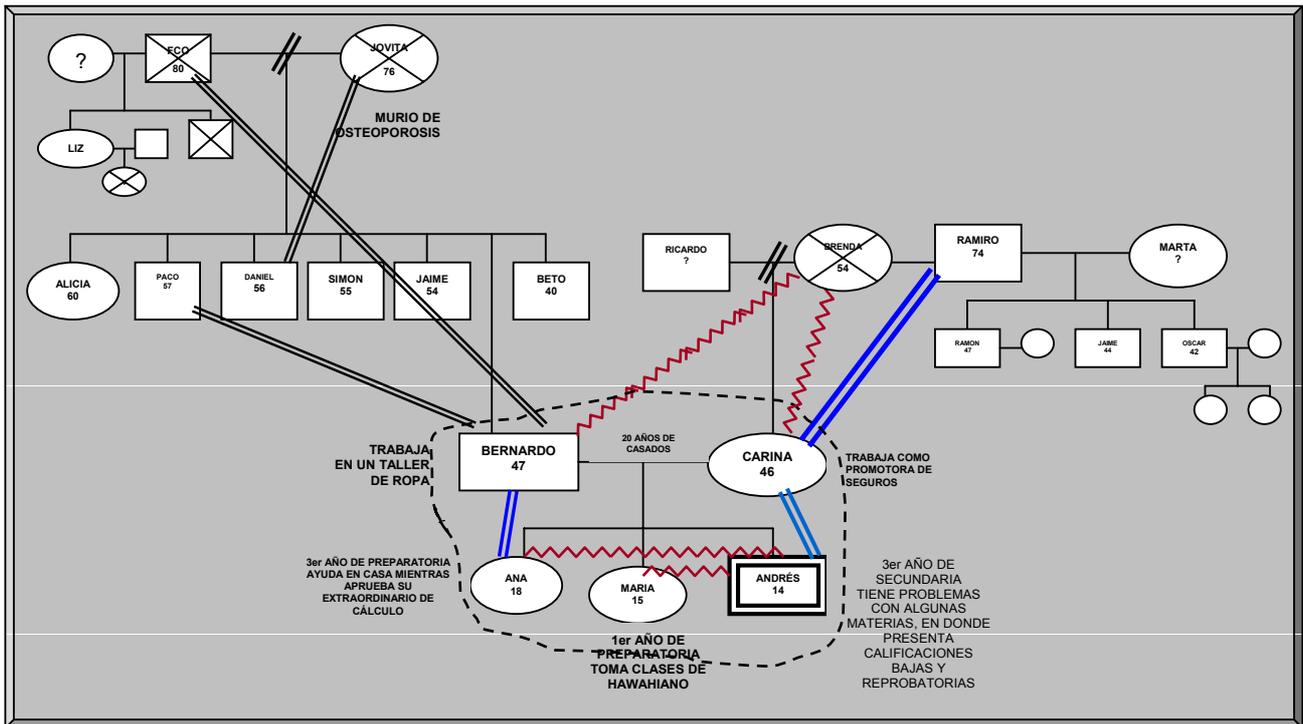


Figura 19. Genograma del caso 5

**Descripción de la familia:** La familia Peña-Martínez está integrada por los padres: Bernardo (47), Carina (46), y tres hijos: Ana (18), María (15) y Andrés (14). En la primera sesión, la señora Carina actúa como el conmutador de la familia, describiendo como *principal motivo de consulta* la existencia de conflictos entre sus tres hijos. Carina explica que estas discusiones han aumentado a partir de que ella comenzó a trabajar desde hace un año 8 meses. Ambos padres trabajan y los hijos se quedan solos, apoyando en las labores de la casa. Se trata de una familia aglutinada, en donde el comportamiento de uno de sus miembros afecta a todos los demás, es decir, existe un alto grado de involucramiento. En ella se observa que Andrés ocupa el lugar de *paciente identificado*, el papá es el miembro que tiene mayor significancia y mayor jerarquía en la familia. Ana tiene mayor jerarquía en comparación con sus dos hermanos, ejerciendo el papel de la mamá en muchas ocasiones (asignar y supervisar tareas, regañar a los hermanos, etc). Entre ambas hijas, existe una alianza en contra de Andrés para reprenderlo y acusarlo con sus padres por no cumplir con sus tareas y responsabilidades en la casa. Con

<sup>1</sup> Cuadro: fechas en que se atendió a la familia, en donde se indica el número de asistentes y los miembros que participaron en cada una de las sesiones.

respecto a la relación entre ambos padres parece ser que ambos mantienen una buena relación y se apoyan mutuamente. Carina mantiene una buena relación con los demás miembros de la familia, siendo más cercana con Andrés. Por otro lado, se identifica que la familia se encuentra en etapa de hijos adolescentes que pasan por problemas de transición y adaptación; se observa que los límites existentes son difusos entre todos los miembros, pues a pesar de que existe la libertad de hablar y expresar lo que cada uno de ellos piensa, la comunicación se da de manera encubierta, ya que parte de la realidad de esta familia, es que *“todo lo que digan podrá ser usado en su contra”*, por lo cual prefieren en muchas ocasiones mentir u ocultar información; además existe un límite rígido dentro del sistema familiar con respecto al exterior.

**Antecedentes:** La familia de Andrés acude al Centro de Servicios Psicológicos, debido a que su hijo presenta movimientos involuntarios de cabeza mientras se encuentra dormido, (ambas hermanas se percatan de ello, pues los tres hermanos duermen en el mismo cuarto). Al llegar al Centro de Servicios Psicológicos, es canalizado al área de biofeedback (retroalimentación biológica)<sup>2</sup>. La psicóloga que lo atendió señaló la importancia de realizar un *examen neurológico* y un *encefalograma* para explorar las causas de este problema.

Andrés fue atendido en el Hospital General, los resultados de sus estudios señalaron un encefalograma normal, sin embargo al ser examinado por el neurólogo, éste identificó la existencia de un tipo de epilepsia, por lo cual debía comenzar un tratamiento. Andrés comenzó a tomar medicamentos (Nootropil y Gamibetal, ver anexo 8-9) y siguió asistiendo a sesiones de retroalimentación biológica. La psicóloga<sup>3</sup> trabajó con él un total de 15 sesiones aproximadamente, enfocadas en que Andrés aprendiera a tener un mayor control emocional y fisiológico, mediante ejercicios de relajación, rompecabezas, respiración y escritura emocional; el objetivo principal era que el paciente lograra desarrollar una mejor atención en la realización de tareas. Durante el tiempo que la psicóloga trabajó con Andrés, identificó la existencia de problemas entre los miembros de la familia, por lo cual sugirió a la familia tomar terapia familiar.

**Resumen del caso clínico:** El caso fue trabajado en un total de 23 sesiones, donde se exploraron diferentes áreas. Para fines de este reporte, realizaré un resumen general del caso, para posteriormente puntualizar aquellas sesiones y estrategias utilizadas en el manejo de la enfermedad en la familia.

La familia Peña-Martínez acudió al centro de servicios psicológicos buscando ayuda por los diferentes problemas existentes en casa, enfatizando la mala comunicación y peleas entre sus miembros, principalmente en los hijos.

---

<sup>2</sup> Biofeedback (retroalimentación biológica) proceso que aporta a una persona información visual o auditiva sobre las funciones fisiológicas autónomas de su organismo, tales como presión sanguínea, tensión muscular y actividad de las ondas cerebrales, por lo general mediante el uso de instrumentos. Mediante sistemas de prueba y error la persona aprende a controlar conscientemente los procesos que previamente se consideraban involuntarios (Mosby, 2004).

<sup>3</sup> Esta información se obtuvo en una entrevista con la psicóloga del área de retroalimentación biológica, una vez que el caso fue canalizado al área de terapia familiar, el objetivo fue mantener una comunicación clara y directa sobre el proceso que estaba llevando el paciente.

Se comenzó a trabajar bajo el modelo estructural para poder establecer un diagnóstico familiar que nos permitiera observar las pautas interaccionales existentes en la familia. Con base en ello, trabajamos tres sesiones con todos los miembros de la familia en donde se identificó que se trataba de una familia aglutinada, en donde existía un alto grado de involucramiento entre sus miembros; en ella se observaba que la comunicación era encubierta y los límites difusos entre subsistemas. Comenzamos a trabajar el establecimiento de límites entre subsistemas, la identificación de roles y tareas, las jerarquías y la comunicación entre los miembros de la familia, en donde se identificaron emociones y expectativas de lo que esperaban de ellos mismos como parte de esta familia. Se reportaron avances en las áreas trabajadas, y se removió la etiqueta de paciente identificado (Andrés), involucrando a todos los miembros de la familia como parte de la solución.

Después de 6 sesiones, en la 9ª. sesión se observaba que la familia volvía a colocar a Andrés como el paciente identificado, y no entendíamos porqué; se observaba claramente como sus padres lo triangulaban siendo manifiesta una problemática en el subsistema de pareja. Cuando se intenta explorar el papel que desempeñaba Andrés en esta triangulación, se descubre que la familia lo identificaba como el problema debido a su condición de enfermedad, su madre se refería a ésta como *“el detalle de su hijo”*.

Al comenzar a explorar el papel que tenía la enfermedad y su función en la dinámica familiar, se observó que todos y cada uno de los miembros de la familia respondía con miedo e incertidumbre respecto a cómo relacionarse con Andrés, pero también existía enojo y molestia respecto a su conducta. La ambivalencia de cómo relacionarse con esta situación causaba un sentimiento generalizado de malestar que repercutía en la poca comunicación y de nuevo en caer en las antiguas pautas interaccionales donde los límites, tareas, roles, jerarquías se veían invertidos o mal definidos.

Se observaba que todos los miembros de la familia tenían una conducta de sobreprotección a Andrés, pues cada uno de ellos a su manera hacían lo necesario para mantenerlo lo mejor posible, pues era *“el enfermo”*. Esta dinámica se llevaba a cabo de manera encubierta, pues ninguno se había puesto de acuerdo o habían hablado respecto a la condición física de Andrés, por lo cual cuando se abre el tema en una de las sesiones, la familia se sorprende al ver que compartían una misma conducta en el cuidado de su hijo / hermano, siendo Andrés el único de la familia que no se consideraba a sí mismo como un *“enfermo”*, desconociendo todos los esfuerzos que llevaba a cabo su familia para cuidarlo. El abrir este tema, abrió un canal de comunicación para las intervenciones terapéuticas, pues descubrimos de alguna manera el secreto familiar en torno a la enfermedad y su convivencia con ella.

Comenzamos a trabajar con la pareja, debido a que queríamos explorar cuál era la problemática en este subsistema, y aprovechar también este espacio para conocer las creencias maternas y paternas respecto a la salud, y la enfermedad. La postura de la madre señalaba que la enfermedad era una situación discapacitante, que limitaba e impedía llevar una dinámica de forma normal; pero para el padre la enfermedad era una situación que no le impedía seguir con sus actividades, pues si existía una cura o tratamiento, había la posibilidad de integrarse nuevamente.

A partir de ello, se comenzó a explorar de dónde venían estas ideas, y encontramos que la postura de la madre se encontraba estrechamente relacionada con la

postura del médico tratante y por otro lado, identificamos que las diferencias entre ambos padres se debía al desconocimiento que tenían respecto al diagnóstico médico.

