



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Reporte de experiencia profesional
para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JUDITH MURILLO PALACIOS

Directora: Mtra. Silvia Vite San Pedro

Jurado de examen: Mtra. Luz Ma. Rocha Jiménez

Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Mtro. Ignacio Ramos Beltrán

Mtra. Carolina Díaz Walls – Robledo

Mtra. Ma. Elena Rivera Heredia

Mtro. Jorge Molina Avilés

México, D. F.

Mayo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A los ausentes que siempre estarán presentes...

Tía Elia, cumpliré a capa y espada tu misión encomendada, eres irremplazable...

Ya estamos tomando ponche, ya estamos cenando, ya se levanta, ya toma la copa en su mano y ya dice las palabras que nos tienen sujetos ahora de las manos diciendo Salud por **Papá Pancho...**

Y ahora que estás con el Señor, continuamos dando las gracias por caminar en tu camino y de tus manos, damos gracias por tu tiempo con nosotros, damos gracias por lo que fuiste dejando en cada uno de nosotros que ahora nos permite caminar solos, pero con tu vida en nuestro corazón, gracias **Mamá Yaya...**

Viejo Rey, a pesar de la lejanía de tu nuevo reino, espero puedas ser testigo de que tu P. S. de I. ha terminado sus deberes estudiantiles, **Papá** finalmente iré a dormir, imaginando que me tapas con la frazada y acaricias mi cabello hasta quedar dormida...

AGRADECIMIENTOS

A **Cuca**, por tu eterno apoyo y amor. Finalmente, compañera del Viejo Rey he terminado mis deberes estudiantiles, sabiendo que desde tu habitación real ves apagarse la luz contenta por el logro compartido. Gracias por ser mi maestra, mi ejemplo y mi madre.

A la **UNAM** por ser la madre de mi formación académica.

A mis **Profesores**, por los conocimientos compartidos y por mostrar un gran compromiso docente.

A **las Familias** atendidas, por todos los aprendizajes que promovieron y enriquecieron mi formación personal y profesional.

A **Denisse**, mi compañera de estudio, coterapeuta, colega, amiga: tu compañía y apoyo en las tormentas ha sido invaluable. Gracias por enseñarme el verdadero valor de la amistad.

A **mis hermanos**, por su apoyo y amor incondicional.

| | |
|--|----|
| INDICE | |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| <u>CAPÍTULO I.- CAMPO PSICOSOCIAL</u> | |
| I.1.- ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR | 7 |
| I.1.1.- Características del Campo Psicosocial | 7 |
| a) Contexto Social | 9 |
| b) Contexto Familiar | 12 |
| c) Modelo de Sistema Social | 14 |
| d) Efectos de los factores sociales exosistémicos sobre las problemáticas sociales macro y microsistémicas | 15 |
| I.1.2.- Principales problemas que presentan las familias | 16 |
| a) Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” | 18 |
| b) Población atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro | 21 |
| c) Incidencia del Terapeuta Familiar | 24 |
| I.1.3.- La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada | 26 |
| I.2.- CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO | 30 |
| I.2.1.- Escenarios | 30 |
| a) Centro de Servicio Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” | 30 |
| I.2.2.- Análisis sistemático de los escenarios | 32 |
| a) Centro de Servicio Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” | 32 |
| b) Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” | 34 |
| i) Reporte de Prácticas de Postgrado | 37 |
| I.2.3.- Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico | 40 |
| <u>CAPÍTULO II.- FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR</u> | 43 |
| II.1.- ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO | 43 |
| a) Historia de la Terapia Familiar | 43 |
| I) El Contexto del surgimiento | 44 |
| II) Los Iniciadores | 45 |
| III) El desarrollo | 47 |
| IV) Del Posmodernismo a la Actualidad | 48 |
| II.1.1.- Análisis teórico conceptual de los Fundamentos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna | 50 |

| | |
|--|-----|
| a) Epistemología de las nuevas ideas | 51 |
| i) Teoría General de Sistemas | 52 |
| ii) Cibernética | 55 |
| iii) Teoría de la Comunicación Humana | 59 |
| iv) Constructivismo y Construccinismo Social | 64 |
| II.1.2.- Análisis de los principios teóricos metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: | 70 |
| a) Modelo Estructural | 70 |
| b) Estratégico | 75 |
| c) Terapia Breve | 81 |
| d) Escuela de Milán | 86 |
| e) Centrado en Soluciones | 91 |
| f) Narrativa | 96 |
| g) Colaborativa | 100 |
| <u>CAPÍTULO III.- DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES</u> | 106 |
| III.1.- HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS | 106 |
| III.1.1.- Integración de expedientes de trabajo clínico por familia | 106 |
| Caso 1.- Familia B. V. | 108 |
| Caso 2.- Familia C. R. | 114 |
| Caso 3.- Familia C. L. | 120 |
| Caso 4.- Familia G. L. | 129 |
| i) Conclusiones de la práctica clínica | 140 |
| III.1.2.- Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con familias | |
| Caso 1.- Familia B. V. | 113 |
| Caso 2.- Familia C. R. | 118 |
| Caso 3.- Familia C. L. | 126 |
| Caso 4.- Familia G. L. | 135 |
| III.1.3.- Análisis del Sistema Terapéutico Total en escenarios de trabajo clínico | 142 |
| a) Sistema Terapéutico Total | 142 |
| b) Terapeuta -Equipo Terapéutico – Supervisor | 142 |
| c) Terapeuta – Familia – Equipo Terapéutico | 145 |
| d) Familias | 146 |
| e) Terapeuta | 147 |
| III.2.- HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN | 149 |
| III.2.1.- Reportes de investigación | 149 |
| a) Investigación Cuantitativa “ <i>Diferencias en la Estructura Familiar entre las familias sin discapacidad y aquellas con algún integrante con</i> ” | 149 |

| | |
|---|-----|
| <i>parálisis cerebral</i> | |
| b) Investigación Cualitativa “Estudio de caso:¿Cuál es el papel de la familia como red de apoyo en el proceso de rehabilitación?” | 164 |
| III.3.- HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA | 173 |
| III.3.1.- Productos Tecnológicos: | 173 |
| Material Didáctico “ <i>Elaboración del Proceso de Duelo con un enfoque Constructivista</i> ” | |
| III.3.2.- Programa de Intervención Comunitaria | 173 |
| a) Taller 1.- Taller para padres “ <i>Estrategias para una comunicación familiar efectiva</i> ” | 173 |
| b) Taller 2.- Taller para padres “ <i>Etapas del ciclo vital y estrategias para una comunicación familiar efectiva</i> ” | 174 |
| III.3.3.- Presentación del trabajo clínico y/o de investigación en foros académicos | 176 |
| a) IV Congreso de Investigación Formativa | 176 |
| b) Primera Jornada Clínica | 177 |
| III.4.- HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL | 178 |
| III.4.1.- Consideraciones éticas que emerjan de la practica clínica | 178 |
| i) Habilidades desarrolladas en la Residencia | 180 |
| <u>CAPÍTULO IV.- CONSIDERACIONES FINALES</u> | 186 |
| IV.1.- Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas | 186 |
| IV.2.- Incidencia en el campo psicosocial | 188 |
| IV.3.- Análisis del sistema terapéutico total | 188 |
| IV.4.- Reflexión y análisis de la experiencia | 189 |
| IV.5.- Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo | 190 |
| REFERENCIAS | 193 |
| ANEXOS | |
| Anexo 1.- Lista “ <i>Familias atendidas por los 10 Residentes en Terapia Familiar</i> ” | 202 |
| Anexo 2.- Material Didáctico: “ <i>Elaboración del Proceso de Duelo con un enfoque Constructivista</i> ” | 206 |
| Anexo 3.- Carta descriptiva: Taller para padres “ <i>Estrategias para una comunicación familiar efectiva</i> ” | 217 |
| Anexo 4.- Carta descriptiva: Taller para padres “ <i>Etapas del ciclo vital y estrategias para una comunicación familiar efectiva</i> ” | 220 |

INTRODUCCIÓN

El estudio y entendimiento de la conducta humana ha sido motivo de investigación, a través de diversas generaciones y disciplinas científicas principalmente de las ciencias de la salud. Los resultados hasta la fecha establecen la conclusión de que dicho estudio debe ser realizado dentro del *Contexto* en el que se desarrolla cualquier individuo, de tal forma las interacciones humanas cobran significado cuando son vistas en el *marco relacional* adecuado.

Anteriormente, se consideraba que cada individuo era responsable de su conducta al señalar una linealidad conductual en donde sólo se marcaba un determinismo causal de algunos comportamientos sin tomar en cuenta los contextos o ámbitos en los que se encontraba el ser humano.

El estudio de las *Familias*, como unidad de desarrollo individual y social dio origen a la *Terapia Familiar*, disciplina surgida a partir de los años 30's gracias al interés de psiquiatras, médicos y otros científicos por conocer los orígenes de ciertas patologías psicóticas demandantes de atención clínica de esa época. *La Teoría General de Sistemas* junto con las ideas innovadoras de la *Cibernética* contribuyeron a la creación de esta nueva forma de abordar ciertas problemáticas familiares que hasta ese momento no habían sido entendidas adecuadamente.

Gracias a esta nueva epistemología se pudieron abordar las problemáticas clínicas con una visión *sistémica, relacional y circular*, dejando de lado la visión lineal y causal de la psicología y psiquiatría de los años 40's, incapaz hasta ese momento de descifrar los comportamientos sintomáticos. Con esta nueva visión la familia era entendida como un *sistema con características de regulación propias* capaz de mantener la homeostasis a través de comportamientos sintomáticos o patológicos, en los que los aspectos *comunicacionales y relacionales* cobraban más importancia y eran la clave de la comprensión de muchos problemas familiares. Así, la experiencia de observar la *dinámica familiar* desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia.

La creación de diversas Escuelas y Centros de Atención a familias a lo largo de 30 años, tanto en EUA como en algunas ciudades de Europa, Nueva Zelanda y Oceanía, dieron origen a diversos Modelos Terapéuticos, cuyos conocimientos y aportaciones derivaron en un gran bagaje de técnicas de evaluación e intervención clínica, herramientas de gran utilidad al ser aplicadas para dar solución a ciertas problemáticas generadas en ambientes familiares y sociales disfuncionales.

La experiencia en México en materia de Terapia Familiar surgió a partir del trabajo realizado por el Dr. Raymundo Macías, en colaboración con los doctores Roberto Derbez y Lauro Estrada, al establecer en 1969 el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana. Actualmente, la Universidad de las Américas (UDLA), el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) y el Instituto de la Familia, A. C. (IFAC) son algunas de las instituciones privadas en las que se imparte este tipo de especialización.

La Educación Pública a través de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, consciente de las necesidades de atención clínica creó la Maestría en Terapia Familiar, espacio de formación para futuros terapeutas familiares con un programa académico de 145 créditos totales, 103 en actividades propias de la Residencia (Práctica Clínica Supervisada) en Sedes Clínicas y 42 con actividades de Tronco Metodológico a cubrir a lo largo de 2 años.

El presente Reporte resume la experiencia derivada de la formación como Terapeuta Familiar en la institución de educación pública antes mencionada, como miembro de la generación 2003-2005. Se desarrollará a lo largo de 4 capítulos en los que se expondrán aspectos relacionados al Campo Psicosocial y las problemáticas en las que incide el Terapeuta Familiar, la caracterización de los Escenarios Clínicos, Fundamentos y Modelos de Terapia Familiar, el desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales y se concluirá con la exposición de las habilidades teórico conceptuales, clínicas, de investigación y enseñanza, de prevención y de ética y compromiso social derivadas de esta especialización profesional.

CAPITULO I

CAMPO PSICOSOCIAL

I.1.- ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

I.1.1.- Características del Campo Psicosocial

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

Actualmente, las funciones que desempeña una familia se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual está relacionado con la evolución demográfica y con las transformaciones en los procesos de organización y reproducción de la sociedad. El desarrollo del sector de los servicios, el avance tecnológico, la urbanización y la modificación de las relaciones entre lo público y lo privado, han llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban al interior de las familias.

En el caso de México, aunque también en el de muchos otros países, la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles. Frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales. Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. En particular, las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejen de asistir a la escuela, vivan en condiciones muy desfavorables y se expongan, cada vez más, a riesgos como la drogadicción,

la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (INEGI, 1999).

De igual manera las familias mexicanas han sufrido modificaciones en las últimas décadas, hay una disminución moderada de los hogares nucleares así como un ligero aumento en el porcentaje de hogares unipersonales. La presencia de los hijos en los hogares familiares se ha reducido y en cambio ha aumentado la de otros parientes. Prevalecen las jefaturas masculinas en ocho de cada diez hogares; a su vez los hogares con niños muestran una tendencia al incremento de la jefatura femenina y a la reducción de su tamaño. La condición de ocupación del jefe y su cónyuge permiten observar que los hogares han experimentado cambios en los últimos años, al reducirse la proporción de aquellos en los que sólo el jefe trabaja e incrementa de manera importante la de hogares en que el jefe y la cónyuge trabajan, generando con esto nuevas dinámicas familiares en las que los varones tienen mayor participación en las labores del hogar (INEGI, 1999).

Al mismo tiempo, la situación económica general ha provocado que muchas familias estén adoptando estrategias tendientes a reducir o mitigar el impacto del desempleo y de los bajos salarios. Estas estrategias de adaptación involucran tanto a la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias extensas, más allá de los muros de la vivienda.

De hecho, se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema de jefe de familia como proveedor único, está cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar.

Estas transformaciones se manifiestan hasta cierto punto, en la estructura y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad de actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales (INEGI, 1999).

Otras de las transformaciones sociales que se están percibiendo de forma alarmante es el incremento de los actos violentos ya sean intra como extrafamiliar. La Encuesta sobre

Violencia Intrafamiliar – ENVIF, reveló que de los 4.3 millones de hogares de la Zona Metropolitana uno de cada tres hogares sufre algún tipo de violencia intrafamiliar. Por cada 100 receptores de violencia, 96 son mujeres y 4 son hombres. De los generadores de violencia, nueve de cada 100 son mujeres y 91 hombres (INMUJERES, 1999).

También se pudo identificar que en los hogares donde se detectó maltrato emocional, sus expresiones más frecuentes fueron los gritos (86%), el enojo fuerte (41%) y los insultos (26%). En los 215 mil hogares donde se detectaron intimidaciones, éstas se expresaron en actos como empujones (46%), jalones (41%) y amenazas verbales (38%). Asimismo, en aquellos hogares en donde se identificó violencia física (147 mil), las formas que asumió este tipo de violencia fueron golpes con el puño (42%), bofetadas (40%), golpes con objetos (23%) y patadas (21%). Cabe señalar que los tipos de violencia no son excluyentes.

La pobreza como marcador social tiene diversas manifestaciones de importancia, que van desde la falta de ingresos y de recursos reproductivos suficientes para garantizar un nivel de vida sostenible, hasta el hambre, la desnutrición y la mala salud, así como la falta de acceso a la educación, la vivienda y otros servicios básicos (García, 1995).

Es reconocido que la violación deliberada de las normas para la convivencia en sociedad, el desempleo y las escasas oportunidades de contar con remuneraciones adecuadas pueden ser algunos de los factores que generen altos índices de delincuencia. De ahí que la inseguridad se haya convertido en una gran preocupación de la sociedad mexicana hoy en día.

Las estadísticas mexicanas ponen de manifiesto no sólo variaciones relativas a la estructura y composición hogareña y familiar, sino también nos dan a conocer indicadores importantes en materia social. A continuación se presentan algunos datos obtenidos del XII Censo de Población y Vivienda del año 2000 realizado por el INEGI que reflejan parte de la realidad mexicana y con esto el tipo de problemáticas sociales más frecuentes los cuales servirán de soporte a la información aquí analizada.

a) CONTEXTO SOCIAL

- A finales del siglo XX la población mexicana ascendía a 97.4 millones de habitantes, la creciente urbanización de su población llevó a ser una sociedad eminentemente urbana.

- Las pautas migratorias se han transformado, pasando de un patrón rural-urbano con pocos destinos, a una mayor diversificación de los movimientos, donde cobran relevancia los urbano-urbano, metropolitano-urbano, rural-urbano-metropolitano y rural-rural. Asimismo, se han dado cambios importantes en las características socioeconómicas de los migrantes (la proporción de migrantes absolutos es de aproximadamente uno de cada cinco).
- La dinámica del estado civil de la población muestra que desde 1960, el peso relativo de las personas solteras, unidas y desunidas se ha mantenido casi constante, con 4 célibes, 5 unidas y 1 desunida por cada 10 personas de 12 años y más de edad.
- Las separaciones y los divorcios son más frecuentes en los últimos años y hay más mujeres que hombres en esta situación, lo que en parte se explica por la mayor tendencia de los varones a contraer segundas o posteriores nupcias (Velasco, 2004).
- El porcentaje de población alfabeta ha crecido en forma constante, al igual que la asistencia a la escuela y la proporción de población de 15 años y más con educación postsecundaria; en el mismo sentido apunta la reducción paulatina del porcentaje de población de 15 años y más sin instrucción o con primaria incompleta.
- Hay un cambio en el patrón epidemiológico nacional al pasar de un patrón de mortalidad dominado por enfermedades infecto-contagiosas a otro con el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas; las defunciones por accidentes y violencias se han triplicado en tan sólo 69 años, al representar en el último de los años 12.3%.
- El SIDA es otra enfermedad que en términos de epidemia se ha incrementado (el mayor número de casos diagnosticados se registraron entre 1994 y 1995, 4 118 en promedio; para 1999 se diagnosticaron 1 094).
- Las adicciones en especial las de población joven han cobrado importancia por sus implicaciones sociales (de 1980 a 1999) se ha incrementado en cuatro veces la población que se atiende en centros de desintoxicación (de 3 900 a 17 100) y las consultas promedio por joven se han duplicado de 6.6 a 13.2.

- Dos de cada 100 mexicanos tienen alguna discapacidad, y son los adultos mayores los que registran las proporciones más altas de discapacidad (13.9%). A nivel nacional 44.9 % de las discapacidades son motrices, 28.6 % visuales, 16.5 % auditivas, 14.6 % mentales y 4.5 del lenguaje; en relación a la causa que las originó, de cada 100 discapacidades 32 fueron por enfermedad, 23 por vejez, 19 desde el nacimiento, 18 por accidente y dos por otra causa.
- El volumen de población económicamente activa en las últimas siete décadas aumentó de 5.2 millones a 39.8 millones, lo cual muestra que un número cada vez mayor de población en edad de trabajar se incorporó al mercado laboral.
- El número de presuntos delincuentes y delincuentes sentenciados aumentó en más del doble; en el caso de las mujeres presuntas delincuentes la cifra se triplicó, ya que pasó de poco más de 6 mil a más de 19 mil de 1980 a 1999, mientras que las delincuentes sentenciadas pasaron de más de 5 mil a poco más de 13 mil).
- La información relativa a intentos de suicidio y suicidios, indica que para 1999 poco más de la mitad de la población que intentó suicidarse eran mujeres, en cambio, 85% de los suicidios ocurridos fueron de hombres. La principal causa de intentos de suicidio y suicidios es el disgusto familiar, seguido por la causa amorosa. El medio más utilizado en los intentos de suicidio es la intoxicación y para suicidarse el estrangulamiento; la casa habitación es el sitio más común en ambos casos.
- De las mujeres que viven con su pareja en el mismo hogar, el 44% reportó algún incidente de violencia emocional, física o sexual en los 12 meses anteriores a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares - ENDIREH (INMUJERES, 2003).
- En los últimos 10 años se han creado diversas instituciones no gubernamentales (INMUJERES, DIF, PUEG) que han creado Programas de Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres y con esto promover un abordaje en búsqueda de la equidad de género, lo que pretende *eliminar las desigualdades que impiden a las mujeres alcanzar una salud integral*, ya que salta a la vista que entre mujeres y hombres difieren significativamente las necesidades y los riesgos, así como el acceso a los servicios.

- De este 44% más de la mitad padece al menos dos tipos de violencia distintos, uno de los cuales es la violencia psicológica. El 35.4% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia emocional. El 27.3% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia económica. El 9.3% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia física. El 7.8% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia sexual.

b) CONTEXTO FAMILIAR

- Las mujeres se están divorciando mayoritariamente entre los 25 y los 34 años, con una tendencia sostenida a retrasar el divorcio, pasando cada vez más las divorciantes de 35 a 44 años. Asimismo es visible el aumento de los divorcios en las parejas que tienen una duración promedio de matrimonio de 10 años o más.
- Hay una ligera disminución de los hogares de tipo nuclear (en 1976 el porcentaje de hogares nucleares era de 71%, mientras que para 1995 representaba 68.4%).
- Un consecuente incremento de hogares extensos y de personas solas (hogares unipersonales, la proporción de personas solas pasó de 4.2 a 5.4%) (Tuirán, 1994).
- Los hogares de tipo monoparental muestran una tendencia ascendente (de 6.8% a 8.5%); en cambio, las unidades domésticas conformadas por ambos padres y sus hijos (de 58.1% a 52.8%) (Tuirán, 1994).
- La creciente proporción de hogares dirigidos por mujeres (era de 13.5% en 1976 a 17.6% en 1995). La prevalencia de estos hogares es mayor en las zonas más urbanizadas, donde llegan a representar alrededor de 20% (López, 1994).
- La jefatura femenina asumida por la pérdida de cónyuge (viudez) disminuyó en términos relativos como consecuencia del incremento de jefas observado entre las mujeres de 25 a 49 años que disuelven sus uniones.
- La reducción del número de miembros es otro de los cambios más importantes de tipo estructural ocurridos en las familias mexicanas (en el periodo 1970 – 1995 el tamaño de los hogares familiares pasó de 5.2 a 4.8 miembros), explicado, en gran medida, por

el descenso de la fecundidad y por el uso de métodos anticonceptivos, sobre todo entre las mujeres con edades entre 35 a 39 años.

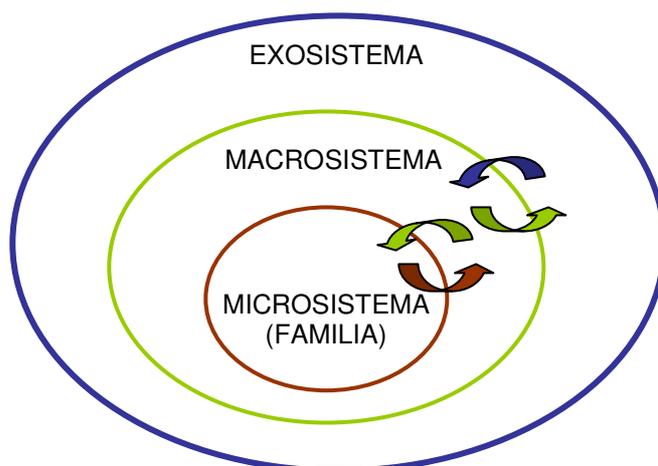
- La reducción en el tamaño de las familias ha surtido efectos sobre la organización familiar al modificar los ritmos de vida de sus miembros. La carga de trabajo de las mujeres, atribuible a las responsabilidades en los cuidados de los hijos, disminuyó gracias a la reducción de la prole (en 1970 una madre pasaba alrededor de 20 años con responsabilidades de crianza y cuidado de hijos menores de 5 años; hoy día, las mujeres que inician apenas su reproducción, ocuparán en promedio 12 años en estas actividades) dando la oportunidad de integrarse a cuestiones laborales (CONAPO, 1995).
- El nivel de instrucción y las “aspiraciones de vida” constituye dos de los factores que diferencian más claramente las preferencias reproductivas de las mujeres. Actualmente, aquellas que han aprobado algún año de la secundaria señalan un número ideal menor en casi dos hijos, a las mujeres sin instrucción alguna (2.7 y 4.5 hijos respectivamente).
- El aumento en la esperanza de vida de la población afecta también la estructura y tamaño de las familias (en 1930 la esperanza de vida era de 36 años, en 1997 se había elevado a 73.6 años). Este hecho ha implicado que, hoy día, las familias cuenten con una mayor presencia de personas adultas y ancianas en el hogar.
- El alargamiento en la esperanza de vida ofrece la opción de más tiempo de vida en pareja. En la primera mitad del siglo la posibilidad de vivir en pareja se estimaba en poco menos de 20 años; ahora en ausencia de divorcio o nuevas nupcias, es posible suponer que una persona puede aspirar a vivir más de 40 años en vida conyugal (Tuirán, 1994).
- La salida de las mujeres al mundo público del trabajo ha propiciado la modificación o redefinición de las posiciones y actividades entre los miembros del grupo doméstico, en muchos casos este hecho suele contribuir a generar una fuente de tensión especialmente entre la pareja (García y Oliveira, 1995).

- Las percepciones de la mujer sobre “sus aspiraciones de vida” ya no se centran en la maternidad, cerca del 48% percibe como máximo logro estudiar, trabajar y ser autosuficientes.

Al analizar la información del INEGI (2000) y de López y Salles (1992) se conoce cuales son los efectos que a nivel microsistémico tiene el contexto social en el que se encuentran inmersas la mayoría de las familias mexicanas. A continuación se expone el Modelo del Sistema Social de Bronfenbrenner (1987)¹ que ha sido seleccionado para ilustrar gráficamente la relación entre los subsistemas.

c) MODELO DE SISTEMA SOCIAL

Bronfenbrenner a partir de su Concepción Ecológica describe el Modelo de Sistema Social, el cual permite comprender la influencia que tienen estos tres niveles como subsistemas relacionales, ocasionando efectos tanto a nivel individual (integrantes de una familia) como a nivel social (instituciones y sociedad).



El **exosistema** comprende el trabajo y los servicios prestados por las instituciones intermedias (escuela, trabajo, autoridades gubernamentales, instituciones de salud, policíacas, etc.) como espacios simbólicos en los que el individuo está inmerso.

El **macrosistema** estará conformada por la sociedad, la cultura, los mitos, el aprendizaje social de roles genéricos obtenidos de la relación con los otros.

El **microsistema** incluye a la familia como espacio simbólico y de interacción en la búsqueda de un fin individual.

¹ Tomado de Corsi (1994).

Un sistema relacional es definido como un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio de estado en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente. Lo que nos permite definir la recursividad del cambio, que de darse a nivel exo y macrosistémico tendría sus efectos a nivel micro, esto es en las familias y viceversa.

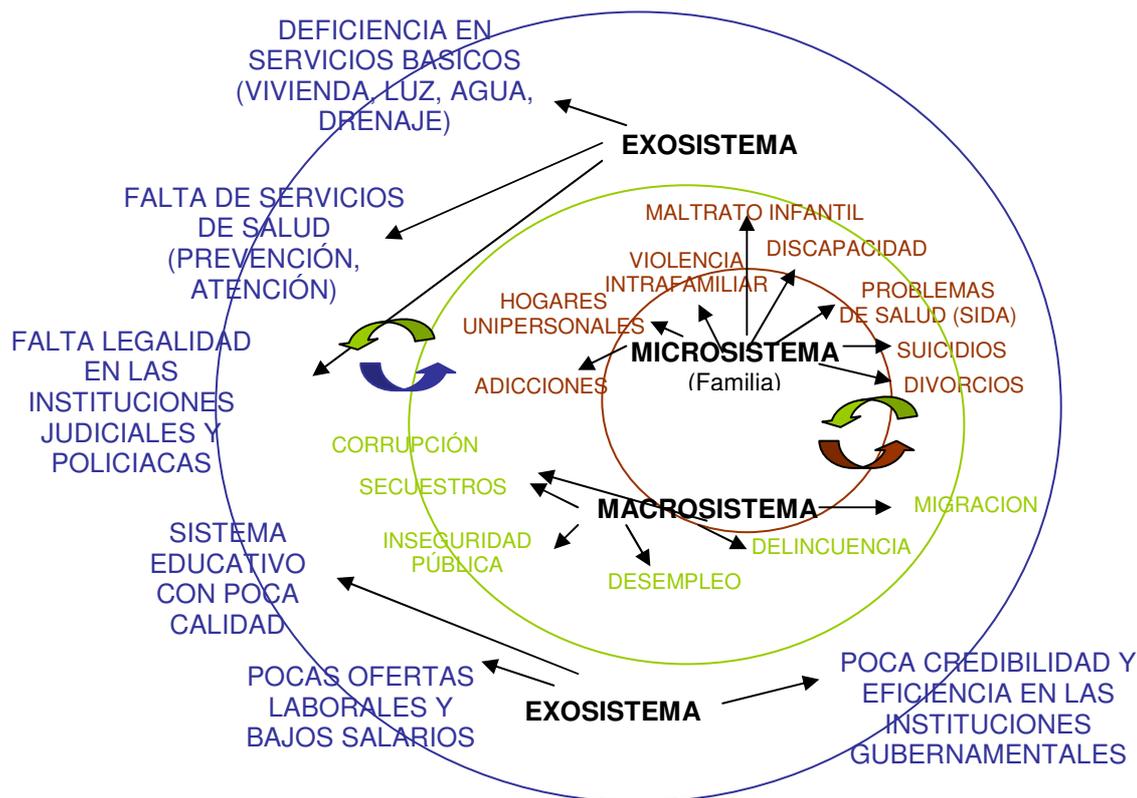
En la investigación sistémica pierde importancia lo que se refiere a la estructura interna de las diversas unidades, tomadas aisladamente y en cambio adquiere relieve y es objeto de búsqueda lo que ocurre entre las unidades del sistema (Andolfi, 1977).

La familia en tanto instancia de socialización se ubica antes que otro cualquier sistema social. La familia es un sistema entre otros sistemas, la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado será un elemento indispensable para la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de éstos.

Se puede considerar a la familia como un sistema abierto (sistema que intercambia materiales, energías o informaciones con su ambiente) constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior (macrosistema y exosistema). De la misma manera se puede considerar que todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica (la unidad cambia entonces según el sistema analizado) (Waltzlawick y cols., 1967).

d) EFECTOS DE LOS FACTORES SOCIALES EXOSISTÉMICOS SOBRE LAS PROBLEMÁTICAS SOCIALES MACRO Y MICROSISTÉMICAS

Retomando la información estadística antes expuesta podemos distinguir claramente las problemáticas sociales y los cambios a los que se ha tenido que adaptar la sociedad y las familias mexicanas. El siguiente esquema representa gráficamente como los tres niveles expuestos por Bronfenbrenner se convierten en subsistemas relacionales creadores de nuestra realidad social y del campo psicosocial en el que la Terapia Familiar está desarrollando parte de su práctica clínica diaria tanto a nivel institucional como privado.



I.1.2.- Principales problemas que presentan las familias

Si bien la problemática social expuesta en el apartado anterior son el reflejo del contexto social en el que están inmersas millones de familias mexicanas, la solución de sus problemas no siempre dependen de la disposición que tengan por salir adelante, hay un sinnúmero de variables que lo impiden y así vemos como sus problemas van de lo económico a diversos tópicos derivados del mismo, generando de manera relevante problemas de desajuste familiar el cual conlleva a su vez la necesidad de una atención específica.

En esta ocasión abordaremos el aspecto relacionado con los Servicios que el Sector Salud brinda a la población por ser del ámbito de competencia de Terapia Familiar Sistémica, tema objeto de estudio del presente reporte.

El escenario a que nos remite el Servicio de Salud es totalmente alarmante; a nivel institucional encontramos que básicamente es limitada para poder abarcar a toda la población demandante, y a su vez, la infraestructura existente adolece de los recursos tanto humanos como materiales para brindar una atención de calidad. Por otro lado el Servicio de Salud

prestado por particulares sólo es requerido por una mínima parte de la población general, debido a sus altos costos, es decir, resulta altamente elitista.

Por las razones antes expuestas, surgen otro tipo de instancias no gubernamentales prestadoras de Servicios, entre otros el de atención psicológica, así como de diversas instituciones académicas, como es el caso en particular de la Facultad de Psicología de la UNAM, quien a través del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”² atiende a un porcentaje de esta población.

Retomando datos estadísticos (proporcionados por la Coordinadora³) de todos los servicios ofrecidos por el CSP en sus diversas Residencias se sabe que: las edades de los pacientes se encuentran entre los 4 y los 69 años; de esta población el 72.2% es femenina y el 27.8% es masculina. Como lugar de procedencia un 50.4% es público en general, 6.1% son trabajadores administrativos de la UNAM y un 43.5% son estudiantes de la UNAM. La escolaridad estuvo representada en un 60% por alumnos de Licenciatura de diversas Facultades, un 6.1% fue de nivel primaria, un 1.7% nivel técnico y un 1.3% alumnos de posgrado.

² Nombrado como CSP en los siguientes párrafos

³ Coordinadora Lic. Rebeca Sánchez

a) CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “GUILLERMO DÁVILA”

Para este apartado se expondrán algunas características sobre las poblaciones atendidas a lo largo de mi formación como Terapeuta Familiar, tanto en el CSP como del Instituto Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” en el que realicé prácticas de Posgrado al finalizar los créditos.

Al analizar los datos no se expondrán las mismas variables ya que el tiempo de atención en las poblaciones fue diferente; los casos atendidos en el C. S. P. de la Facultad tuvieron un seguimiento de 2 años, mientras que la población del Hospital Psiquiátrico sólo fue atendida en un periodo de 6 meses, motivo por el que no se abordarán aspectos de la estructura de dichas familias.

POBLACIÓN ATENDIDA POR LOS ALUMNOS DE LA RESIDENCIA DE TERAPIA FAMILIAR

SEXO DE LOS PACIENTES

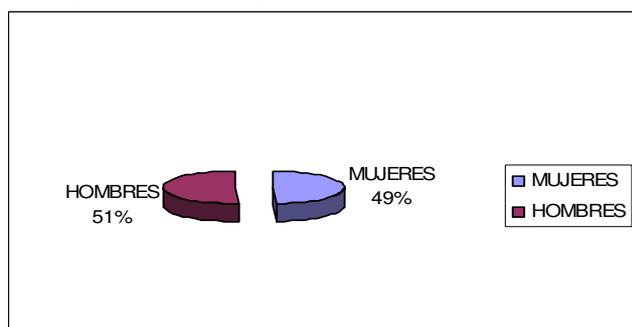


Gráfico 1

Como se aprecia en la gráfica la población atendida pareciera tener casi la misma demanda entre hombres y mujeres, siendo mínima la diferencia con un 2%. Para este análisis se consideraron a las personas que demandaron el Servicio.

EDADES DE LOS PACIENTES

| EDADES | FRECUENCIA | PORCENTAJES | EDADES | FRECUENCIA | PORCENTAJES |
|--------|------------|-------------|--------|------------|-------------|
| 5 | 2 | 4.25% | 33 | 1 | 2.12% |
| 8 | 1 | 2.12% | 34 | 1 | 2.12% |
| 9 | 2 | 4.25% | 36 | 1 | 2.12% |
| 10 | 2 | 4.25% | 38 | 2 | 4.25% |
| 14 | 1 | 2.12% | 40 | 1 | 2.12% |
| 15 | 2 | 4.25% | 41 | 2 | 4.25% |
| 16 | 2 | 4.25% | 42 | 4 | 8.51% |
| 18 | 2 | 4.25% | 43 | 2 | 4.25% |
| 19 | 2 | 4.25% | 44 | 1 | 2.12% |
| 21 | 2 | 4.25% | 45 | 1 | 2.12% |
| 22 | 1 | 2.12% | 46 | 1 | 2.12% |
| 23 | 1 | 2.12% | 47 | 1 | 2.12% |
| 26 | 2 | 4.25% | 51 | 1 | 2.12% |

| | | | | | |
|----|---|-------|--------------|----|--------|
| 28 | 3 | 6.38% | 54 | 1 | 2.12% |
| 32 | 1 | 2.12% | 69 | 1 | 2.12% |
| | | | TOTAL | 47 | 99.81% |

Tabla 1

Como se señala en la tabla las edades de esta población fluctuó significativamente entre los 5 y los 69 años, siendo la de mayor demanda los 42 representando un 8.51%, y los 28 años con un 6.38%.

MOTIVOS DE CONSULTA ATENDIDOS

| PROBLEMÁTICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|---------------|
| Problemas de pareja | 18 | 38.29% |
| Violencia | 7 | 14.89% |
| Relación padre-adolescente conflictivas | 6 | 12.76% |
| Rendimiento escolar bajo | 4 | 8.51% |
| Problemas de comunicación | 3 | 6.38% |
| Efectos del divorcio/separación | 3 | 6.38% |
| Infidelidad | 2 | 4.25% |
| Orientación familiar | 2 | 4.25% |
| Problemas conductuales infantiles | 1 | 2.12% |
| Inseguridad, culpa | 1 | 2.12% |
| TOTALES | 47 | 99.95% |

Tabla 2

Las problemáticas de pareja resultaron ser la demanda más frecuente con 18 casos y un 38.29%. Seguida por la violencia con 7 casos y un 14.89%; las relaciones conflictivas entre padre-adolescentes siguieron con 6 casos y un 12.76%. El bajo rendimiento escolar de los infantes representó un 8.51% con 4 casos y los problemas de comunicación y los efectos del divorcio compartieron el 6.38% cada uno. La infidelidad y la demanda de orientación familiar representaron el 4.25% y el único caso de inseguridad y culpa representó el 2.12% de la población atendida.

ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS

| ETAPAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|---------------|
| Pareja | 5 | 10.63% |
| Hijos en edad escolar | 8 | 17.02% |
| Hijos infantes | 3 | 6.38% |
| Hijos adolescentes | 7 | 14.89% |
| Hijos adultos jóvenes | 8 | 17.02% |
| Hijos infante y escolares | 3 | 6.38% |
| Hijos infante y adolescente | 3 | 6.38% |
| Hijos escolares y adolescentes | 5 | 10.63% |
| Hijos adolescentes y adultos jóvenes | 1 | 2.12% |
| Hijos adulto joven, adolescente y escolar | 1 | 2.12% |
| Hijos adulto joven e infante | 1 | 2.12% |
| Adulto mayor (3a edad) | 1 | 2.12% |
| Reencuentro | 1 | 2.12% |
| TOTAL | 47 | 99.93% |

Tabla 3

Como se puede apreciar en la tabla el comportamiento de las familias con respecto a su ciclo vital mostró una fluctuación en varias etapas; los hijos en edad escolar y los hijos adultos jóvenes fueron las más altas con un 17.02%. Le siguieron los hijos adolescentes 14.89% y las parejas 10.63%.

Los grupos con hijos en dos etapas de vida también representan otra característica de la población, siendo los escolares y adolescentes los que tuvieron mayores frecuencias.

Las familias con hijos adultos mayores no demandaron el servicio, lo que puede ser un indicador de que ya han formado sus propias familias y no tienen contacto con su familia de origen.

NÚMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA

| INTEGRANTES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|---------------|
| 1 | 3 | 6.38% |
| 2 | 7 | 14.89% |
| 3 | 10 | 21.27% |
| 4 | 19 | 40.42% |
| 5 | 5 | 10.63% |
| 6 | 3 | 6.38% |
| TOTAL | 47 | 99.97% |

Tabla 4

Como se puede apreciar en la tabla, la tendencia de las familias atendidas estuvo en las familias pequeñas (4 integrantes), siendo el 40% de dicha población.

El 21.20% estuvo integrado por las familias con 3 integrantes; las Parejas ocuparon un 14.89%; las familias con 5 integrantes solo fueron el 10.63% y las que estaban formadas por 6 integrantes contaban con la presencia de los abuelos teniendo el 6.38%, al igual que los hogares unipersonales.

TIPOS DE FAMILIA

| FAMILIAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| Nuclear | 21 | 44.68% |
| Extensa | 2 | 4.25% |
| Uniparental | 6 | 12.76% |
| En proceso de separación conyugal | 6 | 12.76% |
| Pareja | 5 | 10.63% |
| Reconstituida | 5 | 10.63% |
| Unipersonal | 2 | 4.25% |
| TOTAL | 47 | 99.96% |

Tabla 5

Las familias nucleares fueron las que destacan ocupando un 44.68% de la población atendida; las familias uniparentales y las familias cuyos cónyuges se encontraban en proceso de separación tuvieron la misma frecuencia y porcentaje; las parejas sin hijos y las familias reconstituidas también

compartieron frecuencias y porcentajes. Las familias extensas y las unipersonales tendieron a ser las menos frecuentes, con un 4.25% de la población.

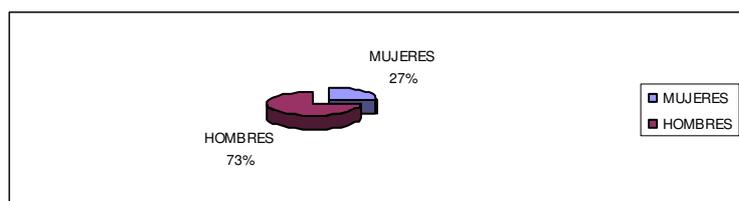
b) HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

En esta institución gubernamental del Sector Salud colaboré como Terapeuta Familiar durante 6 meses, periodo en el que tuve la oportunidad de elaborar estadísticas del trabajo realizado durante el año de 2005, del cual se retomarán algunas características descriptivas de esta población. Cabe señalar que no todos los hospitales del Sector Salud brindan este servicio, siendo los únicos el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Instituto de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

A continuación se presentan algunos datos propios de dicha población:

POBLACIÓN ATENDIDA EN EL SERVICIO DE TERAPIA FAMILIAR

SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS



Gráfica 2

Como se observa en la gráfica, dadas las problemáticas de salud mental atendidas en esta institución la población con mayor demanda estuvo representada por varones menores de edad.

EDADES DE LOS PACIENTES

| EDAD | FRECUENCIA | EDAD | FRECUENCIA |
|--------------|------------|--------------|------------|
| 6 | 8 | 7 | 2 |
| 8 | 8 | 9 | 2 |
| 10 | 7 | 12 | 2 |
| 5 | 6 | 15 | 2 |
| 14 | 5 | 16 | 1 |
| 11 | 3 | 17 | 1 |
| 13 | 3 | 4 | 0 |
| 3 | 2 | 18 | 0 |
| TOTAL | 52 | TOTAL | 52 |

Tabla 6

Como se aprecia en la tabla las edades relevantes se centraron en los 6, 8 y 10 años; los púberes y los adolescentes no mostraron una demanda de atención alta en comparación de los infantes. De igual forma a mayor edad menor frecuencia de demanda del servicio.

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA⁴

| MOTIVO DE CONSULTA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|-------------------|-------------------|
| Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad* | 24 | 40.67% |
| Problemas de Conducta* | 7 | 11.86% |
| Trastorno de Ansiedad | 6 | 10.16% |
| Trastorno Depresivo* | 5 | 8.47% |
| Retraso Mental | 2 | 3.38% |
| Trastorno Oposicionista* | 2 | 3.38% |
| Trastorno Disocial* | 2 | 3.38% |
| Trastorno de Alimentación | 1 | 1.69% |
| Ideación Suicida | 1 | 1.69% |
| Problemas de Lenguaje | 1 | 1.69% |
| Enuresis y Encopresis | 1 | 1.69% |
| Consumo de drogas | 1 | 1.69% |
| Psicosis | 1 | 1.69% |
| Inestabilidad Emocional | 1 | 1.69% |
| Amenorrea | 1 | 1.69% |
| Distimia | 1 | 1.69% |
| Trastorno Obsesivo compulsivo* | 1 | 1.69% |
| Trastorno Disociativo* | 1 | 1.69% |
| TOTAL | 59 | 99.89% |

Tabla 7

Si bien la Terapia Familiar no se encarga de diagnosticar problemas de salud mental, para fines institucionales se agruparon los motivos de consulta como lo muestra la tabla.

El motivo de consulta con mayor demanda de atención en Terapia Familiar fue el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad teniendo un 40.67% de los casos; los 7 casos de problemas de conducta infantil y adolescente resultaron en un 11.86%. El Trastorno de Ansiedad sumó 6 casos, ocupando un 10.16%, seguido por el Trastorno depresivo con 5 casos y un 8.47%. Los demás trastornos solo tuvieron un caso demandante de servicio.

RESUMEN

Fue mayor el número de familias nucleares en la población atendida en la UNAM, las etapas del ciclo vital fluctuaban entre hijos infantes e hijos adultos jóvenes y en algunos casos se tenían hijos en dos etapas diferentes.

En el Servicio de Terapia Familiar del Hospital Psiquiátrico Infantil la población atendida estuvo representada principalmente por amas de casa, madres solteras o empleadas con una escolaridad no mayor a carrera técnica a diferencia de la población en su mayoría con educación superior del CSP de la UNAM.

⁴ En esta tabla se marcan con asterisco los motivos de consulta de los pacientes atendidos en el periodo de Prácticas, los demás pacientes fueron atendidos fuera de este tiempo por la Dra. Becerril, encargada del Servicio de Terapia Familiar

En el caso de las madres solteras atendidas en el Hospital Psiquiátrico eran las encargadas de llevar al servicio a los menores y de cubrir mayormente las funciones instrumentales ya que las abuelas o algún otro familiar materno cubrían las funciones afectivas de los menores. En algunos casos se observaba a abuelas ejerciendo roles de maternaje por una incapacidad de la madre (problemas de adicciones, psiquiátricos, SIDA o muerte).

Dentro de las características observadas en ambas poblaciones se encontró el hecho de que muchos pacientes estaban inmersos en ambientes familiares con comunicación doblevincular, descalificatoria, en crisis por la transición en la etapa del ciclo vital y con problemas conyugales. Otro rasgo compartido fue en hecho de que la demanda inicial del Servicio estaba enfocada en problemas de un hijo y posteriormente tras una o dos entrevistas era notoria la problemática en el subsistema conyugal, descubriendo eventos de infidelidad, poco involucramiento afectivo e instrumental del padre, alcoholismo, falta de límites con la familia extensa.

CONCLUSIONES

Si bien las poblaciones antes descritas acudieron a instituciones diferentes, se podría decir que son muestras representativas del tipo de problemáticas sociales de la actualidad, puesto que las familias acudieron en busca del Servicio en un momento de crisis.

A pesar de que no se reportan los mismos motivos de consulta, en las dos poblaciones fueron frecuentes los problemas conyugales a pesar de las diferencias socioeconómicas y educativas de las familias atendidas.

La diferencia del sexo en cuanto a la demanda del Servicio de Terapia Familiar o Terapia de Pareja en la Facultad de Psicología fue mínima, lo que pudiera indicar que tanto hombres como mujeres se comprometen con el seguimiento de un proceso psicoterapéutico. Si bien se retomaron los datos de la persona que solicitó el servicio, los resultados indican que en ciertas ocasiones se concluye el caso sólo con la presencia de la madre y los hijos. La resistencia al cambio está presente tanto en hombres como en mujeres.

Debe señalarse que la canalización realizada en el CSP de la UNAM de pacientes a instituciones especializadas en materias de violencia, problemas del estado del ánimo – depresión mayor, trastorno bipolar y abuso sexual - provoca que las problemáticas de los

pacientes seleccionados para ser atendidos sean “más cuidadas” que los pacientes atendidos en una institución del Sector Salud, como en el caso del Hospital “Juan N. Navarro”, el cual cuenta con 10 Clínicas en diferentes especialidades para la atención de menores de edad con alteraciones psiquiátricas y de conducta.

Esto corrobora una vez más que es necesario la creación y/o ampliación de instituciones que brinden un servicio psicológico de calidad, capaz de cubrir las diversas necesidades que la población tiene.

Considero que el haber trabajado con una diversidad de características en estas poblaciones enriqueció mi práctica profesional, además de que los ritmos de trabajo fueron diferentes. Las situaciones en el Hospital requerían de una intervención inmediata dada la demanda de servicio; en cambio en el CSP se tenía un semestre para abordar la problemática de la familia. El aprendizaje de ambas sedes clínicas fue invaluable.

C) INCIDENCIA DEL TERAPEUTA FAMILIAR

En los últimos años ha sido evidente la participación de la sociedad en cuanto a la atención en la demanda de servicios que garanticen mayor seguridad y bienestar social. Así, diversas instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales (ONG's) han generado instancias que brinden servicios en materia legal y jurídica de tal forma que se generen reformas que promuevan una mejor convivencia social y una adecuada procuración de justicia. Las instancias en materia de salud como ONG's o Instituciones de Asistencia Privada que brindan servicios para atender a sectores desprotegidos de la sociedad (pacientes con SIDA, personas con discapacidad, asesoría a pacientes víctimas de violencia o abuso sexual) se han incrementado significativamente, generando nuevas alternativas de atención y con esto campos de acción para profesionistas especializados.