Decidí como terapeuta hacer dos cosas, por un lado investigar o buscar información actualizada sobre todos los diagnósticos otorgados a la familia, así como de los medicamentos y, por otra parte, acompañarlos a su cita médica para hablar con el médico tratante y construir una vía de comunicación entre el sistema de salud y el proceso terapéutico. Esta decisión estaba basada en trabajar o abrir varios caminos (basados en las estrategias o propuestas del modelo de terapia médica familiar <TMF>), entre las que destacan: **1)** conocer y entender el diagnóstico médico y **2)** crear un vínculo entre el sistema de salud y la terapia.

El participar en la consulta médica apoyando a la madre, constituyó una fuente de información muy valiosa en el proceso terapéutico, pues identifiqué que la figura del médico era muy importante, su voz se hacía escuchar en la familia como si fuera otro de los miembros. Asimismo comprendí porqué la familia se encontraba confusa ante la información médica, pues cada vez que lo visitaban se des-estructuraban con los nuevos datos proporcionados. La postura del neurólogo hacía referencia a señalar a Andrés como una persona discapacitada, con pocas expectativas de éxito escolar, con la posibilidad de nunca casarse pues sus hijos podrían ser epilépticos, en culpabilizar a la madre de haber tenido un hijo así, debió haber abortado o bien de aquí en adelante no molestarse con su hijo por ir mal en la escuela y tener problemas de conducta, pues todo ello era debido a la enfermedad. Por último, el médico sugería a la familia darle las opciones de escuela que tenían contempladas para su hijo, para que él pudiera recomendarles cuál de ella sería la más conveniente para que Andrés estudiara, pues sus capacidades eran limitadas, y un bachillerato tecnológico podría ser lo mejor para él.

Al salir de la consulta y después de despedirme de la mamá, me preocupó la postura tan limitante que le ha brindado el médico a la familia, por lo cual compartí esta información con el equipo y comenzamos a valorar las posibilidades del manejo terapéutico. Decidimos seguir utilizando algunas estrategias de la TMF y comenzar a explorar la historia de salud/enfermedad en los miembros de la familia, sus creencias y conocer la opinión de cada uno de los miembros respecto a la postura médica. Como equipo terapéutico habíamos observado que el médico tratante ocupaba un lugar muy significativo en la familia, y que por lo tanto nuestra postura como terapeutas no podía contraponerse del todo con lo que el médico había expresado, pero lo que sí podíamos hacer era construir otra postura alternativa. El mensaje construido por el equipo, señalaba la existencia de dos posturas, la del médico que señalaba un límite *“hasta donde podía llegar su hijo”* y por otro lado, la postura del equipo y terapeuta, que consistía en que *la familia caminara junto con Andrés para descubrir sus propios límites y capacidades*. Este mensaje fue de gran utilidad pues no estaba en contra de la postura médica, ni la descalificaba, pero sí abría un camino para poder trabajar dentro de la terapia. La familia aceptó la postura propuesta por el equipo, expresando que Andrés tenía mucha capacidad para hacer varias cosas (cada uno de los miembros de la familia identificó recursos y aspectos positivos de su hijo /hermano).

Por otro lado, en vista de que la familia no había comprendido bien el diagnóstico médico (hasta el momento la familia contaba con 3 diagnósticos diferentes: epilepsia benigna infantil, déficit de atención y disfunción cerebral mínima), se planeó una estrategia psico-educativa que consistió en preparar material didáctico (trípticos ver anexos 10-15) que explicaban brevemente en qué consistían los diagnósticos

proporcionados. La información estaba basada en información de diferentes libros de neurología, así como en entrevistas con otros médicos e información obtenida en varias páginas de internet. Al proporcionar la información a la familia, se enfatizó el mensaje de que no somos médicos, pero que de alguna manera pensamos que sería de utilidad unificar la información e informar a la familia respecto al problema con el cual se enfrentaban.

La información estuvo dirigida a dos puntos principalmente: **1)** el que la familia contara con información disminuiría la incertidumbre y les permitiría un mejor manejo de la enfermedad, así como la posibilidad de relacionarse diferente con el diagnóstico médico; y **2)** normalizar la situación de enfermedad, enfatizando la idea de que la epilepsia no disminuía las capacidades intelectuales, no era una situación discapacitante y que Andrés podría llevar una vida como cualquier muchacho de su edad.

Se observó que a partir de estas intervenciones, la familia comenzó un cambio visible en su dinámica, por un lado, la familia comenzó a desarrollar una comunicación más permeable y flexible; comenzaron a retomar sus proyectos de manera personal, que de alguna manera habían dejado al estar tan pendientes de Andrés. La hija comenzó a investigar qué carrera deseaba estudiar, organizando sus tiempos para estudiar y acreditar las materias que debía, dejando el papel de madre de sus hermanos; la segunda hija volvió a sus clases de hawaiano; el padre comenzó a acercarse a su hijo teniendo una mayor convivencia con él (en un inicio al recibir el diagnóstico médico, el padre se alejó de Andrés por miedo a que le pasara algo si jugaban fútbol o luchitas), y la madre (aunque le era difícil) comenzó a dejar de sobreproteger tanto a su hijo, dándole un mayor espacio. Por otro lado, los padres comenzaron a establecer límites y responsabilidades a Andrés, exigiéndole su participación en las tareas de la casa.

Una vez que trabajamos el tema de la enfermedad, y la familia comenzó a integrar a Andrés en la dinámica y tareas de la casa, seguimos con la línea de trabajo enfocada en el establecimiento de canales de comunicación más claros y flexibles, el establecimiento de límites, la delimitación de las jerarquías y en la definición de los subsistemas. Cada uno de estos puntos se encontraba enfocado en establecer pautas de relación diferentes en los miembros de la familia encaminadas a generar un mayor sentimiento de bienestar entre sus miembros.

Mientras estábamos trabajando estos rubros, ocurrió un evento extra-terapéutico de gran relevancia en el proceso. La situación fue que el médico que atendía a Andrés salió de vacaciones y no pudo proporcionarle una nueva receta para seguir su tratamiento médico. Durante este tiempo, Andrés debía presentar sus exámenes extraordinarios y de manera sorpresiva acreditó satisfactoriamente todos ellos con buenas calificaciones (sin estar tomando su medicamento). La dinámica a partir de este evento promovió un sentimiento de *agencia* en Andrés y de bienestar en la familia que permitió visualizar que si Andrés había podido hacer lo que hizo sin apoyo del medicamento y sin la presión familiar, podría entonces hacer cualquier cosa y llevar su vida normalmente. La repercusión de estos cambios, también reforzó el establecimiento de límites y el respeto por las tareas de casa, ubicando las jerarquías de los padres respecto a su hijo.

En el momento en que estos cambios fueron observados e identificamos que la familia comenzaba a utilizar sus propios recursos en su proceso de individuación / autonomía empleando un canal de comunicación abierto y flexible, dimos por terminado el proceso, confiando que la familia podría caminar sola por este sendero, utilizando las

nuevas habilidades o herramientas generadas en el proceso, junto con los recursos que ella misma poseía en sí misma.

En el cierre del proceso se enfatizaron los aspectos logrados y no logrados en la terapia, así como el sentimiento de cada uno respecto al proceso y a la relación entre sus miembros. En esta sesión la familia enfatizó el agradecimiento del terapeuta y de cada uno de los miembros del equipo, no señalando ningún aspecto faltante que les hubiera gustado trabajar dentro de la terapia. Dos meses después (sesión de seguimiento) observamos que la familia seguía reportando cambios. El padre había comenzado a tener más trabajo y éste se extendía a otros estados de la República, la madre había tenido un ascenso en el trabajo y se sentía menos preocupada por sus hijos y las tareas en el hogar, la hermana mayor había reprobado su extraordinario, pero tenía planes para seguir adelante mientras ingresaba a la universidad, la hermana menor señalada por sus padres como *“la gran empresaria”* era la profesora de la escuela donde ella estudiaba baile y Andrés había podido terminar la secundaria e ingresar al bachillerato.

**Motivo de consulta señalado por la familia en la hoja de admisión:** Existencia de conflictos en los tres hijos.

**Motivo de consulta identificado por el equipo y terapeuta:** 1) establecimiento de límites con los hijos, 2) manejo de la enfermedad y 3) proceso de individuación-autonomía de los miembros de la familia.

**Hipótesis sistémica que guió el proceso:** En cada una de las sesiones de trabajo (principalmente en la etapa de pre-sesión) se construían diferentes hipótesis que guiaban el trabajo terapéutico; las cuales se fueron modificando y construyendo, a partir de la información, dinámica y retroalimentación que la familia proporcionaba en cada sesión, así como de las ideas que formulaba el equipo respecto de lo que pasaba en la familia. Sin embargo se construyeron algunas hipótesis centrales de las cuales se hace la descripción del presente análisis y discusión:

- Se trata de una familia aglutinada, en donde la comunicación que se mantiene es encubierta, debido a posibles represalias (ser excluido, ser ignorado o bien vivir la aplicación de la *“ley del hielo”*, que consistía en que los demás miembros de la familia le dejaban de hablar). El comentar estos problemas fuera del núcleo familiar es visto como deslealtad, ya que solo le compete a la familia opinar al respecto. Al no ser hablada ninguna dificultad, esto se fue convirtiendo en la dinámica general que rodea a la familia, en donde la mentira y la verdad se encuentran entremezcladas como un recurso para salvaguardar su seguridad. Esta situación comenzó con la pareja, que al no percatarse de esta situación siguieron en esa línea de comportamiento, transmitiendo estos patrones de conducta a sus hijos. En este momento, al estar los tres hijos en la etapa de la adolescencia, comienza el cuestionamiento y rebeldía a ciertas reglas ya establecidas, lo cual causa la ruptura de la homeostasis en la familia y comienzan las discusiones entre los miembros que la integran. Andrés en un esfuerzo por recuperar esta homeostasis, ocupa un lugar importante entre ambos padres, siendo en ocasiones el hijo con mayores privilegios y en otras el más desafortunado. Esta situación causa enojo en las hijas que viven esta situación como desigualitaria, lo que causa enojo en contra de Andrés y sus padres.

- En esta familia se duda seriamente de la seguridad del lugar que ocupan cada uno de sus miembros, lo cual es expresado a través de celos y coaliciones. Este tipo de comunicación, provoca que cada uno de los integrantes de la familia, muestren mucha sensibilidad tanto en lo positivo como en lo negativo, pues a la menor señal de la otra persona, el otro le otorgará significados a su conducta, fiscalizando las reacciones e impidiendo la expresión de enojo que pudiera surgir. El fiscalizar la conducta tiene una función, que consiste en no permitir la individuación de cada miembro. Cuando un miembro de la familia busca su propia autonomía el castigo impuesto por los demás es la soledad y el rechazo, pues la deslealtad debe ser castigada para salvaguardar la unión familiar.