Las condiciones socioeconómicas actuales están derivando cambios y adaptaciones a nivel familiar, esto es en los últimos años se ha notado una disminución moderada de los hogares nucleares y ha habido un ligero aumento de los hogares unipersonales; también se reporta que la presencia de los hijos adultos jóvenes en los hogares se ha reducido y en cambio ha aumentado la de otros parientes generando familias extensas; la jefatura femenina se ha incrementado en los hogares con presencia de niños y se nota la reducción del tamaño

de las familias (INEGI, 2000). Todo esto en conjunto ha afectado a las dinámicas familiares y la funcionalidad de la misma.

Resulta importante señalar que las problemáticas sociales de hoy día deben ser abordadas considerando los aspectos bio-psico-sociales de todo individuo dentro de un abordaje Sistémico, ya que éste favorece la inclusión del sistema familiar en el proceso terapéutico optimizando los resultados en beneficio de todos y no solo de una persona, como tiende a ser el abordaje en algunas instituciones de Salud, resultando inadecuadas o poco efectivas ante la problemática familiar.

Esto lleva a reconocer la necesidad de brindar Servicios de Salud que contemplen a los Servicios Psicológicos y con esto poder abordar las variables asociadas a alteraciones psicológicas específicas, realizando un trabajo multidisciplinario junto con las otras disciplinas implicadas en los principales problemas de Salud Mental compartiendo aspectos éticos.

Es necesaria la participación de Terapeutas Familiares en el abordaje de las familias que presentan algún grado de disfuncionalidad derivada de crisis situacionales, crisis por la etapa del ciclo vital, pérdidas significativas, adicciones, problemas de salud, periodos de duelo o algún otro evento que desencadene cualquier tipo de alteración en su organización o funcionalidad. De ahí la importancia de promover la formación de psicólogos especializados dentro de esta metodología terapéutica capaz de ofrecer alternativas de solución.

El trabajo que desempeña un Terapeuta Familiar puede desarrollarse a nivel preventivo o a nivel de intervención, esto una vez que se tiene una demanda específica de atención. El trabajo comunitario también es otra área en la que se tiene incidencia a través de talleres, conferencias o aplicación de Programas Preventivos. La realización de trabajos de investigación clínica aportará datos significativos en el entendimiento de los comportamientos familiares derivados de alguna problemática específica y con esto se puede generar Modelos de Intervención o Programas Específicos que complementen el trabajo clínico a nivel privado o institucional.

La incidencia del Terapeuta Familiar se ha incrementado a nivel institucional pero desafortunadamente resulta insuficiente dadas las necesidades que la población demanda. Es

necesario incluir como parte de los Servicios de Salud a la Terapia Familiar para que con esto se realice un abordaje Sistémico de la problemática familiar y social.

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

La Terapia Familiar surge en torno a los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. John Bell acuña el término “*terapia familiar*” para designar una nueva modalidad terapéutica en la que se empezaba a trabajar con algunos integrantes de la familia como unidad de tratamiento.

La *Terapia Familiar Sistémica* como perspectiva teórica dentro del Pensamiento Moderno ve en las estructuras familiares una organización jerárquica que le es propia, considera que la familia existe independientemente de un posible observador, coloca al terapeuta en la posición del experto, y defiende el desarrollo familiar normativo como signo distintivo del funcionamiento y el crecimiento saludables de la familia (Lax, 1992).

Los factores clínicos que desencadenan su nacimiento concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de *observar la dinámica familiar* desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones e interacciones presentes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar como influyen tales relaciones en la patología del paciente.

Con esta nueva visión se pasa de las teorías psiquiátricas y psicoterapéuticas predominantemente individualistas a la creación de una terapia profundamente innovadora en la que se consideraban a la familia como una entidad sistemática en la que se empezaron a ver claras redundancias y distintas pautas de comportamiento y comunicación, que daban luz en el entendimiento de las familias de pacientes esquizofrénicos (primeros grupos de estudio).

En 1962 Nathan W. Ackerman y Don Jackson crean la revista Family Process (que se publica hasta la fecha) lo que contribuyó a consolidar la terapia familiar al reunir las aportaciones teóricas y clínicas del momento.

Nombres como Nathan Ackerman, Helm Stierlin, Murray Bowen, Lyman Wynne, Carl Whitaker, Theodore Lidz, Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley, Wiliam Fry, Don Jackson, Virginia Satir, Jules Riskin, Paul Watzlawick, Jean Beavin, son solo algunos de los precursores de esta nueva metodología terapéutica.

Los trabajos realizados por los precursores de la Terapia Familiar dieron pie al surgimiento de diversas Escuelas o Modelos Terapéuticos, tal es el caso de Salvador Minuchin con su Modelo Estructural; Milton Erickson, Jay Haley y Cloe Madanes con la Escuela Estratégica; Mara Selvini Palazzoli, Giulana Prata, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin con la Escuela de Milán; Don Jackson, Virginia Satir, Jules Riskin, Haley, Weakland, Watzlawick, Beavin con el Mental Research Institute y el Modelo de Terapia Breve; Steve de Shazer y su Modelo Centrado en Soluciones.⁵

A partir de la década de los 90's las ciencias sociales experimentaron cambios importantes debido a la creciente influencia y aceptación del *Pensamiento Posmoderno*. *La evolución del posmodernismo como teoría tuvo la influencia de diversas disciplinas como la filosofía, la psicología social, la crítica literaria, el movimiento feminista, la hermenéutica y la etnografía* (Bertrando, Toffanetti, 2004).

La *transición del pensamiento Moderno al Posmodernismo* significó la incorporación de diversos cambios. Retomando a Maturana y Varela (1987) las estructuras y las verdades universales ceden paso a una pluralidad de ideas sobre el mundo. La visión de las familias como sistemas homeostáticos es reemplazada por la idea de que los sistemas sociales son generativos y los estados de desequilibrio son productivos y normales (Elkaim, 1982; Hoffman, 1981).

En *este nuevo enfoque se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas* (y no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones), y se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él (Anderson, y Goolishian, 1988). Los terapeutas narrativos ven la terapia como una tarea de colaboración entre cliente y terapeuta situados ambos casi en un plano paralelo (Bertrando, Toffanetti, 2004).

⁵ Las Escuelas y Modelos Terapéuticos serán descritos ampliamente en el capítulo II

Esta epistemología modifica la visión de la familia puesto que ya no es el objeto de tratamiento, y tampoco se le considera con independencia del observador o como fuente de problemas, ahora es vista como una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados sociales.

Dentro de *los enfoques narrativos*, los terapeutas empezaron a mostrar un gran respeto por las ideas, los valores, las historias de los clientes, por todo lo que los clientes tienen que decir, más allá de las teorías y las hipótesis del terapeuta. El *papel de la Narración* en la práctica clínica y la analogía del texto como una metáfora de la experiencia humana resultan ser los pilares del trabajo desarrollado por White y Epston (1989).

El *medio terapéutico dentro de los enfoques posmodernos es el discurso y la conversación* con otros, entendiéndola como toda interacción entre personas en las que hay cierto “espacio compartido” y cierta interacción mutua. Dentro de este espacio compartido existe un sentido de comprensión en el que se generan significados de los pensamientos, sentimientos y acciones de los participantes. El texto resultante no es ni la historia del cliente ni la del terapeuta, sino una construcción de ambos. El terapeuta se convierte en un co-autor/co-constructor y su tarea consiste en co-generar un nuevo texto.

El trabajo del terapeuta consiste en unirse a los clientes en el desarrollo de una nueva historia de la vida, que les ofrezca una visión algo diferente de su situación, para llevarlos a otro discurso en el que el problema no existe, co-creando o co-escribiendo una nueva narración, sin imponerles una historia ni resaltar comportamiento “correctos”. Este tipo de terapia se dirige hacia un análisis de las modalidades de reflexión acerca del problema presentado.

En *la aplicación práctica se utilizan preguntas, reflexiones y cambios de posición como principales recursos terapéuticos*. La entrevista entre el terapeuta y la familia sigue el modelo de interrogatorio que fue introducido por el grupo de Milán y ampliado posteriormente por Penn (1982; 1985) y Tomm (1987). Muchas veces las preguntas están dirigidas a lo que Bateson describió como información o diferencias. Las preguntas no pretenden aportar una solución nueva sino crear una tensión que pueda conducir a una integración de las diferencias y/o al desarrollo de un nuevo relato (Lax, 1992).

El *enfoque conversacional* se basa en el no saber, base primordial de la terapia. Por tanto, es necesario escuchar historias de los clientes de un modo peculiar, implicándose en la conversación con el cliente. En éstas no hay ordenamientos jerárquicos, cada discurso se considera relevante si el participante así lo considera, y se asigna tanto valor al contexto de la conversación como a su contenido.

El *uso del equipo reflexivo* iniciado por Tom Andersen también marca una diferencia con los modelos Modernistas; para este autor su perspectiva teórica se halla entre la cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden. La cibernética de primer orden considera el problema como un hecho en sí mismo; el profesional lo descubre tal cual es y el trastorno tiene sólo una versión. En la cibernética de segundo orden, en cambio, el problema es intrínseco al contexto; el profesional trabaja sobre todo con el significado que la persona tiene del trastorno: este significado es visto por la persona como una de las posibles versiones del problema (Bertrando, Toffanetti, 2004).

Durante los dos últimos semestres de la formación como Terapeuta Familiar se aplicó este tipo de terapias a las familias y pacientes solicitantes de servicio en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Resultaron observables los cambios obtenidos tras la aplicación de este tipo de metodología terapéutica. La externalización del problema, esto es quitar la visión de que la persona es “el problema” y más bien reconocerlo como un agente con poder e influencia sobre la vida del paciente resultó ser una de las herramientas más útiles para promover el cambio.

Si bien no todos los problemas de salud pueden ser abordados exclusivamente con una metodología posmoderna, como es el caso de las alteraciones psicopatológicas (ya que las instituciones manejan intervenciones apegadas a la psiquiatría tradicional o bien en participación con otras disciplinas con metodologías sistémicas), si resulta una alternativa para afrontar ciertas problemáticas individuales relacionadas a aspectos de interacción y a aspectos relacionados con el autoanálisis. Es necesario generar un nuevo panorama de conciencia y de acción, esto es darse cuenta del problema y lo que resulta necesario para actuar de manera tal que se cree una historia alternativa fuera del problema presentado.

Las *terapias narrativas y colaborativas crean un espacio dialogal y conversacional en el que se retoman otros valores más “humanistas e igualitarios” hacia el paciente*, en donde la empatía, la cercanía y la curiosidad marquen las sesiones. La epistemología

posmoderna ha ganado terreno dentro del campo clínico internacional y poco a poco irá evolucionando de tal forma que llegue a ser la constructora de una realidad terapéutica diferente acorde a las necesidades y avances de la sociedad actual.

I.2.- CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

I.2.1.- Descripción de los Escenarios

A) CENTRO DE SERVICIO PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

El escenario clínico en el que se cubrieron las horas prácticas de la Formación en Terapia Familiar fue el Centro de Servicio Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, fundado el 28 de noviembre de 1983 y se encuentra ubicado en el sótano del edificio D, de Posgrado, en la Facultad de Psicología de la UNAM, con dirección en Av. Universidad 3004.

Tiene un horario de atención de 8:00 a 20: 00 hrs., de lunes a viernes.

Las *Instalaciones físicas* con las que cuenta el Centro son:

- 10 cubículos para terapia individual
- 4 cámaras de Gessell (equipadas con videocámaras, monitor y sistema de audio) para terapia familiar, de pareja, de grupo y talleres
- 3 cubículos para retroalimentación biológica
- 1 sala de espera
- 1 sala para terapeutas en la que se podrá contactar telefónicamente a las familias y discutir los detalles de la sesión terapéutica
- 1 cubículo para residentes
- 1 cubículo para archivo clínico y trabajo social
- 1 recepción
- 1 cubículo para la jefatura
- 1 cubículo para intendencia

Como *Objetivos*:

a) Apoyar y fortalecer la formación teórico – práctica de los alumnos, a través de los servicios psicológicos que la Facultad ofrece al público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.

b) Fortalecer la producción científica y la investigación en escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.

c) Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional, en foros científicos y en la comunidad.

d) Proporcionar servicios psicológicos de calidad a estudiantes, personal administrativo, familiares y público en general.

Las ***Principales Modalidades de Tratamiento*** son: Terapia Individual, Terapia Familiar, Terapia Grupal y Talleres

Las Residencias de Posgrado que atienden en el Centro de Servicios son:

- Terapia Familiar Sistémica
- Psicoterapia Infantil
- Psicoterapia de los adolescentes
- Medicina Conductual
- Psicología de las Adicciones

Los Servicios que se brindan son:

- Terapia Familiar
- Terapia de Pareja
- Taller a padres
- Retroalimentación biológica
- Modificación de hábitos alimenticios
- Terapia infantil
- Terapia a adolescentes
- Evaluación neuropsicológica
- Dictamen para guarda y custodia de niños en caso de divorcio
- Atención a enfermos crónico degenerativos
- Juego del optimismo
- Programa de atención a víctimas de violencia
- Programa de apoyo terapéutico por línea

- Ansiedad, depresión y adicciones

I.2.2.- Análisis sistémico de los escenarios

Personal y roles

El personal administrativo y clínico que brinda atención es:

| PERSONAL | FUNCIONES |
|--|--|
| • COORDINADORA DEL CENTRO | Académica de la Facultad de Psicología, cuya función principal es administrar tanto recursos humanos como materiales para el correcto funcionamiento del Centro |
| • 1 PROFESIONISTA TITULADA | Se dedica a canalizar las solicitudes de servicio psicoterapéutico que se llenan en el Centro a los diferentes programas, dependiendo de la problemática y motivo de consulta manifestados. Es la responsable de la <u>generación y control de los expedientes de los solicitantes</u> |
| • RECEPCIONISTAS (2 MATUTINO 1 VESPERTINO) | Son las encargadas de distribuir las solicitudes en los horarios destinados para ello, recepción de llamadas para dar información referente a los servicios dados al público en general y solicitantes, elaboración de documentos y justificantes para los pacientes |
| • TERAPEUTAS INDIVIDUALES | Profesores de la Facultad de Psicología adscritos al Centro que brindan atención psicoterapéutica |
| • 1 PERSONAL DE INTENDENCIA | Encargado de dar mantenimiento y limpieza de los espacios y cubículos del Centro |
| • SUPERVISORES ADSCRITOS | Pertencientes a cada Residencia de Posgrado encargados de dar asesoramiento a los procesos terapéuticos llevados a cabo por los alumnos de Posgrado |
| • TERAPEUTAS DE MAESTRÍA EN FORMACIÓN | Estudiantes de Posgrado inscritos en cada Residencia que brindan la atención psicoterapéutica bajo supervisión |

Sectores implicados

Los Sectores implicados en el cumplimiento del Servicio Psicológico son los siguientes:

1) Los **usuarios** que demandan el servicio llenan una solicitud en los horarios destinados para tal fin entregadas por las **receptionistas**. Una vez concluido el llenado pasan a una preconsulta realizada por residentes de las Maestrías en Medicina Conductual y Terapia Familiar.

2) Una vez concluida la preconsulta se juntan las solicitudes recibidas en el día; **los Residentes en Medicina Conductual** analizan las solicitudes y determinan si se da la atención en el Centro o en alguna otra institución. Esto dependerá del motivo de consulta y del tipo de atención que se está solicitando.

3) En el caso de que la demanda de servicio pueda ser cubierta dentro del Centro se canalizan las solicitudes a las **diferentes Residencias de Posgrado** que brindan sus servicios. Los casos en los que se refieran problemas de pareja, familiares o que de alguna manera esté involucrada la familia serán canalizadas a Terapia Familiar.

4) Ya que se tienen identificadas las solicitudes que serán canalizadas a las diferentes residencias éstas son registradas en una base de datos por la **profesionista titulada**.

5) Una vez que se han entregado las solicitudes a las diferentes áreas, los **terapeutas familiares** serán los encargados de contactar a la familia y dar una cita para la primera sesión, iniciando con esto el proceso psicoterapéutico.

6) El terapeuta asignado al caso será el encargado de la elaboración e integración del expediente clínico, esto será con un reporte de las sesiones y del material escrito que surja en ese espacio. Dependiendo de la modalidad de trabajo (individual, de pareja o familiar), del tipo de **Supervisión** (directa o narrada) y del Modelo terapéutico será la frecuencia de las sesiones.

7) Los casos en los que se da de Alta a la familia por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, o bien los casos en los que se da de Baja a la familia por deserción será reportado a la **Coordinación** para que se de un cierre del expediente clínico.

Fuentes de referencia

La procedencia de la población atendida comprende en un 50.4% público en general; el 6.1% son trabajadores administrativos de la UNAM y el 43.5% son estudiantes de la UNAM (de diversas licenciaturas).

También se atiende población canalizada de CENDIS, estudiantes de diversos niveles e instituciones públicas y privadas, del DIF y hospitales psiquiátricos entre otros.

Redes

Las instituciones a las que se remiten o canalizan a los pacientes son:

- Centros comunitarios dependientes de la UNAM;
- Clínicas especializadas (Centros de Integración Juvenil, Procuraduría de Abuso al Menor);
- Instituciones gubernamentales y privadas;

- Asociaciones civiles; y
- Consulta privada

Población atendida

Los 10 terapeutas familiares en formación atendieron un total de 47 familias⁶

B) HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

El Hospital se encuentra ubicado en la zona de hospitales al sur del D. F. (colinda con el Instituto Nacional de Cancerología). Cuenta con un inmueble amplio para atender una población infantil con padecimientos psiquiátricos o alteraciones conductuales, labor que han realizado desde hace 40 años.

Las instalaciones permiten atender a la población en 5 áreas (descritas a continuación) y básicamente se realiza en cubículos tanto para la valoración del menor como para el tratamiento. De igual forma se tienen espacios para la Hospitalización (tanto masculina como femenina, y área de Cuidados Prolongados), rehabilitación física, áreas de terapia de juego y socialización.

Además se cuenta con el servicio de comedor para el personal del hospital, servicio de lavandería, áreas de invernadero, canchas deportivas, servicio de fotocopiado y oficinas administrativas.

Población Atendida, Personal y Roles

Esta institución atiende problemas de salud mental en niños y adolescentes desde un punto de vista multidisciplinario (Paidopsiquiatra, Psicólogo encargado del diagnóstico y tratamiento, Trabajadora Social y Enfermera) tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo del menor, a través de 5 áreas fundamentales:

- a) **Asistencial:** con los servicios de hospitalización continua, parcial y clínicas de consulta externa
- b) **Atención integral:** que comprende la atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental

⁶ Ver anexo 1, pág. 209

- c) **Psiquiátrica comunitaria:** ofrece educación para la salud, medidas preventivas y de intervención temprana fuera del hospital
- d) **Enseñanza:** brinda la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas
- e) **Investigación:** impulsa la generación de proyectos que coadyuven al mejoramiento del trabajo clínico

Sectores implicados

El Hospital brinda los siguientes servicios a través de las siguientes Áreas y Clínicas:

URGENCIAS

En este servicio se realiza parte de la admisión al hospital. Se reciben niños y adolescentes de 0 a 17 años con 11 meses de edad; se realiza la preconsulta para ver si son candidatos a recibir algún servicio o bien ser canalizados a otra institución (centros comunitarios, centros de salud, institutos del sector salud). La referencia a alguna de las clínicas se realizará considerando la edad, los síntomas y el diagnóstico.

CLÍNICA DE DESARROLLO

En esta clínica se atienden a niños de 0 a 6 años que padezcan de alguna alteración del desarrollo (física, sensorial o intelectual), o bien que padezcan de algún daño orgánico con retraso mental.

CLÍNICA DE EMOCIONES

Se atienden a niños de 6 a 12 años con alteraciones en el estado de ánimo por problemas de ansiedad, depresión, fobias, ideación suicida.

CLÍNICA DE CONDUCTA

Se atienden a niños de 6 a 12 años con alteraciones en la conducta como el Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.

CLÍNICA DE ADOLESCENCIA

Se atienden adolescentes de 12 a 17 años que se encuentren con problemas debidas a la etapa de desarrollo, con alteraciones del estado de ánimo o problemas conductuales.

CLÍNICA DE AUTISMO

Se brindan los servicios de terapia ambiental, terapia física, rehabilitación física y psicomotricidad a niños y adolescentes que padecen autismo.

PAINAVAS

Se atienden niñas y adolescentes de 3 a 17 años que hayan sido víctimas de abuso sexual.

UNIDAD DE ADOLESCENTES MUJERES

Se atiende a niñas y adolescentes de 12 a 17 años con cuadros psicóticos, adicciones, ideación suicida que requieren el servicio de hospitalización.

UNIDAD DE ADOLESCENTES VARONES

Se atiende a niños y adolescentes de 12 a 17 años con cuadros psicóticos, ideación suicida que requieren el servicio de hospitalización.

NEUROPEDIATRÍA

Este servicio se brinda como interconsulta para todas las clínicas.

PAIDEIA

Brinda servicio de consulta externa y admisión hospitalaria a adolescentes de 12 a 18 años con problemas de adicciones aplicando un programa de la Comunidad Europea.

UNIDAD DE CUIDADOS PROLONGADOS

Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- Diagnóstico y tratamiento
- Psicodiagnóstico
 - Psicometría, Desarrollo
- Psicoterapia:
 - Análisis Conductual
 - Cognitivo Conductual
 - Terapia Familiar

- Terapia Individual
- Terapia de Pareja
- **Psicopedagogía**
 - En edad preescolar
 - En edad escolar

Fuentes de referencia

La población que asiste a esta institución por lo regular son personas de escasos recursos que carecen de servicios de salud y que requieren de una valoración de alta especialidad como es la Paidopsiquiatría. Pueden ser remitidos por alguna instancia de la Secretaría de Educación Pública, algún Médico Familiar de algún Centro de Salud del Distrito Federal o bien por referencias de algún otro Hospital o Instituto del Sector Salud.

Redes

Los pacientes que por sus características médicas no pueden ser atendidos en este Hospital son canalizados a Centros Comunitarios que tengan el servicio de Salud Mental o bien a otros Hospitales pertenecientes al Sector Salud como el Instituto Nacional de Psiquiatría, al Centro Nacional de Rehabilitación y/o al Fray Bernardino Álvarez en caso de que el adolescente requiera continuar su atención psiquiátrica o que haya alcanzado la mayoría de edad.

i) REPORTE DE PRÁCTICAS DE POSGRADO

PERIODO: Septiembre 2005 - Febrero 2006

AREA: Servicio de Terapia Familiar

SUPERVISORA: Dra. Silvia Becerril Cervantes

Tipo de pacientes y patologías más frecuentes

Los solicitantes del servicio de terapia familiar eran remitidos por psiquiatras pertenecientes a las clínicas de Emociones, Conducta, Desarrollo, Adolescencia, PAIDEIA, A.C.A., encontrando como mayor incidencia al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, problemas de conducta y Trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia).

Una vez evaluado el paciente por el psiquiatra u otro especialista de acuerdo a la particularidad del caso, se determinaba la necesidad de recibir terapia individual (niño), de pareja (padres), familiar o de grupo. Al servicio de T. F. acudían los padres con la referencia de integrarse a una modalidad específica. Una vez analizada la referencia médica se procedía a evaluar a la familia o pareja, brindándole la atención requerida, iniciando el proceso terapéutico.

Enfoques terapéuticos utilizados

Durante este periodo se aplicaron diversos modelos terapéuticos tales como: estructural, estratégico, soluciones, breve, milán y narrativo, haciendo uso de elementos de evaluación durante la entrevista.

A partir de la entrevista inicial y el motivo de consulta se determinaban los objetivos y metas terapéuticas que darían dirección al trabajo en las sesiones subsecuentes. Aplicándose los modelos antes mencionados de acuerdo a la evolución del motivo de consulta, Las intervenciones terapéuticas fueron aplicadas con flexibilidad atendiendo a los conocimientos y a la experiencia adquiridas durante la formación como Terapeuta Familiar.

Actividades realizadas

Generales:

- Participación como terapeuta y/o coterapeuta en sesiones de grupo, individuales o de pareja.
- Entrevistas de primera vez, análisis de casos, planteamientos de objetivos, observación de la evolución del motivo de consulta, seguimiento de las intervenciones realizadas en sesión, asignación de tareas para el cumplimiento de la meta terapéutica. Registro de las sesiones en expedientes (interno y general). Apertura de expedientes y control interno.
- Control y captura de datos estadísticos diario, mensual y anual, relacionados con el seguimiento de la población atendida.