**Objetivos terapéuticos:**

- Definir el problema de consulta, así como las expectativas hacia el proceso terapéutico.
- Promover un cambio de percepción del problema, en el que se vea la relación sistémica y no recaiga sólo en un miembro.
- Explorar el proceso de comunicación de los miembros de la familia (pautas de interacción)
- Explorar la historia de la pareja (cómo se formó, cuál es la relación de la dinámica de la pareja respecto al subsistema fraternal? Cuales son las redes de apoyo?, creencias en torno a la imagen que deben dar al exterior “ser perfectos” y no cometer errores)
- Conocer la influencia de la enfermedad en la dinámica familiar (creencias, como ha sido manejada, historia familiar en torno a la salud / enfermedad, miedos, etc)
- Creación de una nueva narrativa en torno a la enfermedad (que integre la información del sistema de salud y el equipo terapéutico)
- Una vez que la familia pudo entender y manejar mejor el diagnóstico de Andrés, se volvió a definir el motivo de consulta, regresando a resolver conflictos entre los miembros de la familia por problemas en la comunicación (alianzas y coaliciones), roles, responsabilidades, manejo de jerarquía y definición de los subsistemas, principalmente.
- Trabajar los procesos de individuación y autonomía que puede tener cada miembro de la familias, pues al parecer involucra un proceso de cambio que es visto por la familia como amenazante.

**Proceso terapéutico y estrategias de intervención:** Un aspecto que me parece importante señalar, es que este caso clínico abarcó un periodo de dos semestres (3ero. y 4to) durante los cuales se supervisó bajo dos modelos de trabajo: estructural y modelo de Milán. Sin embargo, como puede observarse, a lo largo de todo este tiempo, se utilizaron diferentes estrategias incluyendo algunas de la TMF; la estructura de trabajo a lo largo de todo el proceso terapéutico descansó sobre los principales postulados del trabajo realizado por el grupo de Milán, pues el cuestionamiento circular, la postura de neutralidad y la elaboración de hipótesis en cada una de las sesiones, constituyeron la base principal de nuestro trabajo con la familia.

A continuación para fines de este reporte de experiencia profesional, me gustaría presentar un análisis más detallado respecto al proceso terapéutico y estrategias de intervención de aquellas sesiones en las cuales se manejó el proceso de enfermedad en la familia.

Las principales estrategias encaminadas en el manejo de la enfermedad incluyeron los siguientes aspectos:

**A) Encuadre:** Comprendió el primer contacto con la familia, la creación de una alianza terapéutica, exploración del motivo de consulta y definición del problema. Como se observa en el resumen del caso, la familia llega con una demanda que es la resolución de conflictos entre los tres hijos; sin embargo existía otra situación detrás de estas peleas, que era un diagnóstico médico y una enfermedad neurológica. El poder tener una buena alianza con la familia, me permitió abordar el tema de la enfermedad, trabajar con la pareja y poder acompañar a la madre a la cita con el médico.

**B) Evaluación Familiar:** La evaluación de la familia se basó en varios puntos: **1)** la elaboración del genograma indicando la historia de salud / enfermedad tanto de la familia paterna como materna; **2)** exploración de la historia de salud / enfermedad de la familia (paterna, materna y actual); **3)** la identificación de creencias en torno a la salud / enfermedad; **4)** identificación de la etapa del ciclo vital en donde se encontraba la familia (en este caso, la enfermedad se ubicaba en un miembro de la familia en etapa adolescente, lo cual implicaba dos crisis, por un lado el proceso de identificación y definición de su personalidad, y por otro lado, la percepción de él mismo en torno al diagnóstico médico); **5)** identificación del lugar que ocupa en la familia el paciente identificado, así como los roles y posturas de los otros miembros de la familia ante la enfermedad (en este caso, existía cierta manipulación para evitar tareas y asumir responsabilidades, era por un lado una actitud poco comprometida por parte del adolescente, pero para la familia constituía una barrera el poder exigirle y establecerle límites por miedo a desencadenar una crisis epiléptica); **6)** exploración del grado de conocimiento con el que contaba la familia con relación a la enfermedad e **7)** identificación de recursos y redes de apoyo que la familia poseía.

**C) Contacto Interdisciplinario:** De acuerdo al principio de la Terapia médica familiar de *colaboración*, es importante estructurar un grupo de trabajo multidisciplinario que comprenda la unión de esfuerzos para resolver problemas, lo que permite la integración de los procesos biológicos y psicosociales junto con los pacientes. Por ello, después de platicar con el equipo, se acordó la posibilidad de acompañar a la mamá de Andrés en la próxima consulta médica y establecer un primer contacto con el médico tratante.

**D) Aplicación de algunas de las técnicas de la Terapia Médica Familiar:** **1)** reconocimiento de los elementos biológicos de la enfermedad, **2)** obtener la historia clínica de la enfermedad (diagnóstico, desarrollo y pronóstico), **3)** respetar las defensas del paciente, eliminando la culpa y promoviendo la aceptación de sentimientos inaceptables, **4)** mantener abierto el canal de comunicación, **5)** escucha empática de la historia de la enfermedad de la familia y sus significados, **6)** promover un incremento en la capacidad de agencia del paciente y de la familia, **7)** dejar la puerta abierta para un futuro contacto con el médico tratante, y **8)** promover la comunión en el sistema familiar, que comprendía el fortalecimiento de los lazos afectivos para afrontar la enfermedad (Baird y Doherty, 1990 en McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992).

**E) Parte psico-educativa:** implicó la búsqueda y preparación de material de difusión que permitiera a la familia una mayor comprensión de la enfermedad (ver anexos 10-15).

**F) Promover la externalización del problema** para la construcción de una nueva narrativa en torno a la enfermedad (para lo cual utilizamos muchas de las preguntas propuestas por White y Epston, 1993; p. 21).

**G) Establecimiento de un plan de trabajo en colaboración con la familia,** en este sentido, nos enfocamos promover la capacidad de *agencia* de Andrés, es decir, en generar una postura más activa para afrontar la enfermedad, haciéndolo participe en las decisiones relacionadas a su cuidado (ejemplo tomar sus medicamentos en los horarios establecidos)

**Evolución del motivo de consulta:** al iniciar el proceso terapéutico, la familia señalaba como principal motivo de consulta la existencia de conflictos entre los tres hijos (ocasionadas en su mayoría por culpa de Andrés que no lleva a cabo sus tareas y responsabilidades de la casa) Se comenzó a trabajar en una comunicación clara y directa, que permitiera la negociación para el establecimiento de acuerdos (como las tareas del hogar) dentro del subsistema fraternal. De esta manera, Andrés era movilizado del lugar de paciente identificado, involucrando a toda la familia como parte de la solución para mejorar la dinámica familiar. En cada una de las sesiones se promovía mediante el cuestionamiento circular, que todos los miembros de la familia se escucharan a sí mismos y escucharan a los demás integrantes. La familia comenzó a reportar cambios, sin embargo, Andrés vuelve a ocupar el lugar de paciente identificado, en donde se observó que era triangulado por sus padres y que él participaba en esa interacción. Las razones para colocarlo en esa posición hacía referencia a la condición médica que lo rodeaba (diagnóstico de epilepsia), por lo cual el proceso se enfocó en explorar como esta situación repercutía en la familia. Se dedicaron varias sesiones en identificar las creencias familiares, la postura de cada miembro de la familia en torno al diagnóstico, la historia de la salud / enfermedad, las creencias en relación a la enfermedad, principalmente. Posteriormente se realizó una integración de la postura médica y la del equipo terapéutico respecto a la enfermedad; lo cual permitió que la familia creara una nueva narrativa en torno a la enfermedad y a la forma de afrontarla. Al final del proceso, se comenzó a trabajar una comunicación más clara y directa, y el proceso de individuación/autonomía de cada integrante de la familia.

**Principales resultados obtenidos:** durante el tiempo que se trabajó con la familia el manejo de la enfermedad, podríamos identificar dos fases, al inicio el proceso y al término, después de la utilización de las estrategias antes mencionadas.

<b>AL INICIO</b>	<b>AL TÉRMINO</b>
<p>Cuando la familia llega a terapia, se observa que la comunicación existente era encubierta, pues cada uno de los miembros de la familia tenían miedo de compartir sus sentimientos en torno a la enfermedad. Se observaba una estructura rígida y aglutinada; donde ambas hijas habían adoptado el rol de madres de su hermano y la familia se encontraba centrada en torno a la</p>	<p>La familia había logrado establecer un canal de comunicación claro y directo entre cada uno de ellos, lo cual les permitió poder compartir sus sentimientos, escucharse unos a otros y expresar sus necesidades, creándose un clima de tranquilidad y mayor bienestar. A partir de ello, la familia comenzó a reorganizar los roles que cada uno tenían, obteniendo mayor autonomía e independencia. La estructura de la familia</p>

<b>AL INICIO</b>	<b>AL TÉRMINO</b>
<p>enfermedad; ambos padres mostraban miedo ante el establecimiento de límites hacia su hijo, pues consideraban que esto podía afectarle y desencadenarle una crisis epiléptica.</p>	<p>se mostraba más flexible y permeable. Por otra parte, al poseer mayor información respecto a la enfermedad, les permitió comprender la situación a la cual se enfrentaba, pudiendo establecer límites claros y definidos. Había disminuido los sentimientos de culpa e incertidumbre en los miembros de la familia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La familia contaba con diferentes diagnósticos, lo cual dificultaba el trabajo terapéutico, pues cada vez que visitaban al médico había desorganización en la dinámica familiar, caracterizada por enojo, miedo y sentimientos de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El contacto interdisciplinario, permitió la unificación de la información médica, entendiendo el diagnóstico, pronóstico y desarrollo de la enfermedad. Así mismo, se pudo conocer la postura médica y su relación con la familia, lo cual permitió abrir un canal de comunicación con el sistema de salud para un futuro contacto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existían dos posturas en torno a la enfermedad, lo cual colocaba a la familia en un conflicto al tomar decisiones; una de ellas concebía a la enfermedad como una discapacidad que limitaba las habilidades del hijo; la otra postura la consideraba como una condición que podía superarse. Esta confusión incidía en que la familia mostrara una actitud pesimista y negativa en torno a la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A través del cuestionamiento circular y preguntas a futuro, se comenzó a explorar las posibilidades que cada postura permitía, abriendo un campo de expectativas más amplio, lo cual permitió la creación de nuevos significados en torno a la enfermedad, considerándola como una condición controlable y que no limita las capacidades intelectuales. A partir de ello la familia adopta una conducta más activa en relación a la enfermedad para la toma de decisiones; se observa una mayor capacidad de agencia de todos los miembros de la familia.</li> </ul>

**Conclusiones del caso:** alrededor del sistema de creencias, se va creando una historia en torno a la enfermedad, ante la cual despuntan algunos elementos organizadores donde se establecen diferentes modalidades de comportamiento, valores, roles y funciones. El explorar estas creencias identificando el material significativo compartido por los miembros de la familia, constituye una fuente de conocimiento y un camino hacia el trabajo terapéutico, pues con base en él la familia puede externalizar sus diferentes emociones encaminadas a la creación de una nueva narrativa en torno a la enfermedad, y donde el terapeuta a través de una escucha atenta, respetuosa y empática promueva un trabajo activo con los pacientes hacia el descubrimiento de nuevas posibilidades encaminadas a un mejor desarrollo del individuo, recordando que la alianza terapéutica constituye uno de los factores primarios más eficientes en el trabajo con familias.

**Comentarios del caso:** Este caso fue en lo personal el trabajo que más me gustó a lo largo de la residencia, no solamente porque fue la primera familia que atendí sola como terapeuta, sino porque existió a lo largo de todo el proceso una buena comunicación, alianza y empatía con la familia, lo que permitió abordar diferentes aspectos para el logro de los objetivos.

El modelo utilizado para el manejo del caso fue el modelo de Milán, aunque también se emplearon algunas técnicas del modelo estructural y de la terapia médica familiar. El proceso tuvo una duración de 23 sesiones, pero de alguna manera no fue percibido como largo, a pesar de que se trabajó con la familia un año; considero que esto posiblemente no se reflejó por las características de la familia, la cual se mostraba dinámica, participativa y comprometida con el proceso. Es importante mencionar estas características pues tuvieron un impacto positivo en la actitud y disposición del sistema terapéutico, donde el equipo mantenía una actitud comprometida y emprendedora con los cambios que la familia realizaba, por lo cual el caso tuvo una supervisión constante de todos los movimientos que se llevaban a cabo en las sesiones; esta situación a su vez tenía un impacto positivo en mi desempeño como terapeuta, pues me sentía apoyada y esto me dio seguridad para realizar diferentes intervenciones y movimientos que iba aprendiendo a lo largo de la maestría.

Sin embargo a pesar de este apoyo y de las características de la familia, una situación que viví con esta familia, fue que en un inicio me encontraba constantemente preocupada por cometer algún error fuerte que hiciera que la familia no regresara. De tal forma que cada sesión estaba pendiente de mis movimientos, el lenguaje (verbal y no verbal), los tiempos para salir con el equipo, los mensajes que le daba a la familia, etc. El principal motivo de esta conducta, era el estar viviendo junto con mis compañeros, las deserciones de otros pacientes en otros casos y en otras supervisiones, lo cual me angustiaba, pues no deseaba que me pasara, sobre todo si hubiera habido un error mío que precediera el abandono de la terapia. Este proceso fue tenso, pues a pesar de que el equipo trataba de explicarme que hay familias que se quedan en un proceso terapéutico y otras que se van, enfatizando que esto no siempre depende del terapeuta, tardé tiempo en asimilarlo.

Cuando se abre el tema de la enfermedad en la familia, me sentí con un mayor compromiso para el manejo del caso, lo que me llevó a investigar y preparar material que me permitiera comprender y apoyar a la familia en la asimilación del diagnóstico clínico. En este sentido, un aspecto que me brindó herramientas útiles para esta parte del proceso, fue el estar estudiando paralelamente a la maestría un diplomado en terapia médica familiar, cuyos conocimientos pude aplicar en el caso. Considero que esto no hubiera sido posible si el sistema terapéutico fuera rígido y lineal, pero al ser flexible me permitieron explorar los alcances de otro tipo de intervenciones, sin apresurarme con el tiempo o los lineamientos del modelo que se supervisaba en ese momento.

Al finalizar el proceso, me sentí muy agradecida tanto con la familia como del apoyo que recibí para manejar el caso, pues no solamente pude vencer mis miedos al equivocarme, sino que tuve la oportunidad de aplicar lo que estaba aprendiendo sin limitarme, y poco a poco comencé a crecer junto con la familia.

Considero que una de las principales ventajas que tuve **con relación a los modelos utilizados**, fue la flexibilidad y capacidad de adaptación de la supervisión y del sistema terapéutico. Por un lado, el modelo estructural me permitió utilizar estrategias

eficaces para el establecimiento de límites, delimitación de subsistemas, identificación de las pautas interaccionales, etc., pero también el modelo de Milán me brindó un encuadre diferente y una importante estructura de trabajo.

En un inicio, me encontraba preocupada por los tiempos, pues debía pensar en 1) la pre-sesión, 2) la segunda parte o sesión, 3) en la pausa con el equipo para poder discutir la sesión y decidir cómo concluirla, 4) el transmitir el mensaje del equipo y terminar la sesión (cuidando que durante ese momento la familia abriera otro tema o quisiera hablar después de haber transmitido el mensaje) y 5) finalmente volver con el equipo hacer comentarios de la intervención final, las reacciones de la familia y hacer hipótesis u observaciones para la próxima sesión, tal y como proponían Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1994).

Conforme transcurrían las sesiones, me iba sintiendo con mayor libertad y espacio para realizar intervenciones, pienso que mucho de ello se debió a que íbamos avanzando en lecturas y revisión de otros modelos como los modelos narrativos dentro de la parte teórica de la maestría, lo que me abrió un panorama para poder llevar a cabo otras estrategias, como la externalización del problema, la cual fue de gran utilidad en el manejo de la enfermedad. Asimismo, me dí cuenta que mi estilo para llevar las sesiones llevaba un cambio en mí como terapeuta. Un elemento que considero comenzó a generar en mí este cambio, fue el tener un encuentro más cercano con la postura de curiosidad e irreverencia terapéutica propuesta por Cecchin (2002), pues mis intervenciones fueron más flexibles y creativas; asimismo me ayudó a comprender los tiempos que tiene la familia para cambiar y el poder respetar la decisión de los pacientes para dejar un proceso terapéutico.

Un último aspecto que me gustaría mencionar del caso, es respecto al cierre de la sesión, pues no fue planeada para ese momento. Me sentía tan a gusto con la familia, que yo planeaba seguir trabajando con ella todavía unas sesiones más, sentía que iban realizando cambios, pero quería reafirmarlos, estar segura de que durarían y deseaba explorar todavía otras áreas. Fue en la sesión número 22 cuando la familia expresó abiertamente los logros que hasta ese momento habían realizado, y sin darme cuenta los objetivos terapéuticos estaban casi por completo finalizados. Cuando realicé la pausa con el equipo, uno de los integrantes me hizo ver esta situación, y tuve que vencer mi propia resistencia para dejar a la familia y poder anunciarles el cierre del proceso. Esta situación en un inicio fue difícil, de hecho me puse a debatir con el equipo, y tardé un poco en darme cuenta que era más mi necesidad de que no se fueran que una necesidad real para seguir trabajando, pues las metas estaban cubiertas.

Al regresar con la familia, tuve que transmitir a lo mejor el mensaje que más dificultad me causó, que fue el anunciar el cierre del proceso; al realizarlo fui completamente sincera (haciendo caso a mis propias resonancias) expresándoles que para mí también era difícil dejarlos, pero que el equipo consideraba que éste era un buen momento y que me gustaría que lo intentáramos, después de todo tendríamos una sesión de seguimiento y cualquier cambio lo hablaríamos y entonces veríamos qué decisión tomábamos. Después de esa sesión, viví como un duelo, pues la familia fue muy significativa para mí. Durante la sesión de seguimiento, pude valorar que fue una buena decisión dejarlos y hacer el cierre, pues la familia creció y siguió avanzando, no me necesitaban más, y de alguna manera, yo también había cambiado, no nos dijimos adiós, sino hasta luego.

Pienso que si volviera a manejar este caso, uno de los modelos que volvería a utilizar sería nuevamente el modelo de Milán, pues a lo largo de mi formación constituyó uno de los que más me gustó, pues en él me siento más libre para hacer intervenciones y trabajar con las familias. Asimismo, me identifico con su estilo estructurado, flexible, creativo en la construcción de diferentes hipótesis, las cuales evolucionan en cada una de las sesiones, la exploración de creencias y la posibilidad de ser irreverente ante las posturas establecidas, y crear nuevas perspectivas alternativas, las cuales sugieren una orientación de múltiples voces para la descripción y explicación de lo que sucede en un sistema.

Recuerdo mucho, como Cecchin (2002) sugería preguntarnos: *porqué el terapeuta se ve tan mal? porqué estoy sintiendo lo que estoy sintiendo?*, el hacernos este tipo de preguntas implica una responsabilidad terapéutica que comienza con mirar la propia posición dentro del sistema, considero que el trabajar este modelo me hizo observar y valorar estos aspectos, así como el “no casarme” con mi hipótesis, sino utilizar metáforas de contar historias que me permitiera generar hipótesis más útiles para trabajar con las familias. Un aspecto que me ayudó a generar en mí la posibilidad de construir diferentes hipótesis fue el aprendizaje y observación constante que tuve a lo largo de esta supervisión, pues me permitió identificar algunos puntos fuertes de mi persona y estar pendiente de mis resonancias, poder expresarlas y manejarlas.

Por otro lado, el acercamiento que tuve con la TMF me abrió un abanico de direcciones para intervenir con la familia, tal vez si no hubiera conocido este modelo, posiblemente no me hubiera atrevido a tener un acercamiento con el sistema de salud, y el manejo que hubiera realizado en torno a la enfermedad sería diferente al que realicé.

Para finalizar, considero que la integración de diferentes estrategias bajo una estructura de trabajo como fue la propuesta por el modelo de Milán, resulta de gran utilidad para trabajar e intervenir en familias que poseen un miembro enfermo, pues proporciona la posibilidad de construir diferentes narrativas, conocer la postura de cada miembro de la familia con la ayuda del cuestionamiento circular, y proporciona una gama de posibilidades al mantener una postura de neutralidad y curiosidad en el trabajo con las familias.

Por último, me gustaría terminar este análisis con un pensamiento que recuerdo de Cecchin (2002):

*“No solo nosotros intervenimos en los sistemas familiares, sino que las familias también intervienen en nuestro sistema”.*

## CAPITULO VI CONSIDERACIONES FINALES

1. A lo largo de los dos años de formación como terapeuta familiar, el programa de maestría me brindó diferentes herramientas tanto teóricas como de habilidades clínicas, para desempeñarme como terapeuta, adquiriendo y reforzando otras habilidades útiles en el campo clínico como lo es la investigación y la creación de programas comunitarios encaminados en la prevención, tratamiento oportuno y diseño de estrategias para apoyar en la resolución de problemas que aquejan a nuestra sociedad.

2. Ser estudiante de la maestría en terapia familiar y formar parte del equipo de trabajo detrás del espejo, me brindó diferentes aprendizajes en mi persona tanto en lo individual como en mi desempeño como terapeuta. Aprendí la importancia que tiene el trabajar una *responsabilidad terapéutica*, la cual comienza con mirar la propia posición dentro del sistema, identificando nuestra resonancias y trabajando en ellas.

3. La responsabilidad terapéutica, se encuentra íntimamente relacionada con el poder trabajar la propia persona del terapeuta, la cual implica el análisis de la situación personal de cada terapeuta, considerando su historia (familia de origen), la identificación de fortalezas y puntos fuertes, así como de sus limitaciones u obstáculos. El objetivo de ello, se orienta en incrementar la efectividad clínica y el cuidado que el terapeuta hace de su propia persona, disminuyendo el riesgo de desgaste emocional y la posibilidad de un mal manejo terapéutico.

4. El trabajar con un equipo de supervisión, tal y como lo menciona Desatnik (et.al., 1999) me permitió desarrollar una mirada sistémica en la cual se debe considerar a la familia y al contexto, tanto de las relaciones familiares como de la interrelación de éstas con los diferentes subsistemas terapéuticos y del entorno socio-cultural.

5. El análisis del contexto, no es exclusivo del sistema familiar, sino que debe ser extensivo al terapeuta, el cual debe considerar su propia historia, recursos y limitaciones; así como observar lo que sucede con el equipo, los supervisores y la institución en sí misma. El que el terapeuta pueda generar en sí mismo un mecanismo de *auto-observación*, permitirá estar atento a estos cambios y del dilema que ocurre cuando dichos cambios tienen una relación estrecha con el momento por el que está pasando la familia así como por los momentos que está pasando el terapeuta en su propio ciclo vital.