Eventuales:

- Actualización de los expedientes internos, consistente en: la captura de datos y organización por año lectivo (2003-2006).
- Captura de datos de pacientes de primera vez durante el año 2005 y revisión de cada expediente.

Observaciones al servicio

Se considera que el Servicio de Terapia Familiar que presta el Hospital “Juan N. Navarro” es de gran relevancia, aunque resulta insuficiente dado que la demanda excede las posibilidades reales de atención.

Persiste la idea de que el paciente identificado (niño – adolescente) es quien debe recibir atención y no se asume la responsabilidad por parte de los padres para asistir a un proceso de pareja o familiar.

No se tiene la cultura de considerar a la familia como un sistema generador de la problemática y solo buscan la atención para el niño, lo que genera ausentismo y falta de continuidad cuando se da de alta al menor, abandonando el tratamiento.

Conclusiones

El aprendizaje obtenido al trabajar con una población con problemáticas diferentes (diagnósticos psiquiátricos) a las atendidas en el Centro de Servicios Psicológicos durante mi formación como terapeuta, me permitió acercarme a situaciones reales en donde eran evidentes los conflictos a nivel conyugal en muchos casos. La mayoría de las personas atendidas provenían de familias de un nivel socioeconómico más bajo, lo que derivaba que a la problemática de salud se sumara otra variable dentro de la dinámica familiar.

El trabajo multidisciplinario realizado en esta institución resulta altamente benéfico para el paciente, siendo la Terapia Familiar un servicio que contribuye al mejoramiento de la dinámica familiar.

La atinada supervisión de la Dra. Becerril me permitió aplicar los conocimientos adquiridos, recibiendo oportunamente retroalimentación en mi trabajo clínico, haciéndome sentir segura de lo realizado con las familias. Desde el inicio de la supervisión se nos dieron todas las facilidades para aplicar nuestros conocimientos tanto en las terapias grupales como en las sesiones de terapia de pareja o familiar. El haber tenido la oportunidad de conocer el trabajo de la Dra. Becerril me permitió conocer un estilo concreto, directo y reflexivo hacia los pacientes, pudiendo integrar la modalidad psicodinámica y la sistémica en un modo particular.

Agradezco las facilidades otorgadas por las autoridades de esta institución para la realización de mis prácticas profesionales y considero que durante la formación es necesario

que se tengan más sedes para poder realizar un trabajo con poblaciones más reales. Adquirí un aprendizaje invaluable con respecto a la práctica clínica.

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

El Programa de Maestría en Psicología, con Residencia en Terapia Familiar tiene una duración de 4 semestres, a lo largo de los cuales se integran los cursos teórico-metodológicos del tronco común y las actividades específicas de la residencia, la práctica clínica supervisada, sumando un total de 145 créditos.

El grupo de terapeutas en formación tuvo como escenario clínico el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” a lo largo de los 4 semestres.

La secuencia de participación clínica se dio de la siguiente manera:

Durante el **primer semestre** se tuvo el primer contacto con la metodología sistémica y con esto las actividades realizadas fueron principalmente de Observación del proceso terapéutico atrás del espejo unidireccional; la terapeuta responsable fue la Supervisora. Los alumnos participaron como equipo terapéutico, dando sus opiniones y comentarios del trabajo realizado por parte de la terapeuta. En la medida que se fue conociendo la forma de integrar la información digital y analógica de las sesiones e integrar los elementos del Modelo Estructural fue posible realizar intervenciones en los momentos en los que se consultaba al equipo terapéutico.

En el **segundo semestre** se inició el trabajo clínico. La integración de la teoría permitió el iniciar el trabajo en coterapia, un terapeuta responsable y un coterapeuta entraban con la familia y un observador se encargaba de registrar aspectos del proceso, recibiendo retroalimentación de la supervisora y del resto del equipo terapéutico conformado por los demás alumnos. En todo momento se tuvo la libertad de hacer aportaciones con respecto al trabajo de los terapeutas responsables. Aquí inicié el trabajo en Supervisión Narrada con otras dos compañeras, situación que me dio herramientas para desarrollar habilidades y más seguridad al estar frente a una familia.

En el **tercer semestre** se iniciaron procesos terapéuticos bajo Modelos teóricos diferentes a los revisados los semestres anteriores. En este momento de la formación cada terapeuta era responsable de una familia, situación que siempre estuvo bajo supervisión directa además de recibir el apoyo del equipo terapéutico. Las 5 materias de supervisión enriquecieron el aprendizaje gracias bagaje teórico y experiencial de los supervisores a cargo. Se promovió la participación de coterapeutas en algunas sesiones para la transmisión de algún mensaje en particular.

El **cuarto semestre** resultó el de mayor carga práctica, momento en el que se pudieron integrar los modelos teóricos revisados en algunas materias. En otros el rigor metodológico expresado por los supervisores motivó el respecto y aplicación pura de ese conocimiento en particular. Se promovió la participación de coterapeutas en algunas sesiones para la transmisión de algún mensaje.

Como se pudo observar la parte clínica siempre estuvo complementada por la parte teórica de los tres primeros semestres, en los cuales se cubrieron las materias de tronco común. Se pasó de una mera observación del proceso terapéutico a ser el responsable único frente a la familia, modalidad apoyada por la supervisión directa y por el equipo terapéutico atrás del espejo.

El hecho que se hayan podido trabajar las modalidades de terapia individual sistémica, de pareja y familiar permitió el desarrollo de una mayor seguridad y confianza al estar frente a un sistema familiar según las necesidades del tratamiento, ya que en ocasiones se tenían sesiones con dos integrantes y otras con 4 o 5, situación que en los primeros semestres generaba cierta ansiedad.

La retroalimentación posterior a las sesiones resultó de vital importancia para el seguimiento de los casos, tanto del supervisor como de los compañeros, situación que en momentos de resistencia ante el cambio familiar daban dirección o abrían posibilidades para futuras líneas de trabajo.

El deseo de superación y mi compromiso profesional favorecieron mi participación a lo largo de los 4 semestres, ya fuera como terapeuta, coterapeuta u observadora del proceso.

El trabajo realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil, sede opcional al término de la formación, fue realizado durante 6 meses, bajo la modalidad de terapia de pareja, individual y de grupo.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

II.1.- ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

A manera de introducción se expondrá una Cronología sobre la Terapia Familiar (principalmente en E.U.A.) con la finalidad de poder ubicar temporalmente algunos de los eventos más relevantes tanto del surgimiento como del desarrollo de esta Metodología Terapéutica a nivel teórico y clínico. Posteriormente se expondrán las bases teórico conceptuales de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna así como los Modelos de Intervención abordados a lo largo de la formación como Terapeuta, de acuerdo al orden en el que fueron estudiados y aplicados en las materias Supervisión¹.

a) HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

Es a finales de la década de 1930 cuando la Terapia Familiar se independiza de la psiquiatría, la psicología, la pedagogía y la sexología y se pronuncia como una disciplina con fundamentos teóricos. Esta independencia teórica y clínica se dio gracias a la creación de instituciones públicas en las que se brindaban los servicios de Higiene Mental. Después de la Primer Guerra Mundial, el *National Committee on Mental Health* favoreció la fundación de las *Child Guidance Clinics* (Clínicas de Seguimiento Infantil) cuyo objetivo era identificar a los niños con factor de riesgo en salud mental e intervenir con objeto de reducir los índices de patología en la edad adulta. La primera Clínica creada fue el *Juvenil Psychopathic Institute*, fundado en 1909 (Vanderboos y cols., 1992).

En estos Centros los asistentes sociales trabajan directamente sobre las cuestiones terapéuticas uniendo su labor a la de psiquiatras y psicólogos. De esta manera, los problemas de la infancia comenzaron a ser vistos en *su contexto*; por primera vez, los psiquiatras y los psicoanalistas se arriesgaban a seguir a la madre y al hijo paralelamente, aunque por separado. Las primeras terapias de la familia, heredaron de estos movimientos la idea de que la madre *era responsable* de la salud mental de su hijo, hecho que poco a poco fue indicando que debían considerar a los otros integrantes del núcleo familiar para tratar de entender su

¹ El abordaje de cada Modelo de Intervención se dio de forma semestral, siguiendo el orden que el Programa de Residencia marcaba (Moctezuma y Desatnik, 2001)

dinámica. Estas instituciones fueron la cuna de formación de algunos de los primeros Terapeutas Familiares importantes, entre ellos Ackerman, Whitaker y Minuchin.

El cambio del paradigma psicoanalítico por uno sistémico a finales de los años cuarenta se debió a la discontinuidad de resultados dentro de esta óptica puramente individual; las investigaciones realizadas con familias de pacientes esquizofrénicos resultaron novedosas para la época pues poco a poco fueron prestando atención a “*las relaciones familiares*” entre los padres y el paciente identificado. Esto dio origen a varias modalidades terapéuticas, las cuales se fueron enriqueciendo gracias a los Congresos, a los Seminarios y a los Encuentros Informales entre terapeutas, espacios que les permitían debatir acerca de sus métodos y técnicas.

I) EL CONTEXTO DEL SURGIMIENTO

| 1921-1930 | 1931-1939 |
|--|---|
| En 1921 Flugel publicó “ <i>Psicoanálisis de la familia</i> ”, donde cuestionó el análisis individual aplicado a varios miembros de la misma familia. | En 1934 Ludwing Von Bertalanffy concibió su <i>Teoría General de Sistemas</i> : una teoría general de la organización aplicable en cuanto a sus principios a cualquier tipo de sistema, el sistema es un todo que se comporta de forma diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse. |
| En 1924 nace la <i>American Orthopsychiatric Association</i> , gracias a la labor de Karl Menninger , dedicándose a la higiene mental y familiar, apareciendo como campo fértil para la terapia familiar. | En 1938 se funda el <i>National Council of Family Relations</i> , antecedente de la terapia familiar, al centrar su interés por la formación matrimonial y familiar como asociación profesional. |
| En 1930 la <i>Consultoría Matrimonial</i> fue tomando auge dentro de la sociedad norteamericana, estableciendo otro antecedente de importancia para la terapia familiar, especialidad creada por Paul Popenoe, Emily Mudd y el matrimonio Stone . | En 1938 Erickson ya es un renombrado hipnotizador cuando Bateson entró en contacto con él; su idea central era que cada individuo tiene dentro de sí las potencialidades suficientes para mejorar por sí solo. |
| | En 1938 Nathan Ackerman publica “ <i>The unit of the family</i> ”. |

II) LOS INICIADORES

| 1940-1949 | 1950-1960 |
|---|---|
| <p>A lo largo de la década de 1940, una década llena de investigaciones sobre la familia, de intentos más o menos improvisados por parte de investigadores y clínicos de trabajar con las familias de los pacientes, surgen las que durante mucho tiempo serán consideradas orientaciones principales de la terapia familiar. Entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas que trabajan en la <i>Child Guidance Clinic</i> se orientan hacia la terapia familiar a partir de la psiquiatría infantil (Ackerman, Minuchin). • Gran parte de las <i>terapias intergeneracionales</i> proceden del ámbito de la investigación sobre esquizofrenia: Bowen, analista que trabaja con familias de esquizofrénicos, Stierlin y Boszormenyi-Nagy y su primer grupo de Filadelfia, o Whitaker y sus colaboradores de Atlanta. • De las investigaciones sobre esquizofrenia que forman parte del proyecto dirigido por Bateson nace, gracias al trabajo de Jackson, la primera “<i>terapia familiar conjunta</i>”, sistémica y que busca aplicar a la terapia los conceptos de doble vínculo. • Gracias a Erickson, entra en la terapia familiar la idea sobre <i>estrategia terapéutica</i>. | <p>En la década de los 50 existían tres vías de psicoanálisis cuyo recorrido se enlaza de diversos modos con el de los terapeutas familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las <i>teorías de las relaciones objetales</i> de Melanie Klein. • El <i>psicoanálisis ortodoxo</i> de Anna Freud y que con Bowlby y su <i>teoría del apego</i> llega a dialogar con la biología y la etología. • El <i>culturalismo neofreudiano</i> que prosperó en Estados Unidos de América gracias a las obras de Erich Fromm, Karen Horney y Harry Stack Sullivan. |
| <p>Fue 1941 la antesala de las Conferencias Macy en el <i>New York Institute of Psychoanalysis</i>, teniendo la presentación de Milton Erickson de uno de sus casos de hipnosis, evento realizado por Bateson y Mead.</p> | <p>Ackerman comenzó a considerar a la familia como la verdadera unidad sobre la que deben incidir el diagnóstico y la terapia; además, enviaba a su equipo médico a casa de los pacientes para que estudiaran a las familias (Guerin, 1976).</p> <p>A principios de 1950 publicó su artículo “<i>Family diagnosis: an approach to the pre-school child</i>” (Ackerman y Soberl, 1950), uno de los documentos fundadores de la terapia familiar.</p> <p>En 1955, en un Congreso de la <i>American Orthopsychiatric Association</i>, organizó la primera mesa redonda dedicada al tema del “<i>diagnóstico familiar</i>”.</p> <p>En 1957 fundó la <i>Family Mental Health Clinic</i> y en 1958 publicó “<i>The psychodynamics of family life</i>”, libro fundamental sobre el diagnóstico y el tratamiento de las relaciones familiares.</p> |
| <p>En 1942 nació la <i>American Association of Marriage Counselors</i> (AAMC).</p> | <p>En 1951 Theodore Lidz forma un pequeño grupo de investigadores para estudiar de manera intensiva a un reducido elenco de 14 familias de jóvenes pacientes esquizofrénicos.</p> |
| <p>A partir de 1946 se realizan las Conferencias Macy,</p> | <p>En 1951 Ruesch y Bateson publican el libro</p> |

| | |
|--|---|
| encuentros informales en los que participaba un grupo de personajes ilustres de diversas disciplinas. | “ <i>Communication: the social matrix of psychiatry</i> ”. |
| En 1946 Whitaker, Warkentin y Malone inician su cátedra en la Universidad de Emory, en Atlanta. Inicia las actividades de coterapia junto con Warkentin para tratar pacientes esquizofrénicos de forma individual. | En 1952 Bateson, Weakland, Haley y Fry conforman “ <i>el Grupo Bateson</i> ” y se dedican al estudio de la naturaleza y niveles de la comunicación. |
| A partir de 1948 se empleó el término de “ Cibernética ”, disciplina dedicada el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina desarrollada por Weiner . Bateson retomó el trabajo de Weiner e implementó la visión cibernética de que “ <i>todo está conectado con todo y, por tanto, los límites usuales entre las disciplinas deben ser superados</i> ”. | En 1953 Bell presentó sus trabajos sobre la concepción de los problemas de comportamiento adquieren sentido si se insertan en la historia de su familia y en 1961 los publica en su obra “ <i>Family Group Therapy</i> ”. |
| En 1949 se funda el <i>National Institute of Mental Health (NIMH)</i> en Washington, organismo que contribuyó tanto a la formulación de las pautas que regirían a las profesiones psicológicas y psiquiátricas como a la financiación de programas sobre la naturaleza de los trastornos mentales y su tratamiento, en particular de las psicoterapias. Con este marco institucional se crea el escenario donde se insertaron las dos fuentes principales que dieron forma a la terapia familiar: el psicoanálisis (ciertas escuelas) y la cibernética. | Bowen fue el único terapeuta que rastreaba en las generaciones más antiguas para reconstruir la historia familiar y encontrar en el pasado indicios y conexiones con el presente, aun cuando su terapia estaba centrada en el individuo, enfocada a diferenciarlo de la masa indistinta de la familia. En 1954 Bowen se traslada al <i>NIMH de Washington</i> ; inicia un grupo de trabajo dedicado al estudio de la esquizofrenia. |
| | En 1955 se realizó la <i>Conferencia de Sea Island</i> , considerada como la primer conferencia verdaderamente centrada en los procesos familiares, actividad que permitió a Whitaker entrar en contacto con otros terapeutas familiares como Jackson, Bateson y Rosen . |
| | Los Congresos de la <i>American Orthopsychiatric Association</i> celebrados en 1956 y 1957, en los que participaron Jackson, Bowen, Lidz y Ackerman permitieron conjuntar los conocimientos y experiencias de estos padres de la terapia familiar. |
| | En 1956 se publica “ <i>Hacia una teoría de la esquizofrenia</i> ” presentando la hipótesis del doble vínculo, considerado el punto de origen de la concepción sistémica de la esquizofrenia y también de la familia. De este trabajo, el apartado de los niveles lógicos con su abstracción y complejidad se debe a Bateson , las referencias a las estrategias de Erickson son de Haley y Weakland ; el lenguaje psicoanalítico y la idea de aplicar el doble vínculo a la terapia pertenecieron a Jackson . |
| | En 1957 Midelfort publicó su obra “ <i>The family in psychotherapy</i> ”. |
| | En 1957 Ivan Boszormenyi-Nagy fue nombrado director de la unidad de investigación para el tratamiento de la esquizofrenia en el <i>Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (EPPI)</i> , donde promovió un proyecto de psicoterapia intensiva para pacientes esquizofrénicos. Conoció los trabajos de Bell, Bowen, Jackson, Lidz, Satir y Wynne , quienes |

| | |
|--|---|
| | habían establecido los límites de la terapia individual para el tratamiento de la esquizofrenia. |
| | En 1959 Jackson fundó el <i>Mental Research Institute</i> conformado por Jules Riskin, Virginia Satir con el fin de no perder el patrimonio terapéutico acumulado del Grupo Bateson. En 1961 se incorporó Watzlawick y en 1962 se incorporan Weakland y Haley . |
| | En 1959 Humberto Maturana publicó su artículo “ <i>What the frog’s eye tells to the frog’s Brian?</i> ” (Maturana, 1959). |
| | En 1959 Salvador Minuchin , tras revisar un artículo de Jackson, inició su práctica clínica empleando un espejo unidireccional. |
| | En 1960 Ackerman fundó su propio instituto privado dedicado a la terapia y a la enseñanza de la terapia familiar. Ackerman desempeñó junto con Jackson , un papel primordial en la creación de la primera revista sobre terapia familiar, <i>Family Process</i> . El Family Institute y el MRI se consolidaron como las dos escuelas más importantes de terapia familiar. |
| | Después de 1960 Stierlin llevó a Alemania su trabajo como terapeuta familiar. |

III) EL DESARROLLO

| 1961-1970 | 1971-1980 |
|---|---|
| En 1962 se publicó el primer número de la revista <i>Family Process</i> , siendo su director Jay Haley, en ese número participaron Nagy, Framo, Midelfort, Weakland y Speck, además del propio Haley. | En 1971 se divide el equipo inicial de la escuela de Milán y continúan trabajando Mara Selvini junto a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulana Prata . |
| En 1963 Mara Selvini Palazzoli publicó su libro “ <i>L’anoressia mentale</i> ” (Selvini, 1963). | En 1972 Bateson publicó “ <i>Pasos hacia una ecología de la mente</i> ”. |
| En 1965 Minuchin asumió la dirección de la <i>Philadelphia Child Guidance Clinic</i> , invitó a trabajar con él a Braulio Montalvo y Jay Haley . | En 1972 Mauricio Andolfi creó junto con Carmine Saccu, el <i>Instituto de Terapia Familiar</i> . |
| En 1966 Haley expuso sus líneas estratégicas en la <i>Philadelphia Child Guidance Clinic</i> dirigida por Minuchin , dando así inicio a un importante intercambio de experiencias clínicas. | En 1973 Nagy publicó su libro “ <i>Invisible Loyalties</i> ” (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973). |
| En 1967 Haley publica junto con Lynn Hoffman en el MRI “ <i>Técnicas de terapia familiar</i> ”. | En 1973 Haley publicó “ <i>Uncommon Therapy</i> ”, obra que marcó el punto cumbre de su carrera. |
| En 1967 se publicó “ <i>Teoría de la Comunicación Humana</i> ”, elaborado por Watzlawick, Beavin y Jackson . | En 1974 Watzlawick, Weakland, Bodin y Fisch publicaron su artículo más importante “ <i>Brief therapy: focused problems resolutions</i> ”. De igual manera “ <i>Cambio</i> ” fue el primer libro del proyecto de terapia breve. |
| En 1967 Selvini Palazzoli emprendió un viaje a Estados Unidos de América invitada por James Framo a participar en el “ <i>Congreso de Filadelfia</i> ”. Al regresar fundó el <i>Centro para el Estudio de la Familia</i> . | En 1974 Minuchin publicó “ <i>Familias y Terapia Familiar</i> ”. |
| En 1967 Haley trabajó junto con Minuchin en la <i>Philadelphia Child Guidance Clinic</i> . | En 1974 Mara Selvini y su equipo publicaron “ <i>The treatment of children through brief therapy of their parents</i> ” (Selvini Palazzoli y cols., 1974) en el que se |

| | |
|--|---|
| | destaca la importancia de la connotación positiva y de los rituales. |
| En 1967 publicó Minuchin el primer libro de terapia familiar que consideraba seriamente el problema de la pobreza y de la disgregación social “ <i>Families of the slums</i> ” (Minuchin y cols., 1967). | En 1975 Mara Selvini publicó su obra “ <i>Paradoja y Contraparadoja</i> ”, en la que se destaca la investigación de las raíces relacionales de los grandes trastornos mentales, incluida la esquizofrenia. |
| Después de 1970 se emplearon los términos de <i>terapia estratégica, terapia estructural y terapia sistémica</i> , gracias a los trabajos de Haley (1973) y Minuchin (1972). | En 1975 Madanes y Haley abandonan la Child Guidance Clinic de Washington y fundan el <i>Instituto de Terapia Familiar</i> en Washington, en donde trabajarán juntos y se identificarán con la terapia estratégica. |
| Después de 1970 Nagy se dedicó a elaborar su propio modelo teórico, manteniendo como base los conceptos analíticos, sin olvidar las consideraciones éticas, de ahí surgió la “ <i>Terapia Contextual</i> ”. | En 1975 Hoffman se incorpora al Instituto Ackerman y es nombrada Codirectora del Proyecto de Terapia Breve. |
| | En 1977 Boscolo y Cecchin comenzaron a impartir su curso de tres años de formación en terapia familiar. |
| | En 1978 Hoffman entra en contacto con el grupo de Milán y reconociendo la importancia de sus ideas crea el término “ <i>Terapia Sistémica de Milán</i> ”. |
| | Hacia 1980 Olga Silverstein, Peggy Papp y Monica McGoldrick fundaron el “ <i>Women Project</i> ” en Terapia Familiar. |
| | En 1980 Minuchin renuncia a su cargo de director de formación en el Instituto de Filadelfia pero continúa la actividad de formación en su propio centro privado en Nueva York. |
| | En 1980 Boscolo y Cecchin comenzaron a impartir cursos para la formación de terapeutas familiares, Mara Selvini y Giuliana Prata se dedican a trabajar con el <i>sistema observado</i> y Boscolo y Cecchin con el <i>sistema observante</i> . |
| | En 1980 la escuela de Milán publicó el artículo “ <i>Hypothesizing-circularity-neutrality</i> ” (Selvini Palazzoli y cols., 1980). |
| | En 1980 se crea la revista “ <i>Family Therapy Network</i> ”. |

IV) POSMODERNISMO A LA ACTUALIDAD

| 1981-1989 | 1990-2000 |
|--|--|
| En 1981 Mara Selvini expone la “ <i>prescripción invariable</i> ” en el Congreso Internacional de Psicoterapia de la Esquizofrenia en Heidelberg (Selvini Palazzoli y Prata, 1983). Ese mismo año constituye un nuevo equipo de trabajo formado por Mateo Selvini, Stefano Cirillo y Ana Maria Sorrentino , desarrollando el concepto de “ <i>embrollo familiar</i> ” dentro de la teoría de juegos. | Después de 1990, el concepto de “ <i>terapia centrada en las narrativas</i> ” comenzó a imponerse y finalmente sustituirá a la denominación “ <i>terapia sistémica</i> ”. |
| En 1981 Madanes publica “ <i>Terapia Familiar Estratégica</i> ”, obra que impulsó su carrera hasta convertirla en codirectora del Instituto creado con Haley. | En la década de los años 90’s Steve De Shazer publica varios libros sobre la terapia centrada en soluciones, entre ellos “ <i>Patterns of brief family therapy</i> ”, “ <i>Claves para la solución en terapia breve</i> ” y “ <i>Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución</i> ” (De Shazer, 1982, 1985, 1988). |
| En 1981 Hoffman publica su libro “ <i>Fundamentos</i> ” | En 1990 Hoffman publica su artículo “ <i>Constructing</i> ” |

| | |
|--|--|
| <i>de la terapia familiar</i> ". | <i>realities: an art of lenses</i> ", con el que se distancia del modelo sistémico y se adhiere al construccionismo social. |
| En 1982 Von Foerster publica su obra " <i>Sistemas observantes</i> ", siguiendo 30 años atrás el camino paralelo de los terapeutas familiares, estudiando el conocimiento y desarrollo de una ciencia basada en el observador a la que denomina "cibernética del segundo orden", "cibernética de los sistemas observantes". | En 1992 Anderson y Goolishian publican " <i>The client is the expert: a not-knowing approach to therapy</i> ". |
| En 1982 Fisch, Weakland y Segal publicaron " <i>La táctica del cambio</i> ". | En 1992 Hoffman publica " <i>Una postura reflexiva para la terapia familiar</i> ". |
| En 1982 Bradford Keeney trata de construir un modelo de terapia íntegramente autorreflexivo, que debe mucho a las prácticas y conceptos milanesas (Keeney, 1982). | |
| Desde 1983 se aplicaba la " <i>pregunta del milagro</i> ", que entró en la rutina del Centro de Milwaukee máxima del Modelo de Soluciones (De Shazer, 1985). | |
| En 1983 Karl Tomm organiza en Calgary la Conferencia " <i>Philosophers meet clinicians</i> " con la participación de Maturana, Von Foerster, Boscolo, Cecchin, Cronen y Pearce . | |
| En 1984 Karl Tomm elabora nuevas preguntas circulares y su clasificación (Tomm, 1984 ^a , 1984b, 1985). E introduce junto a las tres líneas de conducción de una sesión una cuarta, la " <i>estrategización</i> " (Cronen, Pearce y Tomm, 1985). | |
| En 1984 Tom Andersen se dedicó al trabajo clínico innovador con el " <i>equipo reflexivo</i> " (Andersen, 1987). | |
| En 1986 Minuchin publica su libro " <i>Caleidoscopio Familiar</i> ". | |
| En 1987 Cecchin publica el artículo " <i>Hypotetising circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity</i> ", en donde reformula a la neutralidad como un estado de <i>curiosidad</i> . | |
| En 1987 Hoffman, Penn, Boscolo y Cecchin publican el libro " <i>Terapia familiar sistémica de Milán</i> ". | |
| En 1988 el equipo de Mara Selvini publica el libro " <i>Los juegos psicóticos en la familia</i> ". | |
| En 1988 White publica " <i>The process of questioning: a therapy of literary merit</i> ". | |
| En 1989 White y Epston publican " <i>Medios literarios con fines terapéuticos</i> ". | |

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

Después de décadas de estricta lealtad al Modelo Médico (lineal y causal en su etiología y tratamiento), empezó a surgir una nueva conceptualización dentro de la Salud Mental, **la Terapia Familiar Sistémica**. El Movimiento Familiar empezó a partir de investigaciones formales o informales durante el decenio de 1950 cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar y no en el consultorio médico.