6. Los cambios que se llevan a cabo dentro del sistema, tienen que ver con los propios tiempos de la familia, pues cada uno de sus miembros se mueve de manera independiente y subjetiva; como terapeutas podemos incidir en crear o generar ese movimiento, pero es la familia quien toma la decisión respecto a qué camino seguirá. En este sentido, un aspecto que me parece importante tener presente, es que la elección de técnicas y estrategias, deben encontrarse al servicio del paciente, y no el paciente al servicio de las mismas.

7. El terapeuta debe desarrollar una postura de humildad en el trabajo con los pacientes, reconociendo sus limitaciones, sobre todo cuando no es posible en esos momentos de su vida trabajar con cierto tipo de familias o bien de la problemática presentada. El reconocimiento de que no podemos resolver todos los problemas y que no todas las familias terminarán un proceso terapéutico, nos permitirá un mayor movimiento para realizar intervenciones libremente y danzar con la familia.

8. El que el terapeuta pueda generar diferentes hipótesis y no quedarse enamorado e su primer planteamiento, permitirá generar intervenciones y estrategias más flexibles y creativas, enfocadas en promover el cambio dentro de los sistemas familiares.

9. El terapeuta debe poder respetar la decisión de los pacientes para dejar un proceso terapéutico, para lo cual es conveniente que él mismo comience a trabajar su propio duelo, sobre todo en aquellos casos donde se construyen lazos afectivos o de empatía. El no considerar este rubro, puede traer como consecuencia que los objetivos y logros alcanzados a lo largo del proceso se difuminen y que el manejo del caso se vuelva reiterativo.

10. El trabajo con el equipo terapéutico constituye una fuente importante de apoyo para el terapeuta en formación, pues proporciona diferentes visiones que enriquece el trabajo con las familias. Así mismo, crea un vínculo hacia el terapeuta, pues le brinda los apoyos emocionales necesarios que le permite al terapeuta en muchas ocasiones afrontar y recuperarse de los errores, deserciones de los pacientes y dudas respecto a sí mismo.

11. Una de las modalidades de trabajo que puede llevarse a cabo con otros miembros del equipo, es el trabajo en **co-terapia**, el implica en primer lugar que el terapeuta tenga un conocimiento de sí mismo, de su estilo y forma de trabajo, de los recursos que como terapeuta posee, sus fortalezas y limitaciones. También implica la capacidad de trabajar con otra persona, no sólo en cuanto a una labor de equipo, sino a una dinámica flexible que consiste en trabajar dentro de la sesión con otra persona, en la disposición para escuchar sus propuestas y aceptar que en algunas ocasiones la dirección que lleve la terapia se modifique. No se trata de que cada terapeuta luche para ver que estilo de trabajo es el mejor y que quien resulte vencedor, llevará como premio el dirigir la terapia bajo su estilo; sino que consiste en algo más integrativo, en construir a partir de la visión de cada uno de ellos una propuesta más abarcadora y enriquecida por el otro, consiste en lograr encontrar esa empatía que enlace la visión de ambos en una misma línea de trabajo para formar un buen equipo.

12. El trabajo bajo la modalidad de co-terapia, no es una tarea sencilla, pues implica caminar con otra persona en una misma dirección; durante éste recorrido podemos encontrarnos con algunos obstáculos, como lo es el no estar dispuestos a ceder en nuestro punto de vista, el no tomar en cuenta al otro, el no modificar la forma de trabajo ni estrategias, y que a corto y/o largo plazo podría restar capacidad de maniobra para trabajar con la familia y verse reflejado en un inadecuado manejo de la terapia.

**13.** Por otro lado, un elemento que constituye la base de muchos terapeutas, es el apoyo del supervisor a lo largo del proceso de formación, pues modela, guía y evalúa el progreso que tienen los terapeutas en formación, conduciéndolos hacia un manejo ético y continuo con las familias con las cuales trabajan. En este sentido es importante señalar que la responsabilidad del manejo terapéutico no radica solamente en la figura del supervisor, pues existe una co-responsabilidad del terapeuta y el equipo en cada caso clínico.

**14.** La supervisión fue más enriquecedora para mí, en aquellos casos en el que el supervisor era un facilitador del aprendizaje clínico, el cual promovía en los terapeutas en formación la adquisición y desarrollo de sus propios estilos y herramientas de trabajo. Este proceso desde mi punto de vista, se veía potencializado cuando existía un compromiso, organización y canales de comunicación abiertos, pues me permitía conectar lo que estaba aprendiendo en la parte teórica con la parte práctica en el trabajo con los pacientes.

**15.** Al reflexionar sobre el trabajo final que entrego en este reporte, me quedo pensando que la formación del terapeuta familiar no acaba después de dos años de estudio en la maestría, pues esto solo es el inicio de un camino enfocado en un trabajo constante y de actualización en diferentes áreas: académica, clínica, personal y de investigación; las cuales no son estáticas sino que se transforman a partir de cada una de nuestras experiencias, lo que nos permite crecer y aprender día con día.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andersen, T. (1994), *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre diálogos*, Barcelona: Gedisa.

Andersen T. (1996). *Reflexiones sobre las reflexiones con familias*. Cap. 4. En: McNamee y Gergen. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Andersen y Goolishian (1996). *El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico*, Cap. 2 En: McNamee y Gergen, La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Andolfi, M. (2003), *Manual de psicología relacional. La dimensión familiar* Colombia: La silueta ediciones

Aparicio, B. (2005). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F., Facultad de Psicología, UNAM.

Appleton, R.E. y Neville B. (1999). Adolescentes con epilepsia. *Archives of Disease in childhood*,. 1999 Vol. 81 pp. 76-79

Avilés y Martínez-Bouquet. La co-terapia como procedimiento psicoterapéutico. *Psicoterapia y familia*, 1993, Vol. 6, Núm. 1, pp. 37-44.

Beltrán, R., (2004), *El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos*, Cap. 8, Págs. 197-223, En Eguiluz, L. (2004)., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, Pax México: México,D.F.

Bertalanffy, L.V. (1984). *Teoría General de los Sistemas*, México: F.C.E.

Boltvinik, M. J (1995), La pobreza en México. Metodologías y evolución, *Revista de Salud Pública de México*, Julio-Agosto 1995, Vol. 37, No. 4, pp. 288-297

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*, Buenos Aires: Amorroutu.

Broome, M, Knafl, K, (et al.) (1998). *Children and families in health and illness* California: Sage Publications.

Cecchin, G., (1989). Nueva vista a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 5 No. 1, 9-17.

----- (1994), *Construccionismo social e irreverencia terapéutica*, En Schnitman, Dora F., Nuevos Paradigmas, Cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidós.

Cecchin, G. , Lane, G. y Ray, W. (2003). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para los terapeutas*, Barcelona: Paidós.

CONAPO (2006), Conciliación demográfica, México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>

Eguiluz, L. (2004)., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, Pax México: México,D.F.

Epson, D. White, M. Y Murray, K. (1996). *Una propuesta para escribir la terapia*. Cap. 7 En: Mc Namee y Gergen, K. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Feixas, G. (1998) *Los constructos personales en la práctica sistémica*. Cap. 11. en R.A. Neimeyer, M.J. Mahoney, *Constructivismo en Psicoterapia*”, Buenos Aires: Paidós.

Fisch, R. Weakland, J. H. y Seagal, L. (1994), *La táctica del cambio*, Barcelona: Herder.

Fortes, J y Espejel A. (1995). Mitos Familiares y realidades sociales en familias mexicanas en el encuentro terapéutico. *Psicoterapia y Familia*, edición especial 5º. Congreso, 1995

Fruggeri (1996). *El proceso terapéutico como construcción social del cambio*. Cap. 3 En: Mc.Namee y Gergen K., La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Gergen K. Y Kaye, J. (1996). *Mas allá de la narración en la negociación del significado terapéutico*. Cap. 11 En. McNamnee y Gergen, K. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Glaserfeld, von E., (1994), *La construcción del conocimiento*, En Schnitman, Dora F., *Nuevos Paradigmas, Cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Piados.

Goncalves, Oscar F., (1997), *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: La construcción hermenéutica de significados alternativos*, Cap. 10, En En Mahoney, Michael, *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. España: Desclée de Brouwer.

Guidano, Vittorio F., (1997), *Un Enfoque constructivista de los procesos del conocimiento*, Cap. 7, En Mahoney, Michael, *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. España: Desclée de Brouwer.

Gutiérrez, M, Valencia, S. (et. al.) (2000). Experiencia en el manejo de la epilepsia benigna con puntas centro-temporales. *Revista Mexicana de Pediatría*. Vol. 67. Núm. 1 Ene-Feb. 2000 pp. 20-24

Haley, J. (1999). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu

Hoffman, (1998), *Fundamentos de la Terapia Familiar*, México: F.C.E.

INEGI (2006), Estadísticas de nupcialidad. CONAPO, INEGI y COLMEX, México. Recuperado de <http://www.INEGI.gob.mx>

INEGI (2005), Censos de población y vivienda, 1950 a 2000. México. Recuperado de <http://www.INEGI.gob.mx>.

INEGI (2005), Censos de población y vivienda, 1995 a 2005. México. Recuperado de <http://www.INEGI.gob.mx>.

INEGI (2000), XII Censo general de población y vivienda, 2000. México. Recuperado de <http://www.INEGI.gob.mx>.

INEGI (1989). Cuaderno No. 1 de población. Aguascalientes, México. Recuperado de <http://www.INEGI.gob.mx>

INEGI-STPS (2004). Encuesta nacional de empleo, En Aparicio, B., (2005), Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F., Facultad de Psicología, UNAM.

Kandel, E., Schwartz, J., (et.al.) (2002) *Principios de Neurociencia*, 4a.ed. Nueva York: McGraw-Hill

Keeney B. 1991. *La estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Madanes, C. (1993). *Terapia familiar estratégica* (segunda reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.

Macías, A. R. (1994). *La familia*. En *Consejo Nacional de Población Antología de la sexualidad humana*. Tomo 2 (pp. 165- 199) México D.F., México: Miguel Ángel Porrúa.

Macías, A. R. (1997). *Esquema de Evaluación Dinámico Estructural*. Instituto de la Familia, XXV Aniversario.30- 34.

Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. (1990) *Psicopatología del niño*, 3ª. ed. Barcelona: Masson.

Martínez-Bouquet (1993), "La co-terapia como procedimiento psicoterapéutico", *Psicoterapia y familia*, 1993, Vol. 6, No. 1, pp. 37-44

Martínez, J., (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F., FES, Iztacala, UNAM.

McDaniel S, Hepworth J, (et.al.) (1992) *Medical Family Therapy. A biopsychosocial approach to families with health problems* Nueva York: Basic Books

Minuchin, S. (1974). *Familia y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa

Minuchin, S. Y Fishman h. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós

Moctezuma, M. y Desatnik, O. (2001). *Programa de residencia en terapia familiar*. México: UNAM.

Molina, J. (2001), "*Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar*", Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Mosby (1996). "*Diccionario de Medicina*". México: Océano.

Neimeyer y Mahoney, (1998), *“Constructivismo en Psicoterapia”*, Buenos Aires: Paidós.

Pineda, G., (2004), Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.

Reséndiz, G. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.

Robles de F. T., Eustace J. R. y Fernández de C. M. (1987). *El enfermo crónico y su familia. Propuestas terapéuticas*. México: Nuevo Mar.

Rolland J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.

Rosenstein, E., (2000), *Diccionario de especialidades farmacéutica*, México: P.L.M.

Rubinstein y Weiner (1970), *Relaciones del equipo de coterapia en la psicoterapia familiar*”, En Zuk, G. y Boszormenyi-Nagy (1970), *Terapia familiar y familias en conflicto*, México: F.C.E., Cap. XVI, pp. 237-253.

Secretaría de Salud (2005), Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/consida>

Simon F.B., Stierlin H., y Wynne L.C., (1997), *“Vocabulario de Terapia Familiar”*, Gedisa: Barcelona.

Sorrentino A. (1990). *Handicap y Rehabilitación*. Barcelona: Paidós

Watzlawick, J. Beavin y Jackson (1995), *“Teoría de la comunicación Humana”*, Barcelona: Herder.

White M. (1994). *“Guías para una Terapia Familiar sistémica”*. Barcelona: Gedisa..

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

Wright, L, Watson W. (et.al.) (1996). *Beliefs. The heart of healing in families and illness*, Nueva York: Basic books.



# ANEXOS



¿Ha recibido anteriormente algún tipo de ayuda o tratamiento para resolver su(s) problemas?

(Si) (No)

En caso afirmativo, especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió.

¿Está siendo atendido(a) por algún problema de salud en la actualidad? (Si) (No)

¿Toma actualmente algún medicamento? (Si) (No)

Si su respuesta fue SI, especifique cuál, porqué, desde cuando, y quien se lo recetó? \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, especifique cuál \_\_\_\_\_

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:

(Indíquenos con una "x" en que grado: Escala: 1= Nada 10= Mucho)

• <i>Amistades</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laborales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Académicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**NOTA IMPORTANTE:**

El CPS ofrece sus servicios de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio del personal que labora en este Centro. Agradecemos de antemano su comprensión.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTONOMA DE  
MÉXICO

## ANEXO 2

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad  
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.

### CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DAVILA”



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

#### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASISTENTES

Usted está por iniciar una terapia en el Centro de Servicios Psicológicos, es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El o la terapeuta realizará una entrevista y al finalizar determinará la frecuencia, el número total de sesiones, el tipo de servicio (terapia individual, grupal, etc.), y la cuota de recuperación de cada sesión.
2. Es necesario que Usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación ya que si no avisa tendrá que pagar la sesión a la que no haya asistido, (el teléfono del Centro es 5622-2309). Es importante que tome en cuenta que tres inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio.
3. En algunas ocasiones, las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o video y en otras solo observadas (atrás del espejo). Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o alumnos avanzados de la carrera de Psicología supervisados por los terapeutas del Centro a fin de monitorear la calidad y consistencia del tratamiento.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo no podrá ser publicada. Esta información quedará bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
5. Las actividades del Centro de Servicio Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar la terapia. En cualquier caso Usted podrá solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
7. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o sugerencias dirigidas a la Coordinación del mismo.
8. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunique con Usted. Esto tiene como propósito hacer un seguimiento de la misma.

NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

(Día, mes y año)

TERAPEUTA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTONOMA DE  
MÉXICO

# ANEXO 3

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad  
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.

## CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_

A continuación se le presentan una lista de síntomas. Si usted ha padecido alguno de éstos en los últimos 3 meses márquelos con una **X**; y especifique el grado de severidad con que los ha experimentado de acuerdo a la siguiente escala:

- 0 = Ligero
- 1 = Moderado
- 2 = Fuerte
- 3 = Severo

Taquicardia .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Dolor de pecho .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de sofocamiento .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Necesidad de aire .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de ahogo .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Mareos .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de irrealidad .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Aturdimiento .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Visión borrosa (oscurecimiento) .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Zumbido de oídos .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Hormigueo o adormecimiento en manos o en cara .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en pies o dedos .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Manos o pies fríos .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Náusea .....	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en el estómago .....	(0)	(1)	(2)	(3)

# ANEXO 4



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTONOMA DE  
MÉXICO

## PROPUESTA DE FICHA DE ADMISIÓN PARA EL ÁREA DE TERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

### CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DAVILA

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Expediente: \_\_\_\_\_

Es personal Administrativo de la UNAM \_\_\_\_\_ Estudiante de la UNAM \_\_\_\_\_ Público en general \_\_\_\_\_  
Es personal Académico de la UNAM \_\_\_\_\_ Estudiante de otra Institución ¿cuál? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre (s)

Dirección \_\_\_\_\_  

Calle
Número
Colonia

Delegación: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Sexo: (M) (F) Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Estudia:** ( Si ) ( No ) Nivel Máximo de estudios: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

**Trabaja:** ( Si ) ( No ) ¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto gana? \$ \_\_\_\_\_  
En qué consiste su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas dependen de este ingreso? \_\_\_\_\_ ¿Quién(es) ayudan al ingreso familiar? \_\_\_\_\_  
¿Si no trabaja, de quién(es) depende económicamente? \_\_\_\_\_

▪ **Si es menor de edad, nombre del responsable:** \_\_\_\_\_  
▪ **Motivo de Consulta:** \_\_\_\_\_

▪ **¿Desde cuando le pasa esto?** \_\_\_\_\_  
▪ **Explique un poco más lo que le pasa y porqué acude al Centro:** \_\_\_\_\_

<b>Estructura Familiar</b> (Mencione únicamente las personas con las que vive:)						
	Nombre	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nota: Si no alcanza el espacio asignado, continúe al reverso de la hoja) ⇨

¿Ha recibido anteriormente algún tipo de ayuda o tratamiento para resolver su(s) problemas? **(Si)** **(No)**  
 En caso afirmativo, especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió. \_\_\_\_\_

¿Está siendo atendido(a) por algún problema de salud en la actualidad? **(Si)** **(No)**  
 ¿Toma actualmente algún medicamento? **(Si)** **(No)**

Si su respuesta fue afirmativa, por favor especifique:

- ¿Qué medicamento toma?: \_\_\_\_\_
- ¿Desde cuando lo toma?: \_\_\_\_\_
- ¿Quién lo recetó?: \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida? **(Si)** **(No)**  
 En caso afirmativo, especifique ¿cuál? \_\_\_\_\_

▪ Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:  
**Marque con una "X" de acuerdo a la siguiente escala: 1= Nada 10= Mucho**

• <i>Amistades</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Laborales</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Familiares</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Académicas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Sexuales</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Salud</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

 **NOTA IMPORTANTE:** El Centro de Servicios Psicológicos ofrece sus servicios de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio del personal que labora en este lugar. Agradecemos de antemano su comprensión.

**A continuación marque con una "X" el horario en el que puede asistir al centro:**

<b>Horario:</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
9 - 10					
10 - 11					
11 - 12					
12 - 13					
13 - 14					
14 - 15					
15 - 16					
16 - 17					
17 - 18					
18 - 19					

**NOTA:** En este apartado pienso que sería conveniente en lugar de utilizar el cuestionario que diseñó el área de Medicina Conductual, anexar la Escala de Evaluación Familiar propuesta por Espejel y Cols. (1997) o bien la Escala de Evaluación de Pareja, diseñada por Cervantes, N., pues esto proporcionaría mayores elementos diagnósticos para el manejo de los casos clínicos  
 A continuación anexo ambos instrumentos.

## ANEXO 5

### ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Espejel E., Cortés J. Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

Familia \_\_\_\_\_

Tiempo de unión \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ingreso Familiar \$ \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Edad del primer hijo (a) \_\_\_\_\_

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica en la Familia

**Descripción de la vivienda:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Familiograma:**

**INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.**

1. Hay algún o algunos de los miembros de su familia considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. Quien organiza la alimentación en la familia?(ir al mercado, escoger los menúes, etc)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia, Hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver televisión, Quien decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. Quien o quiénes de la familia tiene más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. Quien o quiénes de la familia interviene cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos. Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8. Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a los hijos, quien interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

**INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores cuando la respuesta involucra a toda la familia, marque las celdas necesarias.stados.**

11. Cuando hay invitados en la casa, a quién se le avisa?

Quien invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No se avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

12. Quienes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja y no participa						

Funcionalidad

13. Si cada quién tiene obligaciones definidas en esta familia, quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie sustituye
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

No existen obligaciones definidas

14. En las decisiones familiares importantes, quénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, quién le avisa o pide permiso a quien?

**A QUIEN LE PIDE PERMISO O AVISA?**

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie sustituye
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Nadie pide permiso

16. Cuando alguien comete una falta, quién y como castiga?

Quien castiga?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuándo alguien se siente triste, decaído o preocupado, a quién pide ayuda?

**A QUIEN PIDE AYUDA ?**

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Nadie ayuda a nadie

19. Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie	
Padre								Funcionalidad <input type="text"/>
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								Nadie acostumbra salir <input type="text"/>
Otro no familiar								

20. En esta familia. Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie	
Padre								Funcionalidad <input type="text"/>
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								Nadie protege a nadie <input type="text"/>
Otro no familiar								

21. Si conversan ustedes unos con otros, quién con quién lo hace?

Quién conversa?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie	
Padre								Funcionalidad <input type="text"/>
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								Nadie conversa en la familia <input type="text"/>
Otro no familiar								

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones, quiénes son los que lo hacen?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie	
									Funcionalidad <input type="text"/>

23. Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie	
									Funcionalidad <input type="text"/>

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, a quiénes se les hace saber con claridad?

Quiénes acuerdan?	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

Funcionalidad

25. Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en ésta familia, quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuándo algo se descompone, quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia, quienes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. Quiénes en ésta familia se abrazan espontáneamente?

**CON QUIEN ?**

Quién abraza?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Nadie se abraza en la familia

*Otro no familiar*

34. Cuando se enojan en esta familia, quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

**CON QUIEN O QUIENES ?**

Quién se enoja?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Nadie se enoja en la familia

35. Ha habido peleas con golpes en la familia, quién con quién, o quiénes?

Quién conversa?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Nadie se ha golpeado en la familia

**INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR:** A partir de esta pregunta, explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados.

36. En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	FRECUENCIA			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

37. Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	FRECUENCIA			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

38. Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.). Quién los ha tenido?