Al ver a pacientes con una aflicción psiquiátrica en una clínica se hipotetizaba que padecían un desorden intrapsíquico surgido de su pasado, pero si se veía al mismo paciente con su familia en el marco de “las relaciones diarias”, se empezaba a ver algo totalmente distinto. Dentro de la nueva epistemología empezaban a verse *las comunicaciones, las interacciones, comportamientos y relaciones* de todos los presentes, originando “conductas” *causales circulares* que avanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona afligida tan sólo una parte de una “*danza*” general recurrente. El concepto central de la nueva Metodología Sistémica fue la idea de la *circularidad* (Hoffman y cols., 1987).

Poco a poco el principal ímpetu para el desarrollo de esta nueva Metodología procedió de la labor de clínicos solitarios e investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington, D. C.; Lyman Wynne y Margaret Singer en los Institutos Nacionales de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y E. H. Auerswald en la Escuela Wiltwick, en el estado de Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell, y Virginia Satir en Palo Alto; Mara Selvini Palazolli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Gulliana Prata en Milán, por mencionar unos cuantos. Estas personas, sus ayudantes y muchos otros, en ciudades por todos los Estados Unidos, llegaron a ser la espina dorsal de un nuevo y creciente movimiento de prácticas e ideas.

La mayoría de estos investigadores se concentraron en el estudio de las propiedades de la Familia como “**Sistema**”. Y por “sistema” habitualmente querían decir toda entidad cuyas partes covariaban entre si y que mantenían equilibrio en una forma activada por errores.

Hacían hincapié en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar a equilibrar o desequilibrar al sistema familiar.

Con esto, se fueron creando nuevas técnicas terapéuticas con una visión diferente sobre el comportamiento y la interacción humana dando origen a una metodología terapéutica innovadora y fértil para diversas Escuelas y Modelos Teóricos con implicaciones clínicas directas desarrolladas en las décadas siguientes.

La conceptualización y manejo que se tenía de la familia cambió; pasó a ser vista como un sistema que trascendía los límites de la persona aislada y como unidad de investigación. Con esto, una vez que se dejaba al individuo y se observaba a la familia como entidad sistemática que reside en campos cada vez más grandes, se empezaban a ver claras redundancias y distintas pautas.

El rol del terapeuta también fue modificado, pasó de ser un “agente” sobre el paciente, a formar parte de un campo más extenso en que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles. Ahora ambos forman parte de un nuevo *Sistema Terapéutico* en que cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen. No es posible estudiar los comportamientos por separado de los campos en que ocurren, sino que los campos deben integrarse lo bastante para hacer posible el estudio.

a) EPISTEMOLOGÍA DE LAS NUEVAS IDEAS

Las figuras que parecen haber ejercido la mayor influencia en el surgimiento de la Terapia Familiar fueron científicos como **Ludwing Von Bertalanffy**, creador de la *Teoría de los Sistemas*, el *Cibernético Norbert Weiner* y el *antropólogo Gregory Bateson*, quien abordó los *Procesos de Comunicación* y fue uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético entre otras aportaciones.

La *Cibernética* y la *Teoría General de Sistemas* sostenían que el análisis de cada elemento de un sistema no permite captar las características del conjunto, ya que éste posee unas propiedades que no son reductibles a las de los elementos tomados separadamente. Esto es, que en los fenómenos complejos, los sistemas y las variables son tan dinámicos y están tan

interconectados que el cambio de un factor produce automáticamente la alteración de uno o de varios factores distintos.

Para comprender el sentido del comportamiento de uno de sus elementos *es necesario situarlo en el contexto del conjunto del que forma parte*, porque está controlado por el conjunto. Por tanto cuando diferentes elementos están en *interacción* en cualquier punto del sistema, el comportamiento de un elemento es una causa para el elemento que lo sigue en el circuito de interacción, *la causalidad es entonces Circular*.

A continuación se describirán las Teorías Epistemológicas que sirvieron de base para esta nueva metodología terapéutica.

i) TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

La Teoría General de los Sistemas fue desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy (1934). Este modelo partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual.

Era una teoría aplicable en cuanto a sus principios a cualquier tipo de sistema, independientemente de los materiales constitutivos que tuviera. Según Bertalanffy, se podía describir formalmente a cualquier **Sistema** como: *“un todo que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse”*.

Los Sistemas se pueden clasificar en:

- **Abiertos**: los que intercambian materiales, energías e información con su medio;
- **Cerrados**: donde no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas. El tratar de explicar sistemas cerrados puede llevarnos a explicaciones paralizantes y equívocas, puesto que no siempre se puede aislar en un recipiente cerrado y aislado.

Propiedades de los sistemas²

En un Sistema Familiar se pueden observar principalmente las siguientes propiedades:

² Tomado de Watzlawick, Beavin y Jackson (1981).

- **Totalidad.** La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos, de la evaluación de los individuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones.
- **No sumatividad.** Proporciona una guía negativa para la definición del sistema. Un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes, el análisis formal de segmentos artificialmente aislados destruiría el objeto mismo de estudio, se hace necesario dejar de lado las partes en beneficio de la gestalt y prestar atención a su complejidad y organización.
- **Causalidad circular.** Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema a la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez de una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo para A.
- **Equifinalidad.** Alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
- **Equicausalidad.** Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. El terapeuta debe abandonar la búsqueda de causa pasada originaria del síntoma, para ayudar a la familia a resolver el problema hay que centrarse fundamentalmente en el momento presente, en el aquí y ahora, por lo tanto la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema, no a describir los factores etiológicos.
- **Retroalimentación.** Desde el advenimiento de la cibernética y el descubrimiento de la retroalimentación se ha comprobado que la relación circular altamente compleja constituye un fenómeno distinto de las relaciones causales más simples. La retroalimentación y la circularidad constituyen el modelo causal adecuado para una teoría de los sistemas interaccionales.
- **Limitación.** Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la posibilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta haciendo que se reitere con el

tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

- **Regla de relación.** En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- **Ordenación jerárquica.** En la familia no sólo comprende el dominio que uno de los miembros ejerce sobre otros en materia de poder y responsabilidad sino también de ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.
- **Teleología.** El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa a fin de asegurar su continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros, que ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis a la tendencia del sistema de mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio (cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, un cambio en una de las partes del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio).

La *Teoría de los Sistemas* aplicada a la Terapia Familiar permitió tener una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones. Esta nueva concepción de sistemas se basaba en el siguiente postulado: *“El pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia”*.

Aplicaciones³

- a) *Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes.* El total o el sistema está interactuando por las cualidades individuales de la suma de “n” elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos: el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.

³ Adaptadas de Sánchez y Gutiérrez (2000).

- b) ***La estructura sistemática familiar está formada por subsistemas.*** Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función.
- c) ***Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales,*** esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc. Por tanto se deberá ver en la terapia familiar el comportamiento de A, B, C, D y además para determinar el patrón contextual no sólo de A sino de todo el sistema familiar.
- d) ***Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis:*** la tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, pero los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la *entropía*, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de *morfogénesis*. Por tanto, los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados. La homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación.
- e) ***La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos,*** la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante los estímulos y cambios continuos. Todos estos cambios realizan una fuerza de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar.
- f) ***Un sistema relacional es un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí*** de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido de nuevo por un cambio de estado en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente.

ii) CIBERNÉTICA

Los orígenes de la Cibernética se sitúan en el interés de combinar los descubrimientos de matemáticas, ingeniería y fisiología con teorías consideradas humanistas, dando como origen una ciencia interdisciplinaria de la comunicación y la información.

A partir de los años 40's se realizan una serie de conferencias interdisciplinarias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy a través de encuentros informales en los que participaban una serie de personajes ilustres, entre ellos: los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead; los neurofisiólogos Warren McCulloch y Arturo Rosenblueth, los matemáticos Walter Pitts, Von Neumann, Leonard Savage, y Norbert Wiener; el ingeniero electrónico William Bigelow; los psicólogos Molly Harrower, Kurt Lewin y Heinrich Kluever; el ingeniero Heinz von Foerster.

A partir de 1949 se adopta oficialmente el término "**Cibernética**" para denominar la nueva disciplina, término propuesto por Wiener (1948) en (Bertrando y Toffanetti, 2004) a partir de la palabra griega "timonel". En las conferencias se organizaban debates libres, en los que los participantes podían lanzar y retomar ideas siempre nuevas sin la preocupación de ser comprendidos o de defender sus propias teorías.

Según la definición de Wiener, su creador, la cibernética es "***el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina***". Posteriormente Bateson la definió como "***la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información***". En síntesis, *es el estudio de la autorregulación tal como se da*, en los sistemas naturales (por ejemplo, la regulación homeostática del cuerpo), como en los sistemas artificiales (por ejemplo el termostato que regula la calefacción) (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Weiner fue quien elaboró el concepto de ***feedback*** (retroalimentación). Se trata de la característica que presentan las unidades que forman un ***sistema cibernético*** en cuanto que no son meros emisores o centros de una comunicación sino que dan y reciben siempre un mensaje de respuesta relacionado con el mensaje emitido o recibido. El mensaje, por tanto, regresa siempre al emisor, modificándolo. Se puede distinguir una ***retroalimentación positiva*** (cuyo objetivo es hacer que el sistema continúe en la dirección del movimiento precedente, aumentando su inestabilidad) de una ***retroalimentación negativa*** (en la que el mensaje sobre el éxito del funcionamiento precedente es usado para ajustar el mecanismo que regula el funcionamiento futuro, llevando al sistema hacia la estabilidad), postulando cómo los sistemas operan para lograr la ***homeostasis y la negación*** como principio ordenador, donde más allá de la ***antropía*** yace el caos y la destrucción del sistema.

Para comprender el juego circular de información que se establece basta con sustituir la noción de ***causalidad lineal*** (una causa determina un efecto) por la de ***causalidad circular***:

una parte del sistema causa una modificación en otra parte del mismo, que a su vez reacciona modificando la primera y así sucesivamente.

Gracias a la cibernética fue posible liberarse del influyente legado de las teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y la retroalimentación. El formalismo de la *Teoría Cibernética* permite a la institución clínica considerar que el comportamiento de los miembros de la familia depende de *cómo* se articula la relación con los demás, de forma que los terapeutas concedan más atención al ambiente donde se halla el individuo que a este mismo, y tratan de indagar el significado de las acciones en el contexto que lo rodea: *así se pasa de lo intrapsíquico a lo relacional.*

En la cibernética de la terapia familiar influirán también las ideas de Von Neumann (teoría de juegos). Aun cuando aceptan las ideas cibernéticas, los terapeutas familiares tienen dificultades en comprender el verdadero sentido de la interdisciplinariedad que caracteriza a las Conferencias Macy. De ahí que emplean la cibernética, con todos sus correlatos matemáticos y de ingeniería como una metáfora.

La cibernética humanista de Weiner y Bateson fue evolucionando, pasó de ser una ciencia computacional a una ciencia de la informática. La *teoría cibernética*, que surgió como una *teoría del control*, se ocupó preferentemente de los mecanismos que favorecen la homeostasis dentro de un sistema, perjudicando inadvertidamente a los que promueven el cambio. Es evidente, por otra parte, que todos los sistemas evolucionan y se transforman en el curso de su existencia.

Para Maruyama (1968) la supervivencia de cualquier entidad viviente dependerá de dos procesos de suma importancia: *la morfostasis*: cualquier sistema viviente deberá mantenerse entre los estímulos del contexto (ambiente) mediante el aprendizaje por error conocido como retroalimentación negativa; y *la morfogénesis*: cuando un sistema debe modificar su estructura básica, mediante una retroalimentación positiva o de desarrollo. Cuando un sistema viviente realiza este proceso de adaptación a un ambiente modificado, realiza una mutación de adaptabilidad, porque el cambio y la adaptación son indispensables para la supervivencia de los sistemas vivos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La estructura de un sistema puede cambiar notablemente, pero debe mantener por lo menos su organización fundamental. La *retroalimentación positiva*, en teoría, puede derivar en

fugas que pueden alterar completamente la forma del sistema (Hoffman, 1971). Cuando la terapia familiar deja de interesarse exclusivamente en los trastornos psiquiátricos graves y comienza a ocuparse de otros problemas, se necesitan nuevos conceptos que describan procesos muy distintos a los elementos estáticos observados en las investigaciones sobre la esquizofrenia realizadas en familias de clase media. La denominada “*segunda cibernética*”, es decir, la cibernética de las retroalimentaciones positivas (Sluzki, 1987), ofrece instrumentos apropiados.

Así, con estas nuevas ideas los conceptos de Cibernética fueron evolucionando de tal forma que se pudieron distinguir dos tipos, de los sistemas observados y como parte del sistema observador.

La *Cibernética de Primer Orden* (de los sistemas observados) está basada en el principio de que el sistema observado se considera separado del observador. Enfocada al modo en que los sistemas mantienen su organización u *homeostasis* por *retroalimentación negativa* o *morfofostásis* (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El observador registra lo que ocurre afuera de él sin rendir cuentas de su propia participación al observar. Se basa en el modo en que los sistemas, cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación, a retar la desviación, la estructura del sistema, al desequilibrio y la reestructuración del sistema, a movilizar a los subsistemas y a dar otra jerarquía a la unión de éstos, a dar fuerza a un subsistema, proporcionando una visión homodinámica en lugar de una homeostática, una batalla entre estatus y génesis, bautizada por Maruyama (1968) como segunda cibernética. Las desviaciones fluctuantes de parámetros de un sistema evocan tendencias a neutralizarlos. Al estar así, ocurre en el sistema una bifurcación, un salto cualitativo que establece nuevos lineamientos de base y nuevos procesos neutralizadores, presentándose así una nueva etapa evolutiva del sistema.

La *Cibernética de Primer Orden en su Segunda Etapa* se basa en la manera en que los sistemas cambian su organización por *retroalimentación positiva* (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación.

La *Cibernética de Segundo Orden* considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta; denominada como *cibernética de los sistemas*

observantes. En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta. El terapeuta tratará de insertarse en una forma sutil al mundo de la familia en sus diálogos, sus historias, sus fuerzas, sus recursos y significados (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por lo anterior se puede comprender mejor el tipo de interacciones, pautas de comunicación y conductas que se dan dentro del sistema familiar como una forma de “regulación”, ya sea a través del *no cambio*, es decir, del mantenimiento del síntoma o bien de la reestructuración del sistema familiar cuando se persigue el movimiento del *cambio*, de tal forma que no haya elementos disfuncionales para el paciente o familia consultante, originando la participación del terapeuta en este proceso. El reconocimiento del lenguaje tanto analógico como digital del sistema terapéutico será un indicador del ambiente familiar y con esto de las posibles intervenciones a realizar, ya sea estando con una perspectiva de la *cibernética del primer orden* (como parte externa al sistema) o del *segundo orden* (participando en el sistema), acción que requerirá de la sensibilidad del terapeuta y demás miembros del equipo terapéutico.

iii) TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

El grupo Bateson

Gregory Bateson en 1952 recibe de la Fundación Rockefeller una beca por dos años para estudiar la *Naturaleza y los Niveles de la Comunicación*. Para tal proyecto reúne a un grupo de profesionales, entre ellos a John Weakland, Jay Haley y William Fry. Durante esos dos años el grupo se ocupa de la *Comunicación Ambigua*, es decir, de mensajes y metamensajes que se califican mutuamente. Poco tiempo después Haley y Weakland establecen contacto con Milton Erickson, quien había participado en 1941 en una conferencia interdisciplinaria sobre este tema.

Una vez conformado el “Grupo Bateson” surgió el interés por estudiar la *Comunicación y los Niveles de Comunicación* en pacientes esquizofrénicos; poco a poco descubrieron que la comunicación de estas familias era rica en paradojas y confusiones de niveles lógicos, es decir, los esquizofrénicos no podían diferenciar los metamensajes que determinan el contexto, tomando las metáforas literalmente y los hechos reales como metáforas; era claro que había un problema al descifrar los mensajes y entender el contexto en el que eran emitidos.

Entre las aportaciones individuales de Bateson realizadas con sus trabajos antropológicos está la distinción de los *canales de la comunicación en analógicos y digitales* y la nueva interpretación de los conceptos de *sismogénesis simétrica o complementaria*, formulados para describir los contactos culturales. De igual forma la utilización de un *razonamiento por analogía* permitió evidenciar que para comprender el comportamiento de un individuo, hay que tener en cuenta los lazos entre dicha persona y los individuos con los que se relaciona; la conducta de un ser humano está igualmente determinada por la respuesta del otro. *La explicación del comportamiento humano es la interacción*. No se puede dejar de lado el señalamiento de *marcar las diferencias*, lo que permitirá marcar el tipo de relación entre las cosas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1954 Bateson conoce a Don Jackson, psiquiatra y psicoanalista, quien dirigía el departamento de Psiquiatría de la Clínica Médica de Palo Alto, quien tenía la formulación sobre homeostasis familiar, concepción que a criterio de Bateson estaba relacionado con los objetivos del proyecto que dirigía con Haley, Weakland y Fry. Esto permitió que Jackson pasara a ser consultor del proyecto y así el grupo se inclinara por la clínica y por la terapia. Cuando llega a Palo Alto Jackson tiene ya delineada una incipiente Teoría Sistémica propia: los síntomas esquizofrénicos serían el reflejo de interacciones homeostáticas familiares.

A través de observaciones centradas exclusivamente en los individuos, el grupo reconstruye un hipotético escenario familiar para el futuro esquizofrénico, caracterizado por comunicaciones definidas como *“doble vínculo”*. Quien crece en un contexto donde recibe mensajes intrínsecamente contradictorios termina siendo castigado, tanto por lo que hace como por lo que no hace, y se verá obligado a encontrar un modo de sobreponerse a esa situación. En 1956 el grupo presenta la hipótesis del *doble vínculo* en el artículo *“Hacia una teoría de la esquizofrenia”* considerado el punto de origen de la concepción sistémica de la esquizofrenia y también de la familia.

El grupo Bateson con el tiempo pierde cohesión, los trabajos de Jackson y Weakland se centran cada vez más en la familia, mientras que Haley se interesa principalmente por la forma que asumen las terapias, y quién tiene el poder y su manejo en las familias.

Se inicia así una disputa que escindiría en los años siguientes a la escuela sistémica. Si Bateson concibe cada familia como un conjunto unitario pero en el que confluyen procesos de comunicación, Haley y Jackson la conciben como una organización jerárquica en la que los

individuos luchan por establecer quién definirá las relaciones. Esta “metáfora que corrompe” (el poder en palabras de Bateson) consuma la separación definitiva del grupo, cuando concluía el plazo de su última subvención en 1962. El trabajo del grupo continuará en años posteriores pero bajo otra forma: Bateson abandona definitivamente la psiquiatría por la etología, mientras que Jackson, Haley y Weakland terminan en el Mental Research Institute (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Mental Research Institute

Al terminar el patrocinio del proyecto de Bateson, Jackson funda en Palo Alto California, en 1959, una pequeña asociación privada con el objetivo de estudiar la comunicación y la naturaleza de las interacciones de las familias con otros sistemas sociales y formalizar un método de terapia familiar, el Mental Research Institute (MRI).

Crean el instituto Don Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin; dos años más tarde se integra Paul Watzlawick y Haley y Weakland se unen al proyecto en 1962.

El trabajo de Jackson permitió desarrollar una serie de preceptos técnicos para la conducción de una sesión que hasta ese momento resultaron vanguardistas. En primer lugar se estableció el uso del *espejo unidireccional* y *del trabajo en equipo* en el curso de las sesiones, cambiando la propia estructura de la terapia. Crea al *equipo terapéutico*, en el sentido de que un equipo trabaja con la familia como si fuera un único terapeuta, convirtiendo a la terapia familiar como una terapia “pública” por excelencia, en la que la supervisión es casi siempre directa. De igual forma el uso de la grabación en audio y la filmación de las sesiones resultaron grandes ventajas en el ámbito académico para los alumnos en formación y para el intercambio de experiencias con otros terapeutas. Gracias al avance tecnológico y a su utilización dentro del MRI prosperó la investigación.

El modelo queda definido en sus líneas esenciales, de la atmósfera experimental y de libre investigación en la que había nacido, conserva el espíritu curioso, el deseo de emprender nuevos caminos. Del estudio de la comunicación deriva la idea de que los comportamientos humanos son comunicacionales, no consecuencias de lo que sucede “dentro de la persona”. De la cibernética proviene la idea de que es necesario estudiar las secuencias de las acciones y no las acciones aisladas. Del movimiento de desinstitucionalización procede la atención constante al contexto. Del psicoanálisis deriva una definición negativa: la nueva terapia debe ser todo lo que el psicoanálisis no es; concretamente, la terapia sistémica, en todas sus

variantes, niega por principio la importancia del insight para el cambio de los clientes, excluyendo cualquier comprensión de los procesos interiores (Wittezaele y García, 1994).