	FRECUENCIA			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

39. Quién ha presentado algún problema emocional?

	FRECUENCIA			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

40. Quién de la familia se aísla?

	FRECUENCIA			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad



6. Mis expresiones de afecto hacia mi pareja son:  
**Muy Frecuentes Frecuentes Algunas Veces Casi Nunca**  
 Sus expresiones de afecto hacia mí son:  
**Muy Frecuentes Frecuentes Algunas Veces Casi Nunca**
7. Me valoro en relación a ella / él::  
**Muy Poco Poco Regular Mucho**  
 Siento que ella / él me valora:  
**Muy Poco Poco Regular Mucho**
8. Encuentro tiempo para estar con mi pareja:  
**Casi Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente**  
 El / ella encuentra tiempo para estar conmigo:  
**Casi Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente**
9. Mi disposición a cambiar en respuesta a los deseos de mi pareja es:  
**Buena Regular Poca Muy Poca**  
 Creo que su disposición a cambiar en respuesta a mis deseos es:  
**Buena Regular Poca Muy Poca**
10. Me gusta como me relaciono con los hijos: (aunque no los haya: )  
**Mucho Regular Poco Muy Poco**  
 A él / ella le gusta como me relaciono con los hijos: ( aunque no los haya );  
**Mucho Regular Poco Muy Poco**
11. Mi capacidad de escucharlo (a) es:  
**Deficiente Aceptable Mediana Buena**  
 Su capacidad para escucharme es:  
**Deficiente Aceptable Mediana Buena**
12. La / lo deseo sexualmente  
**Muy Frecuentemente Frecuentemente A Veces Nunca**  
 El / ella me desea sexualmente:  
**Muy Frecuentemente Frecuentemente A Veces Nunca**
13. El grado de libertad que estoy dispuesto (a) a otorgarle es:  
**Muy Poco Suficiente Regular Mucha**  
 Siento que el grado de libertad que está dispuesto (a) a otorgarme es:  
**Muy Poco Suficiente Regular Mucha**
14. Paso buenos momentos con mi pareja:  
**Casi Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente**  
 Siento que ella / él pasa buenos momentos conmigo:  
**Casi Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente**
15. La manera en que manejo el dinero es:  
**Deficiente Aceptable Mediana Buena**  
 El / ella opina que la forma en que manejo el dinero es::

	<b>Deficiente</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Mediana</b>	<b>Buena</b>
<b>16.</b> Tengo detalles románticos hacia mi pareja:				
<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy Frecuentemente</b>	
Tiene detalles románticos hacia mí:				
<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy Frecuentemente</b>	
<b>17.</b> Respeto a mi pareja:				
<b>Muy Poco</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>	
Siento que él (ella) me respeta:				
<b>Muy Poco</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>	
<b>18.</b> Me acepto tal cual soy:				
<b>Muy Poco</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Mucho</b>	
Siento que él / ella me acepta tal cual soy::				
<b>Muy Poco</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Mucho</b>	
<b>19.</b> Estoy dispuesto(a) para realizar tareas domésticas:				
<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy Frecuentemente</b>	
El / ella piensa que estoy dispuesto (a) para realizar tareas domésticas:				
<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy Frecuentemente</b>	
<b>20.</b> Mi relación con sus padres (fue) o ha sido:				
<b>Deficiente</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy Buena</b>	
Su relación con mis padres (fue) o ha sido:				
<b>Deficiente</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy Buena</b>	
<b>21.</b> Conozco la forma en que voy a reaccionar en relación a ella / él::				
<b>Mucho</b>	<b>Regular</b>	<b>Casi Nada</b>	<b>Nada</b>	
Siento que él / ella conoce la forma en que voy a reaccionar:				
<b>Mucho</b>	<b>Regular</b>	<b>Casi Nada</b>	<b>Nada</b>	
<b>22.</b> He sido infiel:				
<b>Nunca</b>	<b>Alguna Vez</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Constantemente</b>	
Creo que ha sido infiel:				
<b>Nunca</b>	<b>Alguna Vez</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Constantemente</b>	
<b>23.</b> Me preocupo por su bienestar				
<b>Muy Frecuentemente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi Nunca</b>	
Se preocupa por mi bienestar:				
<b>Muy Frecuentemente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi Nunca</b>	
<b>24.</b> Congenio con sus amistades				
<b>Mucho</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>	
Ella / él congenia con mis amistades:				
<b>Mucho</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>	
<b>25.</b> Me pongo de acuerdo con él / ella para gastar el dinero:				
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy Frecuentemente</b>	
El / ella se pone de acuerdo conmigo para gastar el dinero:				

- |  | <b>Nunca</b>          | <b>Casi nunca</b>     | <b>Frecuentemente</b>     | <b>Muy Frecuentemente</b> |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| 26. Mis expresiones de afecto hacia mi pareja son:         |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Frecuentes</b>                                      | <b>Frecuentes</b>     | <b>Algunas Veces</b>  | <b>Casi Nunca</b>         |                           |
| Sus expresiones de afecto hacia mí son::                   |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Frecuentes</b>                                      | <b>Frecuentes</b>     | <b>Algunas Veces</b>  | <b>Casi Nunca</b>         |                           |
| 27. Me siento orgulloso(a) por mis logros:                 |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Poco</b>  | <b>Poco</b>           | <b>Regular</b>        | <b>Mucho</b>              |                           |
| El / ella se siente orgulloso (a) por mis logros:          |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Poco</b>  | <b>Poco</b>           | <b>Regular</b>        | <b>Mucho</b>              |                           |
| 28. Siento antipatía hacia mi pareja:                      |                       |                       |                           |                           |
| <b>Casi Nunca</b>  | <b>A veces</b>        | <b>Frecuentemente</b> | <b>Muy Frecuentemente</b> |                           |
| Creo que siento antipatía hacia mí:                        |                       |                       |                           |                           |
| <b>Casi Nunca</b>  | <b>A veces</b>        | <b>Frecuentemente</b> | <b>Muy Frecuentemente</b> |                           |
| 29. Mi disposición para apoyarla (o) es:                   |                       |                       |                           |                           |
| <b>Bastante</b>  | <b>Mediana</b>        | <b>Suficiente</b>     | <b>Nada</b>               |                           |
| Su disposición para apoyarme es:                           |                       |                       |                           |                           |
| <b>Bastante</b>  | <b>Mediana</b>        | <b>Suficiente</b>     | <b>Nada</b>               |                           |
| 30. Siento que mi familia nos causa problemas:             |                       |                       |                           |                           |
| <b>Bastante</b>  | <b>Medianamente</b>   | <b>Casi nada</b>      | <b>Nada</b>               |                           |
| El / ella siente que mi familia nos causa problemas:       |                       |                       |                           |                           |
| <b>Bastante</b>  | <b>Medianamente</b>   | <b>Casi nada</b>      | <b>Nada</b>               |                           |
| 31. Tomo la iniciativa para hablar de asuntos difíciles:   |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Frecuentemente</b>                                  | <b>Frecuentemente</b> | <b>A veces</b>        | <b>Casi Nunca</b>         |                           |
| Toma la iniciativa para hablar de asuntos difíciles:       |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Frecuentemente</b>                                  | <b>Frecuentemente</b> | <b>A veces</b>        | <b>Casi Nunca</b>         |                           |
| 32. Estoy satisfecho (a) sexualmente con mi pareja:        |                       |                       |                           |                           |
| <b>Mucho</b>   | <b>Regular</b>        | <b>Poco</b>           | <b>Casi nada</b>          |                           |
| El / ella está sexualmente satisfecha (o) conmigo:         |                       |                       |                           |                           |
| <b>Mucho</b>   | <b>Regular</b>        | <b>Poco</b>           | <b>Casi nada</b>          |                           |
| 33. Mi inteligencia es acorde con la de mi pareja:         |                       |                       |                           |                           |
| <b>Mucho</b>   | <b>Regular</b>        | <b>Poco</b>           | <b>Muy poco</b>           |                           |
| Su inteligencia es acorde con la mía:                      |                       |                       |                           |                           |
| <b>Mucho</b>   | <b>Regular</b>        | <b>Poco</b>           | <b>Muy poco</b>           |                           |
| 34. Me considero interesante                               |                       |                       |                           |                           |
| <b>Mucho</b>   | <b>Regular</b>        | <b>Poco</b>           | <b>Nada</b>               |                           |
| Creo que él / ella me considera interesante:               |                       |                       |                           |                           |
| <b>Mucho</b>   | <b>Regular</b>        | <b>Poco</b>           | <b>Nada</b>               |                           |
| 35. Me siento presionado por asuntos económicos:           |                       |                       |                           |                           |
| <b>Muy Frecuentemente</b>                                  | <b>Frecuentemente</b> | <b>A veces</b>        | <b>Casi Nunca</b>         |                           |
| El / ella se siente presionado (a) por asuntos económicos: |                       |                       |                           |                           |

	<b>Muy Frecuentemente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi Nunca</b>
<b>36.</b> Siento cariño por él / ella:				
<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regular</b>		<b>Mucho</b>
Creo que siente cariño por mí::				
<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regular</b>		<b>Mucho</b>
<b>37.</b> Mis creencias religiosas concuerdan con las de mi pareja:				
<b>Mucho</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco</b>		<b>Muy poco</b>
Sus creencias religiosas concuerdan con las mías:				
<b>Mucho</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco</b>		<b>Muy poco</b>
<b>38.</b> Tolero sus defectos:				
<b>Muy Frecuentemente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>A veces</b>		<b>Casi Nunca</b>
El / ella tolera mis defectos:				
<b>Muy Frecuentemente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>A veces</b>		<b>Casi Nunca</b>
<b>39.</b> Cuando existe una situación difícil le respondo				
<b>Muy bien</b>	<b>Bien</b>	<b>Regular</b>		<b>Mal</b>
Cuando existe una situación difícil se que me responde:				
<b>Muy bien</b>	<b>Bien</b>	<b>Regular</b>		<b>Mal</b>
<b>40.</b> La manera en que trato a mis hijos es: (aunque no los haya)				
<b>Deficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>		<b>Muy Buena</b>
La manera en que él / ella trata a los hijos es:				
<b>Deficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>		<b>Muy Buena</b>



ANEXO 7

ESCALA DE RELACIÓN EN LA PAREJA

FORMA A

Adaptada por Téllez y Trujillo

La finalidad de este cuestionario es obtener la confiabilidad de esta escala. Es importante que usted conteste absolutamente todas las frases de una manera sincera. Los datos serán manejados en forma estrictamente confidencial. Agradecemos de antemano su valiosa cooperación. (tiempo aproximado 5 a 10 minutos)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_ TIEMPO EN LA RELACIÓN: \_\_\_\_\_

**• INSTRUCCIONES**

A continuación se presenta una lista de enunciados que podría describir lo que haces cuando tienes un conflicto o un desacuerdo con tu pareja. Por favor, marca con una "X" el número de cada uno de los enunciados de la lista que se muestran a continuación. Al responderlas, considera tu más reciente relación de pareja que haya sido significativa y evalúa la frecuencia con que realizaste cada una de las siguientes acciones.

- 0 = NUNCA O CASI NUNCA
- 1 = RARA VEZ
- 2 = POCAS VECES
- 3 = ALGUNAS VECES
- 4 = MUCHAS VECES
- 5 = SIEMPRE, CASI SIEMPRE

	NUNCA O CASI NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE, CASI SIEMPRE
a	0	1	2	3	4	5
b	0	1	2	3	4	5
c	0	1	2	3	4	5
d	0	1	2	3	4	5
e	0	1	2	3	4	5
f	0	1	2	3	4	5
g	0	1	2	3	4	5
h	0	1	2	3	4	5
i	0	1	2	3	4	5
j	0	1	2	3	4	5
k	0	1	2	3	4	5
l	0	1	2	3	4	5
m	0	1	2	3	4	5
n	0	1	2	3	4	5

**¡ Gracias por su cooperación !**

## ANEXO 8

### INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

#### MEDICAMENTOS

#### **GAMIBETAL COMPLEX**

*Regulador fisiológico de la excitabilidad nerviosa, antiepiléptico*

ITALMEX, S. A.