El MRI se convierte en un afamado centro de investigación merced a sus publicaciones. Haley contribuye de forma determinante a la literatura con sus artículos y sobre todo con su primer libro, *“Estrategias en psicoterapia”*. Satir trabaja en su *Conjoint Family Therapy (1967)* que será el primer manual práctico de la disciplina. Jackson, además de publicar numerosos artículos, dirige las investigaciones de sus colaboradores que demuestran los esfuerzos y prolíficos frutos del instituto. Carlos Sluzki, psicoanalista argentino que trabaja en el MRI desde comienzos de la década de 1960, destaca por su trabajo de formalización de las relaciones simétricas y complementarias (Sluzki y Beavin, 1965). Ferreira (1963) investiga los “mitos familiares” implícitos y los contrasta con la realidad observable. Bateson ocasionalmente acudía como consultor.

La obra clave del MRI (al menos en esta década) es *la Teoría de la Comunicación Humana* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), convirtiéndose así en los padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Los axiomas de la comunicación⁴

- ***No es posible no comunicarse***

Toda conducta es comunicación por lo que es imposible no comportarse, así, toda conducta es una forma de comunicar, actividad o inactividad, palabras o silencios tienen siempre valor de mensaje para el interlocutor: influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican. Naturalmente, existen auténticas patologías de la comunicación: *la negación de la comunicación, la descalificación, el convertir la comunicación en un síntoma que protege frente a la conversación sincera.*

- ***Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación.***

Según las reglas descritas por Bateson, también la comunicación está definida por el contexto (en consecuencia, es la relación la que actúa como fondo). En toda comunicación hay una relación al haber un emisor y un receptor, el contenido del mensaje se refiere a la información transmitida y el aspecto relacional se centra en la relación entre comunicantes. La

⁴ Tomado de Watzlawick, Beavin y Jackson (1981).

metacomunicación se refiere al análisis comunicacional cuando se comunica algo sobre la comunicación.

- ***La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes***

La puntuación organiza los hechos de la conducta por lo que resulta vital para las interacciones en marcha, se definen roles en base a la disposición de los organismos a aceptar un sistema de puntuación uno de ellos puede tomar la iniciativa y otro la dependencia.

- ***Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente***

El lenguaje digital (verbal) tiene una sintaxis perfecta, pero una débil semántica relacional; el lenguaje analógico tienen semántica, pero no tiene una sintaxis que permita definir la relación de modo no ambiguo.

- ***Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia***

El intercambio simétrico tiene lugar en la producción de mensajes de la misma naturaleza que, justamente por ello, puede provocar un mutuo crecimiento paradójal, mientras que el intercambio complementario produce un incremento paradójal de las diferencias entre los mensajes.

Los encuentros entre Haley, Weakland y Milton Erickson tuvieron un impacto determinante en el grupo de Palo Alto. Las técnicas de intervención de Erickson se prestaban bien a un enfoque interaccional, aunque Erickson no se preocupaba de conceptos tales como la homeostasis, función o desplazamiento del síntoma; para él lo importante era descubrir “de qué modo, como terapeuta podía inducir un cambio en la persona que estaba ante él”; esto los llevó al estudio del modo en qué se producía el cambio. Esta labor la continuó Jay Haley, precursor de lo que se llamaría más tarde “Modelo Estratégico”, enfoque que fue la base de la “terapia breve” que elaboró el equipo de Palo Alto años más tarde como un enfoque de “resolución de problemas” culminado con el comienzo del Proyecto del Centro de Terapia Breve (CTB).

iv) CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

La *Posmodernidad* representa una perspectiva epistemológica que adquirió importancia a finales de la década de los 90's, movimiento que generó nuevas formas de pensar al cuestionar la validez de los valores universales, las creencias absolutas, y los discursos cerrados y excluyentes. Este cambio de paradigmas modificó la comprensión de una realidad absoluta y de la verdad exclusiva (visión modernista) a una perspectiva en la que se consideran múltiples perspectivas, otras visiones acerca de la realidad y "*otras verdades*" que también están impregnadas de valores y costumbres (visión posmoderna), las cuales cuestionan la supuesta obviedad y solidez de nuestras más arraigadas creencias y valores.

Las perspectivas posmodernas rebasan las ciencias sociales y las humanidades y su denominador común incluye el reconocimiento de realidades divergentes, constituidas socialmente y situadas históricamente, que se oponen a una comprensión adecuada en términos objetivistas. Desde este punto de vista, el lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social, requiriendo el cultivo de nuevos enfoques (hermenéutico, narrativo, deconstruccionista, retórico y discursivo) apropiados para analizar el "texto" de la experiencia humana en su contexto social (Mahoney, 1998).

Estas nuevas formas de pensar que llevadas al ámbito de la psicoterapia, favorecieron la aparición de nuevas fórmulas terapéuticas para enfrentar de manera diferente los problemas de las personas, sobre todo porque influye su forma de ser y de enfrentar problemas y de las personas que buscan ayudarlas. Desde este nuevo punto de vista, no se trata de ver los problemas de las personas como categorías universales o ahistóricas, sino como *Construcciones Sociales* características de un momento histórico y de una particular forma de pensar, tanto en los pacientes como de los terapeutas.

Del posmodernismo se derivaron dos corrientes de pensamiento, el Constructivismo y el Construccinismo Social.

Constructivismo

El *Constructivismo* es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden. El pensamiento constructivista contemporáneo tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica que

presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y crear significado (inventar, en sentido literal, más que descubrir la realidad).

Los orígenes filosóficos del Constructivismo incluyen la nueva ciencia y el concepto de “universales imaginativos” de Vico (1948) en Mahoney (1998), el análisis de los límites del conocimiento derivado de Kant y la filosofía neokantiana del “como si” de Vaihinger, mientras que las primeras aportaciones al pensamiento constructivista en psicología incluyen la Epistemología Genética de Jean Piaget, el Análisis Constructivista de la Memoria Humana de Bartlett, el tratado sobre la Naturaleza Constructiva del Sistema Nervioso Humano de Hayek, la Psicología de los Constructos Personales de Kelly y la Metateoría Motriz de la Mente de Weimer.

Las Teorías Constructivistas, edificadas sobre esas bases iniciales filosóficas y psicológicas, han desempeñado un papel cada vez más significativo en la ciencia psicológica contemporánea. En particular el Pensamiento Constructivista ha surgido como perspectiva destacada en diversos campos psicológicos como la psicología cognitiva, la psicología evolutiva, la psicopatología evolutiva, la psicología educativa, la psicología ambiental, la psicología de la emoción, la terapia familiar, la psicología feminista y los estudios de género, la psicología narrativa y del discurso, la percepción y la memoria, la personalidad, la psicoterapia y el asesoramiento psicológico, la psicología personal y la psicología social (Lyddon, 1998).

Se pueden diferenciar 4 formas de Constructivismo Psicológico⁵:

1ª.- ***Las Teorías del Constructivismo Material:*** se basan en la idea de la causalidad material y en la noción de que el conocimiento es exclusivamente una función de las estructuras o materiales básicos de la persona que tiene ese conocimiento. Ontológicamente, la realidad está determinada por la estructura y es cognoscible sólo mediante el carácter organizacional cerrado del sistema cognitivo humano.

De estas teorías se deriva el Constructivismo Radical, en el que la realidad es exclusivamente una función de la estructura del sistema cognitivo humano.

⁵ Tomado de Lyddon (1998).

2ª.- **Las Teorías Constructivas Eficientes:** existen independientemente del conocedor en forma de información ambiental, información que actúa sobre el conocedor. De acuerdo con estas teorías, la información tiende a fluir del ambiente a la persona de manera causal, lineal y eficiente, se “procesa” (reconstruye) activamente, y se convierte en útil y adaptativa si se desarrollan representaciones cognitivas válidas o precisas.

De estas teorías se derivan Modelos de Procesamiento de Información y la Teoría del Aprendizaje Social.

3ª.- **Las Teorías Formales del Conocimiento Construido:** que se basan en los supuestos causales formales y en la identificación de patrones significativos en el flujo continuando momento a momento de la experiencia dentro del contexto. Desde esta perspectiva constructivista formal, las realidades personales están limitadas por los roles, valores y narrativas constituidos social e históricamente que componen los contextos cambiantes de la vida de la gente.

De estas teorías se derivan el Construccinismo Social y la Psicología Narrativa.

4ª.- **Las Teorías Constructivistas Finales:** se basan en el concepto de causa final y en la visión de que el mundo es fundamentalmente teológico, y existe como previsión de alguna estructura más amplia. Tiene como idea fundamental que surgen nuevas y más inclusivas formas de conocimiento de la síntesis de las inevitables discrepancias, contradicciones y tensiones que surgen de las interacciones persona – ambiente.

De estas teorías se derivan la Teorías Evolutiva y Dialéctica, Perspectiva de Sistemas y Psicología Transpersonal.

En esta familia de teorías y terapias se enfatizan al menos tres principios interrelacionados de la experiencia humana:

- a) Que los humanos son participantes proactivos (y no reactivos y pasivos) en su propia experiencia, es decir, en toda la percepción, memoria y conocimiento
- b) Que la vasta mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan a un nivel de conciencia tácito (inconsciente o subconsciente)

- c) Que la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales.

Construccionismo

El *Construccionismo*, emerge en el ámbito de la psicología social, con la Teoría de la Construcción Social desarrollada por Kenneth Gergen (1985); se opone a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Los teóricos construccionistas consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Así, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente” (Hoffman, 1992).

Para el construccionista social español Tomás Ibáñez (1990) el *Construccionismo* es el heredero intelectual del racionalismo y de su vertiente teórica contemporánea; la orientación construccionista podría ser considerada como una aproximación ecléctica, sobre todo por sus fuentes de inspiración. Se trata de una característica que, además de configurar una nueva tendencia o perspectiva, al mismo tiempo retoma otras analogías o puntos de vista, particularmente aquellos que han ido nutriendo a esta interesante orientación. Es el caso de Wittgenstein, Foucault, Gadamer, Ricoeur, Rorty, Georgoudi, Rosnow, Giddens, Bhashkar, Habermas o Derrida, Jean-François Lyotard o Paul Feyerabend (Limón, 2005).

Las principales orientaciones y aportaciones que dieron origen al construccionismo social fueron⁶:

La teoría de la acción y su preocupación por el tema de la intersubjetividad y por la naturaleza social de los significados; una teoría que concibe al ser humano como un agente propositivo, capaz de autodirigir su conducta, dotado de racionalidad práctica e implicado en actividades de construcción y desciframiento de significados.

La corriente etogenética de Rom Harré, corriente que mantiene un estrecho vínculo con las dimensiones wittgenstenianas de la teoría de la acción y con elementos provenientes del interaccionismo simbólico.

⁶ Tomado de Limón (2005).

Teoría de la atribución que tiene sus raíces en la fenomenología de Heider y profundiza sus trabajos en el análisis de las formaciones y prácticas discursivas; una teoría sensible, según Ibáñez, a la influencia del post-estructuralismo y a la propuesta derridiana de la deconstrucción.

Orientación dialéctica-marxista y post-marxista en donde destacan los trabajos de Marianthi Georgoudi que enfatiza la naturaleza histórica y relacional de los objetos, así como su carácter procesal y evolutivo.

El contextualismo de Ralph Rosnow orientación inspirada por el pragmatismo norteamericano y por la dialéctica hegeliana, pone el énfasis en el carácter organizado de la totalidad contextual en el que transcurren los acontecimientos humanos, resaltando con ello que el contexto sólo existe a través de los actos que constituye, y que los actos sólo existen en relación con el contexto que los constituye.

La teoría de la estructuración de Anthony Giddens, que resalta la naturaleza prioritariamente hermenéutica de los significados, así como los niveles de conocimiento “discursivos” y “prácticos” de los actores sociales.

El modelo transformacional de la actividad social de Roy Bhaskar, que destaca el carácter abierto de los sistemas sociales tanto como su dimensión crítica, así como los posibles efectos emancipatorios de las ciencias sociales, sobre todo, en la medida que aportan elementos para que las personas perciban las fuentes de determinación que actúan sobre ellas y, al mismo tiempo, para que se liberen de las falsas concepciones.

La teoría crítica de Jurgen Habermas en su distinción entre el interés por el control y la predicción, y el interés por la comprensión y por la emancipación, mismos que subyacen, según el propio Habermas, en tres tipos de conocimientos distintos: el analítico, el hermenéutico y el crítico, incluido, en este último, su preocupación por articular “saberes emancipatorios”.

La orientación hermenéutica en el que resaltan nombres como Dilthey, Heidegger, Wittgenstein, Gadamer, Habermas, Ricoeur o Taylor, orientación que destaca que el saber descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre las preinterpretaciones inherentes al lenguaje. Esta orientación que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio-

históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan, pero una interpretación, por cierto, que siempre estará condicionada por nuestra posición dentro de una tradición histórica y cultural.

Este enfoque se orienta hacia la *interpretación textual* (“*el giro interpretativo*”), teniendo el terapeuta como tarea la creación ilimitada de nuevo sentido (de nuevas historias) manteniendo abierta la conversación con el paciente. La terapia debe generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los clientes. El terapeuta es cada vez menos protagonista.

De hecho como el “**saber**” está socialmente construido, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pudiera descubrir: *la narrativa surgirá de la conversación sin que el terapeuta sea el autor*. La terapia construccionista busca la sustitución de algunas ideas consolidadas en el discurso social, esto apoyado por la idea de que no hay verdades sociales indiscutibles, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que “nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás”.

Esta tendencia epistemológica afirma que la mente no refleja el mundo, que las palabras no reflejan el contenido de la mente y, por tanto, que las palabras no reflejan al mundo o a la realidad, provocando que ésta sea una convención cultural históricamente situada y medida a través del lenguaje; el significado de las palabras no se deriva de los procesos que supuestamente representa, sino, como lo menciona Wittgenstein, de su posición en las secuencias de la acción o “juegos de lenguaje”; el lenguaje es metafórico por naturaleza propia, como lo afirma el deconstruccionismo de Jacques Derrida, y éste, no deriva sus características de la realidad sino de otro lenguaje en donde el significado último de las palabras suele llegar a perderse entre los complejos laberintos de la historia.

Las orientaciones metodológicas de la psicoterapia socioconstruccionista se identifican como:

- 1) la introducción de diferencias
- 2) la propuesta de diferentes descripciones de cierto acontecimiento
- 3) las nuevas maneras de vincular comportamientos y acontecimientos
- 4) la introducción de la reciprocidad

II.1.2.- Análisis de los principios teórico-metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

a) MODELO ESTRUCTURAL

Salvador Minuchin, médico psiquiatra, nació en Argentina en 1921 dentro del seno de una familia judía; emigró a Estados Unidos a inicios de la década de los sesenta. A partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían problemas psicosomáticos (Desatnik, 2004).

El trabajo realizado en la *Wiltwyck School for Boys* le permitió a Minuchin realizar análisis sociológicos del impacto que el contexto ejercía sobre familias pobres; para comprenderlas mejor adoptó el *Modelo de Familia Nuclear desarrollado por Talcott Parsons*, lo que permitió interpretar la estructura y distribución de las funciones familiares. Con este trabajo se sentaron las bases hacia lo que se convertiría en la Terapia Estructural de la Familia.

En 1965 inició la dirección de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, entrando así en contacto con una población de diversos niveles sociales y económicos. Braulio Montalvo y Jay Haley se incorporaron al equipo de trabajo junto con Minuchin. En 1969 se creó dentro de la Clínica el *Institute for Family Counselling (IFC)*, un proyecto de formación en terapia familiar para no profesionales; con esto, los tres comenzaron a impartir sus enseñanzas, utilizando sistemáticamente la supervisión directa y la revisión de videograbaciones. De este trabajo surgió la idea de que la falta de organización de la familia tenía enormes efectos sobre el comportamiento y sobre las personas.

En 1970 Minuchin comenzó a trabajar con pacientes con problemas médicos como la anorexia y la diabetes infantil, publicó sus obras *Familias y Terapia Familiar* (1974) y *Técnicas de terapia familiar* (1981). A partir de 1980 inició actividades de formación terapéutica en su centro privado en Nueva York (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A continuación se describen algunas características propias del Modelo:

| | |
|-------------------------|---|
| Antecedentes Históricos | <p>Minuchin entre los años 1965 y 1970, desarrollando su trabajo como director en la Clínica de orientación familiar de Filadelfia creó un enfoque terapéutico centrado en la Estructura Familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras.</p> <p>La terapia estructural de familia desarrollada por Minuchin y sus colegas (Montalvo, Guerney, Rosman & Shumer, 1967) enfatiza la importancia de la organización de la familia para el funcionamiento de la unidad familiar y el bienestar de sus miembros (Ochoa de Alda, 1995).</p> |
| Objetivo del Modelo | <p>El objetivo central de este modelo es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva, competente y cooperativa.</p> <p>El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida familiar que sustituyan a las pautas de rigidez y rutinas crónicas que caracterizan un sistema patológico (Ochoa de Alda, 1995).</p> |
| Supuestos Básicos | <p>Los terapeutas estructurales familiares reconocen explícitamente la transacción del ciclo vital.</p> <p>Se enfatiza la distribución del poder y la flexibilidad en las familias, así como la jerarquía.</p> <p>Los componentes de la terapia estructural son:</p> <p>1°.- La estructura de la familia: es la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia; esta estructura describe las secuencias que pueden ser predecibles, e involucrará y establecerá reglas que rijan sus transacciones</p> <p>2°.- Los subsistemas: se dan por la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo, o más formarán un subsistema, éstos son determinados por generaciones (parental, fraterno, familia extensa)</p> <p>3°.- Los límites: barreras invisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).</p> |
| Sistema Familiar | <p>En el sistema familiar al igual que en cualquier sistema existe una serie de subsistemas, los cuales permiten el funcionamiento de la familia y se forman por generaciones, sexo, interés o funciones.</p> <p>Todo individuo pertenece a un subsistema o varios. Cada uno posee diferentes niveles de poder y aprende habilidades específicas.</p> <p>En el subsistema individual cada miembro de la familia es un subsistema que afecta y es afectado por los demás miembros. Por ejemplo, cuando uno de los hijos presenta un problema, la familia en su totalidad se ve afectada y a la vez ésta afecta y retroalimenta la conducta problema del hijo, en cuyo caso el hijo resulta ser solo el paciente identificado, el portador del síntoma.</p> <p>El subsistema conyugal está constituido por dos adultos de diferente sexo que se unen con la intención expresa de formar una familia. Posee funciones y tareas específicas, vitales para el funcionamiento familiar.</p> <p>El subsistema conyugal tiene que estar protegido por un límite que evite las interferencias de los demás subsistemas y sistemas, en particular del subsistema fraterno y de las familias de origen. Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos y una disfunción en él, repercute en el subsistema</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>fraterno.</p> <p>El subsistema parental tiene su origen en el nacimiento del primer hijo. En la familia intacta, el subsistema parental debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar al hijo, sin renunciar al mutuo apoyo y las tareas que corresponden al subsistema conyugal. En este subsistema debe existir un límite claro y flexible que permita al niño acceso a ambos padres y que a la vez lo excluya de las funciones maritales y parentales.</p> <p>El subsistema fraterno es el primer laboratorio de aprendizaje social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Aquí los niños se apoyan, se alimentan, se cuidan y se desahogan mutuamente. Las pautas aprendidas en este subsistema serán generalizadas a otros subsistemas, tanto en la infancia como en la vida adulta (Minuchin y Fischman, 1984).</p> |
| Composiciones Familiares | <ul style="list-style-type: none"> • Familias de Pas de deux • Familias de tres generaciones • Familias con soporte • Familias acordeón • Familias cambiantes • Familias huéspedes • Familias con padrastro o madrastra • Familias con un fantasma • Familias descontroladas • Familias psicósomáticas (Minuchin y Fischman, 1984). |
| Paciente Identificado | <p>Es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema (Minuchin, 1974).</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Elementos Fundamentales de la Estructura y Funcionamiento Familiar</p> | <p>Los límites cuya función será proteger la determinación de los subsistemas y con esto establecer los roles, las funciones y las demandas específicas a sus miembros.</p> <p>Para que estos lo puedan lograr exitosamente deben tener la suficiente libertad de acción y no verse impedidos por las interferencias de otros sistemas. Deben ser claros, es decir, estar claramente definidos pero ser flexibles.</p> <p>La jerarquía se refiere al orden establecido en cuanto a nivel de autoridad, tanto en el sentido de poder, como en el de crédito, que se le reconoce a cada persona dentro de la familia.</p> <p>En ocasiones se confunden los niveles jerárquicos, cuando los padres o uno de ellos delega en alguno de los hijos funciones y/o tareas que corresponde a ellos realizar, lo cual facilita la aparición de síntomas.</p> <p>La flexibilidad se refiere a la capacidad de cambiar permitiendo la reestructuración de la familia y el desarrollo de los individuos de acuerdo a las demandas internas y externas.</p> <p>La alianza consiste en la cercanía entre dos o más miembros de la familia. Esta proximidad se manifiesta a través del afecto que se muestran, qué tanto platican y el grado en que comparten actividades.</p> <p>La alianza afecta a todo el sistema, que a su vez repercute en los miembros de la alianza. La formación de alianzas al interior de la familia es natural y necesaria, estas son cambiantes, flexibles y deben permitir a cualquier miembro la convivencia con otros. Así, una alianza rígida intergeneracional puede romper los límites entre subsistemas e influir negativamente en la jerarquía.</p> <p>Un miembro tiene centralidad, cuando participa en un mayor número de alianzas y acapara más la atención de los demás; lo cual le permite estar expuesto a más información de lo que ocurre a su alrededor, generalmente a expensas de que otro miembro mantenga una posición lejana y por lo mismo con menor oportunidad de recibir y de dar información a los demás miembros de la familia.</p> <p>La persona que ocupa una posición central estará agobiada por la constante información de los que la rodean, interfiriendo tal situación en su proceso de autonomía, mientras que una periférica puede carecer del apoyo necesario para su adecuado sentido de pertenencia al grupo.</p> <p>Las coaliciones son uniones de dos personas que a diferencia de las alianzas, implican un proceso de acción en contra de un tercer individuo. Las alianzas que se convierten en coaliciones suelen producir irregularidades en la jerarquía, pudiéndose formar triadas o triangulaciones.</p> <p>Al igual que las alianzas, las coaliciones se presentan en cualquier familia y son flexibles, sin embargo, al volverse rígidas, impiden el adecuado funcionamiento familiar (Minuchin, 1974).</p> |
| <p>Intervenciones</p> | <p>Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia.</p> <p>Para poder intervenir se deben incluir tres pasos fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>2) Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente. 3) Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura</p> <p>El terapeuta debe evaluar la familia y desarrollar objetivos terapéuticos basados en esa evaluación. Y debe intervenir de modo tal que facilite la transformación del sistema familiar en esa dirección, la meta de su intervención es la familia (Minuchin, 1974).</p> |
| Procesos Estructurales | <p>— Creación del sistema terapéutico (joining):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unión y acomodamiento • Mantenimiento • Rastreo • Mimetismo • Diagnóstico • Contrato terapéutico • Unión con los subsistemas <p>— Reestructuración de la familia (mapa de la estructura familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Captar las pautas transaccionales de la familia • Señalamiento de los límites • Acrecentamiento del estrés • Asignación de tareas • Utilización de los síntomas (centrado en el síntoma, exageración del síntoma, desacentuación del síntoma, adopción de un nuevo síntoma, reetiquetamiento del síntoma, modificación del afecto del síntoma) • Manipulación del humor • Apoyo, educación y guía <p>— Aplicación de las técnicas de intervención (Minuchin, 1974; Sánchez y Gutiérrez, 2000).</p> |
| Estrategias Estructurales | <p>— Cuestionamiento del síntoma: <i>el objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes</i></p> <p>Sus técnicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escenificación • Enfoque • Intensidad <p>— Cuestionamiento de la Estructura familiar: <i>el terapeuta reconvierte en un miembro participante del sistema con tal de formar un diagnóstico vivencial de su funcionamiento</i></p> <p>Sus técnicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fijación de fronteras • Desequilibramiento • Complementariedad <p>— Cuestionamiento de la Realidad familiar: <i>con el objetivo de modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia para elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos</i></p> <p>Sus técnicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constructos cognitivos • Intervenciones paradójicas • Lados fuertes (Minuchin y Fischman, 1984). |

| | |
|-----------------------|--|
| Postura del Terapeuta | <p>Los teóricos de la terapia familiar estructural reconocen y aceptan la interacción del terapeuta en el sistema familiar para motivar el cambio, para convertir el sistema familiar en un sistema “familia-terapeuta”.</p> <p>El terapeuta resulta muy directivo en su tarea de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas.</p> <p>A lo largo del proceso terapéutico podrá asumir diferentes posturas con tal de tener capacidad de maniobra y desafiar al sistema familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Posición de proximidad o cercanía:</i> aliándose o coligándose con algún integrante. • <i>Posición intermedia:</i> el terapeuta participa como un oyente activo, neutral con tal de rastrear información del sistema familiar. • <i>Posición distante:</i> asume una postura de especialista para poder disponer secuencias de interacción y promover la escenificación de los movimientos familiares, acepta y apoya determinados valores familiares (Minuchin y Fishman, 1984). |
|-----------------------|--|

Conclusiones

La gran trayectoria de Minuchin y el trabajo realizado a lo largo de 5 décadas ha sido fundamental para el ejercicio de la terapia familiar a nivel mundial. Para todo terapeuta familiar resulta básico tener un primer contacto con la terapia estructural como base para el ejercicio clínico dentro de esta disciplina. Sus premisas resultan claves diagnósticas que contribuyen a la realización de un mapa familiar y con esto obtener información valiosa para cualquier intervención.

Dentro de la formación como terapeuta la aplicación de este modelo teórico resultó enriquecedora ya que los conocimientos adquiridos tuvieron una gran aplicabilidad y sentaron las bases para establecer un diagnóstico estructural familiar aun cuando se aplicaron otros modelos (soluciones, colaborativo, narrativo).

b) MODELO ESTRATEGICO

En los inicios del grupo de Palo Alto (de 1952 a 1962) antes de que se creara el Mental Research Institute, **Jay Haley** trabajó con Bateson y con Weakland estudiando los “*problemas de comunicación*”; con el desarrollo de la *Teoría del Doble Vínculo* abordaron cuestiones como la paradoja en la comunicación, la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. De igual manera, *el control y el poder en las familias* siempre fueron del interés de Haley, quien los consideraba como producto de la necesidad de un sistema, más que la necesidad de una

persona. A finales de la década de los 60 Haley inició su experiencia práctica como terapeuta privado (Galiccia, 2004).

Ya como investigador en el MRI publicó en 1963 su obra “*Estrategias en psicoterapia*”, en la que exponía sus reflexiones sobre los trabajos de comunicación creando un estilo terapéutico basado en las directivas que provenían de las técnicas propuestas por Milton Erickson, de quien recibió entrenamiento y supervisión.

Al abandonar el MRI, Haley continuó sus trabajos en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, junto con Minuchin, Montalvo y Madanes. Mientras laboró ahí construyó un modelo de terapia que unía sus intuiciones estratégicas anteriores con algunos elementos directamente estructurales (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Cloé Madanes, licenciada en 1965 en psicología en su natal Argentina, acudió a seminarios del MRI donde se interesó por la terapia familiar. En 1969 colaboró con Minuchin y Haley en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* y poco tiempo después contrajo matrimonio con Haley.

En 1975, la pareja recién formada abandona Filadelfia y se trasladan a Washington; juntos fundan el *Family Therapy Institute* y realizan varias publicaciones, entre ellas “*Problem-solving therapy*” en 1976, “*Leaving home*” en 1980 y “*Ordeal therapy*” en 1984.

Por su parte Madanes escribió “*Strategic Family Therapy*” en 1981 y “*Behind the one mirror*” en 1984 consolidando su reputación como terapeuta y docente. Su estilo terapéutico se caracterizó por una actividad extrema, con innumerables intervenciones, muy creativas y ofrecidas en un tono ligero, de comedia, una combinación de elementos dramáticos, expresivos y lúdicos. Se dedicó a la didáctica y a la supervisión directa (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A continuación se presentarán algunas características propias del Modelo

| | |
|-------------------------|--|
| Antecedentes Históricos | <p>Jay Haley y Cloé Madanes desarrollaron el enfoque de Terapia Familiar Estratégica en 1975.</p> <p>Existen tres elementos que influyeron en el surgimiento del Modelo:</p> <p>1) Los trabajos del MRI durante el periodo de 1952 – 1962 en relación a la Comunicación en las familias.</p> |
|-------------------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>2) El trabajo realizado por <i>Milton Erickson</i>, quien consideraba que <i>las pautas de conducta son modificables y deben ser utilizadas siempre y cuando sean exitosas, al igual que la experiencia del paciente</i>.</p> <p>3) El trabajo de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo sobre el Modelo Estructural.</p> <p>Con la publicación de <i>Estrategias en Psicoterapia</i> en 1963 Haley inicia la interpretación de la terapia en términos estratégicos (Galicia, 2004).</p> |
| Definición del Modelo según Haley | <p>Terapia 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”.</p> <p>Considera que la terapia estratégica “no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente” (Haley, 1973).</p> |
| Supuestos Básicos | <p>El Modelo Estratégico es <i>jerárquico</i> (las personas utilizan estrategias y tácticas para mantener el poder de definir la relación con el otro); <i>normativo</i> (porque considera la existencia de una estructura jerárquica “correcta” que no produce patología).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Los problemas son cuestiones fundamentalmente relacionales, más que individuales. 2.- En los problemas es importante tratar con el aquí y el ahora y los procesos más no el contenido. 3.- Es necesario individuar y definir el problema específico, y por tanto proceder a tratar solamente eso, sin proponerse cambios relativos a entidades menos definidas, como la personalidad, el carácter, etc. 4.- El comportamiento observable es el que cuenta en la terapia, no las ideas sobre si mismo, los otros y la naturaleza de los problemas referidos por las personas: se basa en la observación directa y también en la intervención directa sobre los comportamientos. 5.- El camino que se escoge es siempre el más corto posible; los patrones explicativos deben ser los más sencillos y la terapia tiende a ser breve. 6.- La atención del terapeuta no debe ir dirigida a la comprensión de las causas del problema, sino a la solución de los problemas. 7.- El terapeuta debe ser activo. 8.- La definición del problema concierne al cliente; lo que éste expone al terapeuta corresponde al problema y debe ser reconocido como tal por el terapeuta (Ochoa de Alda, 1995). <p>Este modelo pretende ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en diversas etapas de la vida familiar a fin de pasar a la etapa siguiente: 1) periodo del noviazgo; 2) primeros tiempos del matrimonio; 3) nacimiento de los hijos y trato con ellos; 4) periodo intermedio del matrimonio; 5) “destete “de los padres respecto de sus hijos); 6) retiro de la vida activa y vejez (Madanes, 2001).</p> |
| Aplicación del Modelo | Se establecen seis etapas para la aplicación del Modelo Estratégico: |

| | |
|------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir a la familia en el escenario del tratamiento 2. Definir el problema 3. Determinar el comportamiento que mantiene el problema 4. Establecer los objetivos del tratamiento 5. Tratar y establecer conductas de interacción 6. Finalizar la intervención (Sánchez y Gutiérrez, 2000). |
| Entrevista | <p>Comprende 4 etapas:</p> <p>1) La Fase Social En la primera sesión, el terapeuta comienza presentándose y saludando a los miembros de la familia a quienes pregunta sus nombres, comportándose como un anfitrión que recibe a sus invitados procurando que se sientan cómodos.</p> <p>2) El Planteamiento del Problema Se puede empezar a preguntar de diferentes maneras, cada una de las cuales puede determinar el curso de la entrevista. Cuando el “portador” del síntoma es un niño, Haley recomienda dirigirse en primer lugar al adulto que parece estar más desligado del problema, tratando con la mayor consideración y respeto a quien se muestre más motivado para traer a la familia a nuevas entrevistas (siempre hay que evaluar el grado de participación de cada miembro del grupo). Es preferible preguntar al niño menos implicado, normalmente el más pequeño, quien puede dar información interesante que no aportarían otros miembros.</p> <p>Durante el planteamiento del problema, el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. La finalidad de esta etapa es recabar la opinión de todos los presentes acerca del problema, y para lograrlo el terapeuta es quien dirige directamente la conversación, dando el turno correspondiente a cada uno.</p> <p>3) La Fase de Interacción El terapeuta debe formular hipótesis en torno a la función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además, recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá como están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión.</p> <p>En la <i>fase de interacción el terapeuta se sitúa en un plano secundario</i>, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgidas. <i>El diálogo servirá para que el clínico determine que tipo de secuencia existe en el sistema familiar</i>, fundamentalmente en términos de alianzas y posiciones de poder.</p> <p>El terapeuta debe partir de ciertos supuestos básicos acerca de la relación recíproca entre el síntoma y el sistema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La aparición de un síntoma por lo general coincide con algún cambio efectivo o previsto en la familia que amenaza alterar el equilibrio. 2) La ansiedad en torno a este cambio activa conflictos que han estado latentes, y estos conflictos, en lugar de resolverse, se expresan a través de un síntoma. 3) El síntoma puede ser un medio de evitar este cambio amenazador o de suministrar un modo de que se produzca. |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>4) El Establecimiento de Metas</p> <p>El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluyan a los que van apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crea importantes (Haley, 1976).</p> |
| Papel del Síntoma en la Familia | <p>Es considerado como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Modo de estabilizar las estructuras jerárquicas 2) Tácticas de poder personales (Bertrando y Toffanetti, 2004). |
| Estrategias Terapéuticas | <p>El enfoque de terapia familiar estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ellos se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente de poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.</p> <p>Las estrategias propias del Modelo son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La definición de los cambios deseados por la familia, que constituye la cuarta fase de la primer entrevista debe realizarse en términos claros y precisos. Operacionalizar los objetivos permite centrar la terapia en lo importante y hace resoluble el problema. 2.- Después de evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, consistente en establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen, para lo cual utilizará las técnicas que crea más convenientes. 3.- Después de evaluar quienes están involucrados en el problema, a quién protege el “portador del síntoma” y de qué manera, se programa un cambio por etapas; la primera de las cuales es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad. 4.- Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática – en la que reside el poder sobre sus progenitores - , pero no puede hacerlo directamente, sino a través de los padres, quienes deben retirar al niño el poder que le han delegado. Para modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades de tal forma que la protección de su hijo no les sea indispensable. 5.- En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado. La meta terapéutica no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino lograr que lo cambie para resolver los problemas presentados, siempre evitando confrontaciones que favorezcan la aparición de resistencias. 6.- Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentarla. Deben anticiparse y responderse las objeciones de los miembros de la familia, impartiendo nuevas directivas basadas en nuevas definiciones del problema que el terapeuta planeará con todo cuidado motivándoles para que hagan lo que sugiere. Generalmente, una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando una no tiene éxito se intente otra. 7.- Cuando un problema incluye dos generaciones Haley propone dos estrategias: utilizar a la persona periférica, romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>superar el problema.</p> <p>Esto procede por etapas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la primera, el padre, apoyado por el terapeuta, desplaza a la madre haciéndose totalmente a cargo del hijo. • Se rompe la coalición madre-hijo mediante una tarea. • Se une a los progenitores para que ayuden a su hijo a eliminar el síntoma. <p>8.- Madanes ha diseñado cuatro estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el padre pida al niño que tenga el síntoma • El padre debe pedir al niño que tenga el síntoma • El padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma. • El padre pide al niño que simule ayudarlo (Haley, 1976). |
| Técnicas de Intervención | <ul style="list-style-type: none"> • Connotaciones positivas • Redefiniciones • Tareas directas • Tareas paradójicas • Tareas basadas en la simulación • Inversiones • Ordalías • Metáforas • Rituales • Negociación • Prescripción del síntoma |
| Papel del Terapeuta | <p>En un rol directivo, el terapeuta reorganiza las estructuras desequilibradas adoptando en la terapia estrategias y tácticas que hacen inútiles los intentos del cliente por mantener el control de la relación.</p> <p>Emplea preferentemente medidas directivas que se tienen que aplicar fuera de la sesión haciendo “reestructuraciones” y “reformulaciones” (Bertrando y Toffanetti, 2004).</p> |

Conclusiones

Si bien el Modelo Estratégico en la Terapia Familiar se consolidó teóricamente con el trabajo de Haley y Madanes en la década de los 70's, éste se fue integrando con las múltiples investigaciones y estudios antecedentes de su principal representante dentro del MRI. En este periodo Haley tuvo la influencia clínica de Erickson de tal forma que la hipnosis y las intervenciones terapéuticas poco ortodoxas se fueron consolidando como precursores estratégicos; los estudios realizados sobre la comunicación, el control y el poder dentro de las familias, complementaron las premisas propias del modelo.

Considero que este Modelo Teórico al asentar las bases estratégicas para las terapias breves, tiene gran aplicabilidad en la actualidad; el hecho de aportar elementos teóricos que permitan buscar la adaptación en los periodos de transición del ciclo vital es una característica propia de este modelo y aporta intervenciones específicas útiles en el manejo de las jerarquías

familiares como forma de reestructurar la funcionalidad familiar en las diferentes etapas por las que se vive.

El tener un conocimiento claro del Modelo permite centrarse en cuestiones del “proceso familiar” más que en cuestiones del contenido de las sesiones, habilidad que debe ser aplicada acertadamente dentro de las terapias estratégicas, ubicándose en el presente y en el problema sin caer en una superficialidad terapéutica.

c) TERAPIA BREVE

El “Grupo Bateson” creado en 1952 estuvo integrado por **Weakland, Haley y Fry, Jackson y Bateson** teniendo como interés principal el estudio de la naturaleza y los niveles de la comunicación. En 1956 publican la hipótesis del doble vínculo en el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, elaborado a partir del trabajo directo con familias de pacientes esquizofrénicos. El grupo poco a poco fue perdiendo cohesión hasta llegar a la separación (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1959 Jackson fundó el Mental Research Institute, contratando a Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se le unieron Haley, Weakland y Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y como profesor. 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, incorporando el aspecto emocional de la comunicación, como producto de una amplia variedad de conductas y comunicaciones humanas (Wittezaele y García, 1994).

El Modelo de Terapia Breve está ligado a lo que acontece en la segunda y tercera década de existencia del propio MRI, estuvo integrado por Weakland, Jackson, Watzlawick y Fisch. Después de la muerte de Jackson en 1968, John Bell fungió como director hasta 1973 para ser substituido por Riskin. Publican varias obras entre ellas *Cambio* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), *La táctica del cambio* (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

A continuación se presentan algunas características propias del Modelo:

| | |
|-------------------------|---|
| Antecedentes Históricos | El proyecto del Centro de Terapia Breve comenzó en enero de 1967, retomando el trabajo realizado en el Mental Research Institute. |
|-------------------------|---|

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>Dick Fisch (director del proyecto), Paul Waltzlawick, John Weakland y Arthur Bodin constituyeron el equipo de trabajo, sus objetivos principales eran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentaban las familias, 2) transformar la terapia de un arte a un oficio que pudiera ser comprendido y aplicado por otros y 3) estudiar los cambios de los sistemas familiares (Espinosa, 2004). |
| Epistemología | <p>Las premisas explicativas se nutrían de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la Cibernética – la Teoría de la Información. – la Terapia Estratégica de Erickson – la Teoría de los Grupos – la Teoría de los Tipos Lógicos (Wittezaele y García, 1994). |
| Presupuestos Básicos | <ul style="list-style-type: none"> – La Terapia Breve se desarrolló a partir de una investigación que intentaba precisar y sistematizar las condiciones que conducen a las personas a cambiar. Este punto de partida marcará una diferencia profunda con respecto a los otros enfoques terapéuticos. – No se buscan causas históricas, se centran en aspectos relacionales actuales. – No se busca patología alguna en el paciente. – No es normativa, es decir, no hay estándares de normalidad o funcionalidad, por tanto la meta es el objetivo de cambio del paciente. – No hay una hipótesis de partida que se tenga que confirmar, como tampoco hay una concepción precisa sobre el funcionamiento del hombre, ni sobre su comportamiento. – Se acepta todo lo que el paciente tiene o hace (los recursos que reconocía Erickson). – La pregunta formulada para buscar el cambio es: <i>¿Cómo persiste esta situación no deseada y qué hay que hacer para cambiarla?</i> – Buscar el cambio mínimo. – Los objetivos terapéuticos son establecidos tanto por el cliente como por el terapeuta. – Identificar el impulso básico que origina el problema y con esto modificar los patrones conductuales de las soluciones intentadas que mantienen el problema. – No necesariamente se trabaja con todos los integrantes de la familia (Espinosa, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Fisch, Weakland y Segal, 1994). |
| Definición de los Problemas | <ul style="list-style-type: none"> – Se dan por un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de vida. |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>— Una dificultad mal manejada es un intento de solución (Fisch, Weakland y Segal, 1994).</p> |
| Concepción de las Dificultades | <p>De manera general, las dificultades pueden empeorarse de tres modos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Adoptando una solución que equivale a negar el problema: se impone una intervención que no se ha realizado 2.- Esforzándose en modificar una dificultad que es inalterable o inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender 3.- Cometiendo un error de tipo lógico: interviniendo en el nivel equivocado (se utiliza un cambio de tipo 1 para resolver un problema que solo admite un cambio de tipo 2), o viceversa (queriendo un cambio completo de actitud cuando sería suficiente un cambio de conducta (Wittezaele y García, 1994). |
| Planificación del Caso | <p>Se tiene un encuadre de máximo 10 sesiones.</p> <p>Como metodología proponen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Establecer el problema del cliente para comenzar con la comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a consulta. 2) Establecer la solución intentada por el cliente dado que el problema se conserva debido a los esfuerzos que realiza por solucionarlo, será necesario identificar el impulso básico. 3) Decidir qué se debe evitar si se sabe lo que hay que evitar, el terapeuta no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente. 4) Formular un enfoque estratégico las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente apartándose 180° de dicha dirección. 5) Formular tácticas concretas aunque la solución de un problema exija el abandono de la solución ensayada por el paciente, éste no puede limitarse a dejar de hacer algo, sin hacer otra cosa en cambio. 6) Encuadrar la sugerencia en un contexto: vender la tarea después de que el terapeuta haya formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de inducir a éste para realizarla. 7) Formular objetivos y evaluar el resultado el indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 1994). |
| Concepción del Cambio | <p>Alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenida por ellos.</p> |
| Tipos de Cambio | Cambio Tipo 1 |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>Se hablará de este cambio cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas. El ejemplo más sencillo es la desviación con respecto a una norma de funcionamiento. Esta desviación será automáticamente compensada por unas reacciones homeostáticas.</p> <p>Cambio Tipo 2 En este cambio uno se sitúa fuera del sistema, solamente aparece como un cambio de las premisas” que gobiernan el sistema como totalidad (Wittezaele y García, 1994).</p> |
| La Intervención de los Problemas | <p>El equipo del MRI elabora una práctica de intervención en 5 tiempos:</p> <p>1.- Determinar quién es el “que se queja”, quién es el que sufre por esta situación, el síntoma es considerado como la expresión de una adaptación ideosincrática al entorno.</p> <p>2.- Definir el problema, no es cuestión de definirlo en referencia a una norma cualquiera de “buen funcionamiento”, ¿qué hace esta persona, qué desearía no hacer? O ¿qué no consigue hacer cuando desearía hacerlo?</p> <p>3.- Examinar las “soluciones” empleadas. El examen de las soluciones aplicadas por el cliente para superar su problema aporta información sobre lo que hay que evitar, sobre lo que no puede contribuir a la desaparición del sufrimiento.</p> <p>Esta etapa que contribuye a comprender la red relacional, el “sistema” pertinente para la intervención, los mecanismos de la comunicación que aumentan la dificultad y hacen que persista. “¿Quién interviene y cómo, para resolver el problema?”</p> <p>4.- Definir un objetivo accesible. la precisión del objetivo permitirá delimitar mejor el problema.</p> <p>5.- Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio. Se trata de la fase de elaboración de la estrategia y de las tácticas del cambio (Wittezaele y García, 1994).</p> |
| Intervenciones | <p>El movimiento estratégico principal de la terapia breve es: romper el círculo vicioso: problema → intentos de solución ineficaces.</p> <p>El terapeuta debe hablar el lenguaje del paciente y tener en cuenta la posición de los mismos para que la tarea tenga un sentido y pueda realizarse en las mejores condiciones.</p> <p>Intervenciones principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. 2.- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. 3.- El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. 4.- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. 5.- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. <p>Intervenciones generales:</p> |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>1.- No apresurarse. 2.- Los peligros de una mejoría. 3.- Un cambio de dirección. 4.- Cómo empeorar el problema (Fisch, Weakland y Segal, (1994).</p> |
| Técnicas | <ul style="list-style-type: none"> — Tareas directas — Tareas paradójicas — Técnicas de persuasión (para comprar la tarea) — Metáforas — Ordalías (pacto con el diablo) — Técnicas hipnóticas — Reencuadres — Elogios |
| Postura del Paciente | <p>Puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Quien se define como paciente/o define a otra persona. <p>Cliente: lucha con un problema que lo perjudica de modo significativo, asumiendo una posición activa ante la solución; se vuelve un comprador del tratamiento.</p> <p>Paciente: Receptores pasivos del tratamiento, no asumen una postura activa y delegan en otro el problema; puede ser un comprador fingido del tratamiento.</p> <p>Dentro de los pacientes difíciles están: Compradores fingidos: asisten bajo coerción. Paciente restrictivo: pacientes que desean controlar el tratamiento.</p> <p>Se deberá reconocer la postura del paciente con respecto a la relación con su dolencia, la relación que establece con su tratamiento y con el terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, (1994).</p> |
| Postura del Terapeuta | <p>Por compartir bases estratégicas el terapeuta debe asumir una postura directiva.</p> <p>El terapeuta da generalmente precedida de un reencuadre una consigna precisa y muy concreta que tiene por objeto que el paciente (o el que se queja) experimente una interacción diferente con su entorno en lo que se refiere al problema tratado (Wittezaele y García, 1994).</p> |

Conclusiones

La aplicación de este modelo terapéutico resulta útil en algunas problemáticas particulares, considero que en los casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual, adicciones, depresión no puede ser empleado, puesto que se requiere más tiempo que 10 sesiones y la terapia breve sólo se centra en la modificación de las soluciones intentadas y con esto de conductas específicas. De igual manera es necesario que los clientes tengan una buena capacidad de insight para poder identificar las situaciones a cambiar.

Considero que la práctica realizada bajo esta supervisión resultó un tanto superficial y no promovía la cercanía con el cliente, al tener un objetivo tan específico se dejaba de lado información valiosa para el caso y no se favorecía la expresión del demandante del servicio. Resulta enriquecedor poder tener un bagaje teórico y poder hacer uso de él dependiendo de las necesidades de los clientes y sus familias.

d) ESCUELA DE MILÁN

Mara Selvini Palazzoli trabajó como psicoanalista infantil y posteriormente se dedicó al estudio de la anorexia nerviosa; en 1967 emprende un viaje de estudios a Estados Unidos. En Nueva York, invitada por el director del Instituto de Psicoanálisis, Silvano Arieti, encuentra a **Luigi Boscolo** y **Gianfranco Cecchin**, quienes estaban completando su formación psicoanalítica. Al regresar a Italia, Selvini Palazzoli funda el Centro para el estudio de la familia, mientras tanto Boscolo decide abandonar Estados Unidos y regresa a Italia. Cecchin le sigue un año más tarde. Ambos van al Centro Psicoanalítico Milanés que dirigen Mara Selvini y Pier Francesco Galli y los recién llegados se adhieren al Centro para el estudio de la familia (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El grupo comprende inicialmente a Severino Rusconi, Paolo Ferraresi, Simona Taccani, Gabriele Chistoni, además de Boscolo, Cecchin y **Giulana Prata**. A comienzos de 1971, el Centro Milanés estaba conformado por Boscolo, Cecchin, Prata y Selvini Palazzoli, quienes dan origen al “Grupo de Milán”, trabajo caracterizado con la separación definitiva del psicoanálisis y la adopción del Modelo Sistémico en la versión procedimental.

En 1978 Boscolo y Cecchin iniciaron su retirada del equipo. Esta separación se dio primero en tiempos de trabajo, y después en divisiones de espacios dentro del mismo centro, hasta que fue públicamente anunciada la escisión en septiembre de 1982. En esta fecha, Mara y Giulana se trasladan a la sede de Vialle Vittorio Vento, en donde se asociaron con Matteo Selvini, Stefano Cirilo y Anna Maria Sorrentino, fundando el Nuevo centro para el Estudio de la Familia.