■ **Indicaciones terapéuticas:** Está indicado en epilepsia centroencefálica (gran mal, petit mal, epilepsia focal o jacksoniana), epilepsia temporal, epilepsia postraumática. efecto tranquilizante y corrige el insomnio.

■ **Acción:** El GAMIBETAL, ácido gamma-amino-hidroxibutírico, es un constituyente normal del cerebro humano y animal. Esta sustancia ejerce una acción inhibitoria de los impulsos nerviosos a nivel de los estratos más superficiales de la corteza cerebral.

El GAMIBETAL ejerce un bloqueo de la excitabilidad cerebral, inhibiendo la transmisión de los impulsos nerviosos anormales en las terminaciones sinápticas que a ese nivel excitan la corteza cerebral y región subcortical.

Minuciosas investigaciones neurofisiológicas han permitido demostrar que el ácido gamma-amino-hidroxibutírico se encuentra disminuido en los focos epilépticos de la corteza cerebral y tal disminución es una de las causas del acceso convulsivo, por el aumento de la irritabilidad de la neurona. Por lo tanto, el GAMIBETAL desarrolla un papel esencial en la regulación de los procesos de excitación del sistema nervioso central en condiciones normales y debe ser considerado como el anticonvulsivante fisiológico del organismo.

■ **Reacciones secundarias y adversas:** No se le conocen hasta la fecha a las dosis recomendadas.

## ANEXO 9

### INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

#### MEDICAMENTOS

#### **NOOTROPIL (Piracetam)**

*Coadyuvante metabólico neuronal y de la micro circulación cerebral*

Glaxo de México, S.A. de C.V

■ **Indicaciones terapéuticas:** Está indicado como auxiliar en insuficiencia vascular cerebral y sus manifestaciones funcionales tales como:

- Vértigo
- Trastornos del aprendizaje
- Falta de concentración
- Coadyuvante en el síndrome de intoxicación alcohólica

En las manifestaciones del AVC:

- Afasia
- Mioclonia cortical

■ **Farmacocinética y Farmacodinamia en Humanos:** El piracetam se absorbe rápidamente por vía oral (digestiva), logrando niveles plasmáticos máximos entre 45 y 60 minutos, después de su administración. Es perfectamente soluble en agua, no tiene fijación a proteínas plasmáticas y no tiene metabolismo; se distribuye excelentemente a todos los tejidos del organismo, poniendo preferencia hacia el tejido cerebral; es decir, tiene tropismo selectivo. Su eliminación es por vía urinaria, preferentemente sin modificación de la estructura química del piracetam. La vida media promedio es de 4.5 horas. Su punto de acción es promoviendo la formación de energía ATP a partir de ADP a nivel celular mejorando de esta manera todas las actividades de las diferentes células del organismo.

■ **Reacciones secundarias y adversas:** Se ha reconocido agitación, irritabilidad y trastornos del sueño.

# ANEXO 10

## INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

- FRENTE -

Esto lo demuestran a fin de cuentas los enfermos de epilepsia considerados "genios", o sea hombres, que a pesar de las crisis epilépticas han demostrado tener unas dotes muy superiores al promedio, como Dostoievski, Van Gogh, Nobel, Lenin, Carlos V, etc)

Normas y Legislación  
Actualmente es una responsabilidad compartida el labrar un mejor futuro para las personas con epilepsia. La secretaría de Salud a través de la Ley General de Salud, basada en el artículo 13 fracción 1, ha establecido la norma técnica número 322, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 1988, para la prevención y control de la Epilepsia, en la atención primaria a la salud. En ella se define a la epilepsia como un problema de Salud Pública y se establecen criterios de prevención y control que deben ser de observación obligatoria en todos los servicios de salud del país. En relación al tratamiento se establecen los fármacos de elección, de acuerdo al tipo de crisis y se formula en el artículo 17, que el médico debe explicar al paciente y sus familiares que la epilepsia es controlable y en algunos casos curable, no es contagiosa y en la mayoría de los casos no produce deterioro mental.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

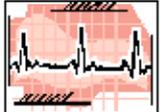


Dirección  
Fac. de Psicología:  
Av. Universidad 3004 Col.  
Coyoacán-Universidad C.P. 04510  
Coyoacán

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
UNAM  
5622-2309



**¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?**




Elaborado por:  
Psicoterapeuta  
Alma T. Tellez Romero

# ANEXO 11

## INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

### - DENTRO -

**¿Qué es la epilepsia?**

La epilepsia es un término genérico que engloba un grupo de enfermedades que se caracterizan por manifestarse por crisis epilépticas.

Se manifiesta por la recurrencia de crisis espontáneas asociadas a una descarga eléctrica cerebral normal, por una disfunción o un daño estructural del cerebro.

Las crisis epilépticas tienen características comunes que nos permiten identificarlas y diferenciarlas



Duración generalmente limitada con un inicio y fin identificables.

- Son espontáneas
- La descarga epiléptica tiene una manifestación clínica predecible de inicio a final





**La crisis epiléptica** es la alteración súbita, involuntaria,

limitada en tiempo que se manifiesta con cambios en la actividad motora, sensitiva y/o de conciencia, con un carácter repetitivo y un patrón estereotipado que se acompaña de una descarga eléctrica cerebral anormal.

**Diagnóstico:**  
No hay una prueba única para diagnosticar la epilepsia



De hecho lo más importante para su diagnóstico es obtener una descripción detallada de las crisis.

Una vez hecho el diagnóstico se complementa con pruebas que ayudan a detectar cual es el origen de las crisis.

Las pruebas más importantes son: la Tomografía Axial Computarizada (o TAC) cerebral, la Resonancia Magnética Cerebral y el electroencefalograma.



Las dos primeras son útiles para ver la estructura del cerebro, en la segunda, se obtiene el registro de la actividad eléctrica cerebral que indica la posible excitabilidad del cerebro y su localización

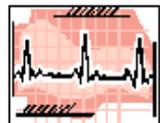
La epilepsia es una enfermedad tratable. Afortunadamente, casi dos tercios de las personas que la padecen pueden ser controladas con la medicación antiepiléptica.



## ANEXO 12

### INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

- FRENTE -

<p><b>Niños en el colegio:</b> Dado el desconocimiento general sobre lo que es la epilepsia, el niño con epilepsia puede sufrir una importante discriminación y rechazo por parte de profesores y compañeros.</p>  <p>Sin embargo, la epilepsia no tiene nada que ver con enfermedad o deficiencia mental</p> <p>Esto lo demuestran a fin de cuentas los enfermos de epilepsia considerados "genios", o sea hombres, que a pesar de las crisis epilépticas han demostrado tener unas dotes muy superiores al promedio, como Dostoievski, Van Gogh, Nobel, Lenin, Carlos V, etc)</p> <p>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS UNAM Se22-2209</p> 	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA</p>  <p>Dirección Fac. de Psicología: Av. Universidad 3004 Col. Copilco-Universidad C.P. 045 10 Coyoacán</p>	<p><b>¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?</b></p>   <p>Elaborado por: Psicoterapeuta Alma T. Téllez Romero</p>
--	---	---

# ANEXO 13

## INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

### - DENTRO -

**¿Qué es la epilepsia?**

La epilepsia es un término genérico que engloba un grupo de enfermedades que se caracterizan por manifestarse por crisis epilépticas.



Se manifiesta por la recurrencia de crisis espontáneas asociadas a una descarga eléctrica cerebral anormal, por una disfunción o un daño estructural del cerebro.

**¿Qué causa la epilepsia?**

Son muchos los factores que podrían estar relacionados con la epilepsia: (genéticos, ambientales, biológicos, etc) pero hasta el momento no se ha llegado a precisar lo que causa este padecimiento.



**Epilepsia y Familia**

La presentación de la epilepsia es un evento inesperado que sacude y altera el sistema familiar.



Los familiares, entran en un proceso que involucra varios estadios emocionales: negación, sentimientos de culpabilidad, enojo contra las instituciones donde se consulta, contra el médico y contra el mismo paciente.

Además, de enfrentarse a otros factores, como el económico, donde se puede sentir preocupación por los gastos médicos, por estudios y medicamentos



Los hermanos suelen manifestar sentimientos ambivalentes, de indiferencia o envidia ante las atenciones que recibe el enfermo, lo estigmatizan o bien lo sobreprotegen.



Dado el desconocimiento general sobre lo que es la epilepsia, el niño con epilepsia puede sufrir una importante discriminación y rechazo por parte de profesores y compañeros.



Sin embargo, la epilepsia no tiene nada que ver con enfermedad o deficiencia mental

## ANEXO 14

### INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

- FRENTE -

<p><b>Sugerencias Prácticas:</b></p> <p>Establezca rutinas claras y consistentes tanto en la escuela como en la casa</p> <p>Identifique aquellas cosas que pudieran ser estresantes para su hijo.</p> <p>Utilice áreas de trabajo donde no existan muchos distractores para que trabaje o haga la tarea.</p> <p>Haga contacto visual antes de decirle lo que usted desea</p> <p>Utilice instrucciones claras y concretas.</p> <p>En una libreta escriba claramente las cosas que desea que realice su hijo</p> <p>Cuando quiera que su hijo cambie de actividad, permita que identifique que se hará algo diferente, para que pueda escucharlo cuidadosamente</p> <p>Otorgue a su hijo pequeños estímulos, cuando se muestre capaz de concentrarse y desee terminar la tarea.</p>	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA</p>  <p>Dirección Fac. de Psicología: Av. Universidad 3004 Col. Coyoacán-Universidad C.P. 04510 Coyoacán</p> <p>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS UNAM 5622-2309</p> 	<p>¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN ? (TDA)</p>  <p>Elaborado por: Psicoterapeuta Alma T. Téllez Romero</p>
---	---	---

# ANEXO 15

## INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO CLÍNICO

### - DENTRO -

1. El Trastorno de Déficit de Atención (TDA), anteriormente llamado hiperquinesia o **disfunción cerebral mínima**, es uno de los trastornos mentales más comunes.



Los comportamientos más comunes son: falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

**¿Qué lo causa?**

Esta es una de las primeras preguntas que hacen los padres cuando se enteran de que su hijo tiene un trastorno de atención. Pero hasta el momento nadie sabe con certeza que es lo que causa el TDA



Una teoría, fue que todos los trastornos de atención y dificultades de aprendizaje eran causados por lesiones leves a la cabeza o daño imperceptible al cerebro, quizás como resultado de infección temprana o complicaciones al nacer.

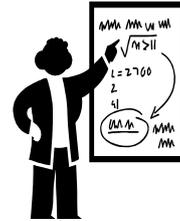


En base a esta teoría, por muchos años ambos trastornos fueron llamados "**mínima disfunción cerebral**" o "**mínimo daño cerebral**". Sin embargo esta teoría fue rechazada, "no toda persona con TDA tiene una historia de trauma en la cabeza o complicaciones de nacimiento



**¿Cuáles son las opciones educativas?**

Muchas de las estrategias, se basan en técnicas de observación y control de su propia atención y comportamiento.



No es ninguna sorpresa que muchos niños con TDA tengan problemas en clase. Sus mentes son plenamente capaces de aprender, pero su hiperactividad y falta de atención hacen que el aprendizaje les sea difícil. Afortunadamente, con la combinación apropiada de: prácticas educativas, medicación y ayuda psicológica, estos resultados se pueden evitar