Boscolo y Cecchin se dedican a la formación en terapia familiar, e incorporan la perspectiva del tiempo así como técnicas que no pertenecen al modelo antiguo de milán. Consideraron 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 (Rodríguez, 2004).

A continuación se describen algunas características propias del Modelo:

| | |
|-------------------------|---|
| Antecedentes Históricos | <p>El Modelo de Milán se refiere a un patrón de práctica clínica que fue desarrollado por cuatro psiquiatras psicoanalistas en el Centro de Estudios de la Familia en Milán Italia.</p> <p>Los doctores Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo Gianfranco Cecchin y Giulana Prata colaboraron por casi 10 años al trabajar con familias clínicas de esquizofrénicos y anoréxicas. El desarrollo histórico del modelo de Millán puede ser dividido en cuatro periodos:</p> <p>– EL PRIMER PERIODO Comenzó en 1967, cuando Mara Selvini Palazzoli y Luigi Boscolo trabajaron con parejas y familias de pacientes anoréxicas. Fueron los primeros en introducir la terapia familiar y la terapia de pareja en Italia. Durante este periodo inicial la orientación teórica del grupo era predominantemente psicoanalítica.</p> <p>– EL SEGUNDO PERIODO Durante la transición al segundo periodo, se vieron fuertemente influenciados de los escritos de Haley (1963) Watzlawick, Beavin y Jackson (1967).</p> <p>En 1971, adoptan el llamado “Modelo Palo Alto” del Mental Research Institute” (MRI).</p> <p>En enero de 1972, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata iniciaron un proyecto de investigación exploratoria con una variedad de familias. Watzlawick fue a Milán en ese año y ayudó al equipo a desarrollar el trabajo con las familias como sistema.</p> <p>– EL TERCER PERIODO Inició cuando empezaron a leer el trabajo de Bateson “Pasos hacia una ecología de la mente” alrededor de 1975.</p> <p>– EL CUARTO Y ULTIMO PERIODO Se dio cuando el equipo de cuatro se separó. Desde 1980 Boscolo y Cecchin desarrollaron métodos de entrenamiento a terapeutas; Selvini y Prata continuaron con la investigación de familias (Tomm, 1984).</p> |
| Epistemología | <p>– Parte de una orientación teórica predominantemente psicoanalítica.</p> <p>– La teoría general de sistemas.</p> <p>– Modelo Palo Alto, del Mental Research Institute (MRI).</p> <p>– Teoría de la comunicación humana.</p> <p>Se retoma parte del trabajo de Haley y Bateson (Bertrando y Toffanetti, 2004).</p> |
| Presupuestos Básicos | <p>La hipótesis es descrita como el elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta a delinear su trabajo: la información del paciente podrá ser cierta o falsa y podrá ser usada o no. La hipótesis servirá para buscar más información, confirmar su planteamiento y establecer los patrones de intervención sistémica para con la familia.</p> |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>La circularidad se entiende como la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre la base de la retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que el terapeuta solicita, respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios.</p> <p>A través de esto el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones, ya que el terapeuta plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia, con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia utilizando el cuestionamiento circular.</p> <p>La neutralidad es definida como el efecto pragmático que el terapeuta ejerce sobre la familia.</p> <p>El eje central de este modelo es conocer el juego familiar, concepto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen uno de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto (Selvini y cols., 1980).</p> |
| Objetivo del Modelo | <p>Se interesan en “<i>Cómo la conducta problemática ha evolucionado a la forma actual</i>”.</p> <p>Proporcionar nueva información al sistema para que los miembros de la familia hagan conexiones entre eventos, relaciones y conductas y dar información para validar o invalidar las hipótesis obteniendo evidencia que más tarde pueda apoyar la intervención al final de la sesión (Ochoa de Alda, 1995).</p> |
| Desarrollo de las Sesiones | <p>La estructura de las sesiones consiste en 5 etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Presesión: el terapeuta prepara la información para trabajar en la sesión. – Sesión: dura aproximadamente una hora y es interrumpida por el equipo de observadores (terapeutas) y por las preguntas del terapeuta. – Discusión de la sesión: el terapeuta se retira de la familia, con los expertos, para determinar sus conclusiones y prescripciones. – La intervención final para la familia: el terapeuta dará las actividades a seguir por la familia en casa. – Postsesión: se realiza la retroalimentación de lo observado durante la sesión tras emitir el mensaje final (Selvini y cols., 1990). |
| Entrevista | <p>Era importante que se encontraran una terapeuta mujer y un terapeuta varón para equilibrar las cuestiones de género.</p> <p>Desarrollan la entrevista circular y la definen como la capacidad que tiene el terapeuta para visualizar el problema familiar, así como la posibilidad de ampliar el enfoque del problema presentado por el paciente identificado, a través de la retroalimentación de cada uno de los miembros de la familia, de las percepciones individuales en forma circular y sistémica.</p> <p>La entrevista comprende una serie de procesos básicos como son: la generación de hipótesis, la obtención de información, la validación de hipótesis, cierta “elaboración” del problema por parte de la familia y la validación de la intervención (Tomm, 1984; Selvini, y cols. 1975).</p> |

| | |
|---------------------|--|
| Evaluación Familiar | <p>La evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar – sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo (por confirmar y adaptar a lo largo de las sesiones a partir de la información obtenida).</p> <p>Esto nos permitirá determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional.</p> <p>El estudio y la terapia de una familia parten de la elaboración de una hipótesis sobre el tipo especial del juego en curso. Sobre la base de esta hipótesis se orienta la entrevista para tratar de obtener toda la información posible que permita verificarla o desmentirla. Solo si se empieza a comprender el tipo de juego en curso se puede estudiar cómo se utiliza la comunicación verbal y no verbal para los distintos movimientos sobre ese tablero (Selvini, 1975; 1990).</p> |
| Tipos de Preguntas | <ul style="list-style-type: none"> – Preguntas lineales – Preguntas circulares para establecer: <ul style="list-style-type: none"> a) definición de problema b) secuencias de interacción c) comparación/clasificación d) cuestionamiento interventivo circular <p>Se deben investigar las dimensiones temporales de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasado – Presente – Futuro hipotético <p>Y dentro de cada dimensión se debe conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diferencias o cambios dentro de la familia – Acuerdos y desacuerdos entre los miembros – Explicaciones de por qué sus relaciones e interacciones son como son y tienen significados para ciertas conductas <ul style="list-style-type: none"> – Preguntas reflexivas (orientadas a futuro, desde la perspectiva del observador, de cambio de contexto inesperado, sugeridas implantadas, de comparación normativa, para aclarar las distinciones, que introducen hipótesis, de interrupción del proceso) (Tomm, 1988). |
| Intervención | <p>En este Modelo se utiliza la entrevista como intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> – INTERVENCIONES COGNITIVAS: su finalidad es que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. <p>Las principales intervenciones cognitivas son la:</p> <p>Connotación positiva.- se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles; el síntoma se presenta como debido a razones altruistas.</p> <p>Redefinición: modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. Generalmente se combina como una connotación positiva dentro de la intervención cognitiva que precede a la prescripción.</p> <p>Metáforas: el terapeuta cuenta una historia de la que paciente tiene</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| | <p>que deducir alguna consecuencia relacionada con su síntoma.</p> <p>– INTERVENCIONES CONDUCTUALES: Se encuentran las prescripciones directas.- se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.</p> <p>Las paradójicas.- prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígida, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias.</p> <p>El procedimiento clásico, ahora prácticamente abandonado consiste en: connotación positiva + redefinición + prescripción de la secuencia sintomática + un límite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente.</p> <p>– PRESCRIPCIONES RITUALIZADAS.- consiste en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier intervención verbal.</p> <p>Las tareas ritualizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – de los días pares – días impares y – la prescripción invariable (son el instrumento para descubrir la información que contiene el juego familiar, aunque por sí mismos, también genera cambios). <p>– LA UTILIZACIÓN DEL EQUIPO EN LAS INTERVENCIONES: Puede utilizarse al equipo para dar más de un punto de vista y/o cuando lo que se va a decir se prevé que no será bien acogido por la familia.</p> <p>Se utiliza en una amplia gama de situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Como grupo de observación en tareas de evaluación. – Como ayuda en la toma de decisiones. – Como instrumento de supervivencia para el terapeuta. – Como instrumento de intervención. <p>El mensaje final se concibe con la transmisión ritualista de un mensaje significativo que concluya la sesión caracterizado como una bomba capaz de romper con los viejos equilibrios familiares (Navarro, 1992).</p> |
| Técnicas | <ul style="list-style-type: none"> – Preguntas circulares – Preguntas reflexivas – Rituales familiares – Redefiniciones – Connotaciones positivas – Paradojas – Elogios – Preguntas para establecer patrones de interacción (juego familiar) – Preguntas hipotéticas – Prescripciones directas – Tarea ritualizada de días pares e impares – Prescripción invariable |
| Postura del Terapeuta | Se asume una posición de neutralidad y complementariedad en |

| | |
|--|---|
| | <p>relación con el proceso de terapia, no toma directivas. El terapeuta se une a todos o a ninguno, es activo y central en la entrevista gracias al cuestionamiento triádico.</p> <p>Postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente (Selvini, 1988; Tomm, 1984).</p> |
|--|---|

Conclusiones

Sin duda el trabajo realizado por los 4 grandes terapeutas italianos marcó la incorporación de la metodología sistémica e innovó la terapia familiar. Las aportaciones teóricas desarrolladas a partir de las investigaciones de Selvini Palazzoli y sus equipos me fueron de mucha utilidad ya que sirvieron de guía para el reconocimiento de conductas y pautas familiares. Si bien en este modelo no se manejaba un límite de sesiones ni una temporalidad del proceso terapéutico, lo espaciado de las sesiones era clave para que el sistema familiar tuviera movilidad. Al introducir el tiempo como una variable (se podía explorar el presente, ir al pasado y visualizar a futuro) permite manejar situaciones hipotéticas en las que el problema no está presente y con esto lograr el cambio a nivel conductual.

Desde mi punto de vista resultó el Modelo de más aplicabilidad a nivel familiar, las preguntas circulares eran la herramienta clave para obtener información de todos los integrantes y con esto mantener la neutralidad.

Considero que el haber conocido y aplicado este Modelo me permitió sistematizar el trabajo clínico; fue el Modelo teórico con el que me sentí más identificada y pude desarrollar más habilidades en cuanto a la diferenciación del proceso y del contenido, bases para la identificación de las pautas de interacción, comunicación y juegos familiares. Los conceptos centrales de hipótesis, neutralidad y circularidad de igual manera me permitieron tener una visión más completa de lo que sucedía con el sistema terapéutico; la elaboración de los mensajes finales como intervención fue otra habilidad en la que la observación y sensibilidad del terapeuta debían estar presentes, para con esto retomar los elementos más importantes de la sesión y devolverlos en beneficio de la familia.

e) MODELO CENTRADO EN SOLUCIONES

El enfoque **Centrado en las Soluciones** sigue la línea de pensamiento de la terapia breve y aparece como un modelo diferente en la década de los 80 en el Centro de Terapia

Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin. El grupo estaba encabezado por Steve de Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berger. Se incorporaron un poco después Wally Gingerich, John Walter y Michael Weiner-Davis (Espinosa, 2004).

Este Modelo deriva por filiación directa del Modelo del MRI y de la tradición estratégica, pero lleva al extremo la importancia concedida a los recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y brevedad. Entre los autores reconocidos están Steve de Shazer y William O'Hanlon.

Steve de Shazer, alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, trabajó durante un tiempo en el MRI, fascinado por los casos clínicos de Milton Erickson innova su trabajo clínico con la idea de introducir voluntariamente confusión en vez de claridad, esto es no buscar la claridad donde no la hay y que quizá no hay que forzar a los clientes. Con estas bases llega a la conclusión de que el proceso terapéutico no es diagnóstico sino puramente curativo, es decir, no es importante determinar los problemas, sino sencillamente encontrar soluciones, que no necesariamente deben tener una estrecha relación con los problemas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A continuación se describen algunas características propias del Modelo:

| | |
|-------------------------|---|
| Antecedentes Históricos | En 1967 el Mental Research Institute inició un proyecto de terapia breve, muchos de estos principios pueden considerarse precursores de la terapia orientada en soluciones (O'Hanlon y Weiner, Davis, 1990). Modelo desarrollado por Steve de Shazer, William O'Hanlon y Weiner-Davis en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee a partir de 1978. (De Shazer, 1986). |
| Epistemología | Como influencia se tuvo el trabajo de Milton Erickson y del Centro de Terapia Breve del MRI (Cade y O'Hanlon, 1995). |
| Presupuestos Básicos | Este enfoque se centra en: <ul style="list-style-type: none"> — Los recursos y capacidades que tienen los pacientes para resolver sus problemas. — Es necesario producir un cambio del punto de vista y/o de acción que lleva a la solución. — Se ubica en el presente y futuro. — Se centra más en las soluciones que en las explicaciones. — Se cree que el cambio es inevitable. — No existe la resistencia del paciente. — Hay una actitud de cooperación entre paciente y terapeuta. — No es necesario conocer la causa o función de una queja. — Para solucionar un problema sólo es necesario un cambio pequeño y éste puede ser rápido. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> — Se debe identificar y ampliar el cambio, centrarse en lo que parece estar funcionando por pequeño que sea, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo. — No hay una única forma correcta de ver las cosas. — Se debe centrar en lo que es posible y puede cambiarse (conductas concretas). — Hay que desaparecer la idea de que hay un problema y que hacer que parezca manejable. — La situación problemática debe manejarse como un periodo transitorio. — Hay que destacar que el cambio terapéutico será difícil y requiere un trabajo arduo (O'Hanlon y Weiner, Davis, 1990). |
| Concepción de los Problemas | <p>Los problemas son de naturaleza interaccional, es decir dificultades entre las personas.</p> <p>Desarrollan el árbol de decisiones para identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas (directas, indirectas, opuestas, vagas, optativas) (O'Hanlon y Weiner, Davis, 1990).</p> |
| Principios Teóricos | <p>Utilización.- usar los recursos, habilidades y conocimientos, creencias y motivación del paciente.</p> <p>Ateórico.- no hay teoría explicativa sobre el problema.</p> <p>Parquedad.- hay una tendencia hacia la economía en los medios terapéuticos que se usan para obtener los objetivos deseados (Kim Berg y Miller, 2002).</p> |
| Concepción del Cambio | <p>El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento del paciente en el área del problema y fuera del mismo, esto es, ampliar las soluciones eficaces de solución de problemas (Bertrando y Toffanetti, 2004).</p> |
| Establecimiento de Objetivos Terapéuticos | <p>Las cualidades de los objetivos deben ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Tener importancia para el paciente 2.- Ser limitados 3.- Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conductas 4.- Plantear la presencia y no la ausencia de algo 5.- Que sea un comienzo y no el fin de algo 6.- Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de vida del paciente 7.- Que se perciba que exigen un trabajo duro (Kim Berg y Miller, 2002). |
| Tipos de Preguntas Útiles | <ul style="list-style-type: none"> — Las que destacan el cambio previo a la sesión. — Las que marcan las excepciones y exaltan los éxitos del momento y del pasado. — A futuro. — Reflexivas. — Presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). |
| Entrevista | <p>La primera sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Debe haber unión, es decir mostrar interés genuino hacia el paciente. — Se debe obtener una breve descripción del problema, formulando preguntas para exaltar las excepciones. — Es necesario normalizar y despatologizar, ubicando el problema como dificultades ordinarias de la vida. — Definir los objetivos terapéuticos. — Aplicar las tareas de fórmula (primera sesión y pregunta del milagro para imaginar un futuro sin el problema). <p>En las sesiones subsecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Realizar elogios y connotaciones positivas. — Realizar preguntas a futuro. |

| | |
|----------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> — Resaltar las cosas que están dando resultados, señalar las excepciones y mantenerlas. — Prevención de la recaída. — En algunos casos en los que no hay cambios se deberán replantear los objetivos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). |
| Estructura de las Sesiones | <p>Las sesiones terapéuticas se dividen en 6 partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Planificación previa de la sesión. — El preludio. — Recolección de datos. — La pausa para la consulta con el equipo. — La transmisión del mensaje. — El estudio posterior (Kim Berg y Miller, 2002). |
| Desarrollo de las Sesiones | <p>El terapeuta debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Aceptar la razón por la que el paciente desea iniciar el tratamiento. — Elogiar al paciente por los intentos que ha realizado de resolver los problemas y destacar los esfuerzos positivos, exitosos o útiles que haya hecho. — Concentrarse en todo lo que haya hecho el paciente para tener éxito aun cuando el intento haya sido breve. — Ser cauteloso al fijar los objetivos, expresarlo de forma positiva y controlar el progreso. — Usar las mismas palabras que el paciente para favorecer la cooperación. — Destacar que el objetivo será difícil y requerirá un trabajo duro (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). |
| Intervenciones Generales | <p>Todas las intervenciones están pensadas para repetir las excepciones, suscitar y ampliar las buenas soluciones ya existentes.</p> <p>Las que actúan sobre la secuencia sintomática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma. • Añadir un elemento nuevo. • Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática. • Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños. • Unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa. <p>Las que actúan sobre el patrón del contexto que rodea a una secuencia Requiere un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. El terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente.</p> <p>Las tareas de fórmula</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarea de la primera sesión • Pregunta del milagro • Pregunta de la excepción (para mantener el cambio) • Tarea genérica (Cade y O'Hanlon, 1995) |
| Técnicas | <ul style="list-style-type: none"> — Redefiniciones — Connotaciones positivas — Metáforas — Tareas directas — Ordalías — Rituales — Paradojas — Elogios — Menos de lo mismo — Tarea de la primera sesión |

| | |
|-----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> — Marcar excepciones — Pregunta del milagro — Ubicación en una escala — Enfocando a futuro — Reenmarcado — Desenmarcado — Intervención en la pauta — Uso de analogías y metáforas — Paradoja — Prevención de la recaída (Cade y O’Hanlon, 1995). |
| Postura del Paciente | <p>Se pueden distinguir los siguientes tipos de relación paciente-terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Comprador: juntos identifican un objetivo para el tratamiento, el paciente se reconoce como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo con respecto al problema. — Demandante: paciente y terapeuta identifican un objetivo pero no los pasos concretos para dar solución, no se visualiza como parte de la solución y cree que la solución depende del cambio de otro. — Visitante: paciente y terapeuta no han identificado un objetivo para trabajar, puede que el paciente señale que no hay problema o que este pertenece a otra persona. — Paciente difícil, resistente o negador. — Comprador oculto. — Otro comprador (Kim Berg y Miller, 2002). |
| Postura del Terapeuta | <p>Se asume una postura directiva pero reconociendo la “expertez” del cliente sobre su problemática y las soluciones a la misma (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).</p> |

Conclusiones

Resultó enriquecedor conocer el enfoque centrado en soluciones ya que me permitió sistematizar el trabajo terapéutico con una cierta rigidez metodológica. Puedo reconocer los puntos fuertes del modelo (centrarse exclusivamente en aspectos prácticos y exitosos de la vida del paciente; hacer uso del lenguaje resaltando las excepciones y elogiando los éxitos del consultante) pero también sus puntos débiles (caer en una superficialidad al tratar a los pacientes; el marcar excepciones y elogiar comportamientos que han sido exitosos no es garantía de que a nivel conductual se sigan repitiendo las mismas pautas de acción e interacción; de igual forma, la poca contención que se les puede dar a los que solicitan el servicio cuando se sigue una terapia breve limita la cercanía o empatía necesaria para abordar otras condiciones que pudieran contribuir al problema presentado).

El seguir al pie de la letra un modelo puede limitar la capacidad de maniobra del terapeuta ya que no se pueden explorar asuntos relacionados al problema que están dentro “del pasado del paciente”, tal como sucedió dentro de la práctica supervisada durante la formación de terapeuta familiar al seguir esta metodología. Se cayó en el error de adaptar a la familia al Modelo y no el Modelo a las necesidades de la familia, lo que provocó que solo se

abordara un problema específico sin tomar en cuenta el contexto relacional de la pareja atendida.

Como terapeutas debemos estar comprometidos a buscar que el paciente logre la comprensión de su problema y actúe de tal forma que evite la presencia de la situación conflictiva en su presente y futuro próximo. Para esto debemos hacer uso de todas nuestras capacidades teóricas y prácticas constituyendo un bagaje técnico que permita la búsqueda de la mejor solución del problema presentado. El realizar intervenciones de varios modelos teóricos permitirá enriquecer el trabajo terapéutico en beneficio del paciente.

f) TERAPIA NARRATIVA

Michael White se desarrolló personal y profesionalmente en Australia del Sur, en Adelaida. En 1967 inició su carrera como asistente social. Su interés por la aproximación sistémica y la psicoterapia hace referencia a los modelos sistémico-estratégicos del MRI. Se interesó por los trabajos de Bateson, quien lo inició en la semántica de la comunicación y en la construcción de significados. Desde 1980 estudió las ideas de *Michael Foucault* sobre la relación entre conocimiento y poder, junto a las de *Irving Goffman* y *Jacques Derrida*. En la década de 1990 comienza a estudiar el construccionismo social, especialmente los trabajos de *Gergen* y *Davis*, además de la psicología narrativa de *Bruner*.

David Epston residente de Nueva Zelanda, tuvo formación de sociología de la medicina y antropología, disciplina en la que reconoció una influencia directa sobre su modo de hacer terapia. Este autor afirma que la antropología y los estudios etnográficos y transculturales son metodologías muy cercanas a la práctica terapéutica. La mayor contribución de Epston a la terapia narrativa ha sido la utilización de *medios literarios para fines terapéuticos* (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A continuación se describirán algunas características propias del Modelo:

| | |
|-------------------------|---|
| Antecedentes Históricos | Los representantes de la corriente narrativa son los terapeutas familiares Michael White y David Epston. A finales de los años 80's y principios de los 90's los conceptos y metodología del Constructivismo y del Construccionismo Social comenzaron a filtrarse en la psicoterapia con los trabajos desarrollados por Gergen, Goolishian, Anderson, Hoffman, Cecchin, Andersen, Murray y Kaye (Limón, 2005). |
| Epistemología | Se retoman ideas de: <i>Foucault</i> (relación entre el relato y el poder) a fin de profundizar en el "método interpretativo" de <i>Bateson</i> (la comprensión que |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinado y restringido por su contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo); <i>Derrida</i> influyó al ser considerada la idea de “los mecanismos de deconstrucción”.</p> <p>El Constructivismo y el Construccionismo Social dan las bases para la aplicación del paradigma posmoderno en la terapia (Limón, 2005).</p> |
| Concepto de Narración | <p>Una de las características más importantes de esta perspectiva es la forma en la que se entiende el papel de la Narración en la práctica clínica. El punto de vista narrativo sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado o estable (Bertrando y Toffanetti, 2004).</p> |
| Supuestos Básicos | <p>Los seres humanos son seres interpretantes.</p> <p>El desarrollo de una Narración, de un relato, es algo que hacemos conjuntamente con otras personas. Es el proceso de definir quienes somos en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros. Se trata de un proceso recursivo. Moldeamos el mundo en el que vivimos y por ende creamos nuestra propia “realidad” dentro del contexto de una comunidad de otros individuos. Esta narración, o sentido del yo, no solo surge por medio del discurso con otros, sino que es nuestro discurso con otros.</p> <p>La analogía del Texto se convierte en un abordaje terapéutico que posibilita el 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 inmediato. Con cada nuevo relato surge otro diferente que contiene al anterior y lo supera, es como si las personas reescribieran sus vidas. Así, la analogía del texto nos introduce en un mundo “intertextual” (Limón, 2005).</p> |
| Entrevista | <p>White establece la generación del cambio como fin terapéutico, para ello establece como guía:</p> <p>1º Obtención de información de forma empática sobre la vida del paciente en el momento que acuden a buscar ayuda.</p> <p>2º La conversación externalizadora permitirá explorar las experiencias del paciente con respecto al problema.</p> <p>3º Trazar el mapa de los efectos del problema en la vida del paciente.</p> <p>4º Generación de narrativas alternativas al relato dominante en el que el problema está presente.</p> <p>5º En el trabajo de re-narración se realizan preguntas del panorama de acción y del panorama de la conciencia, con tal de cambiar la visión que tiene el paciente con respecto a sus habilidades y posibilidades de actuar y de generar una visión diferente del problema.</p> <p>6º Se buscan a otras “personas significativas” que puedan apoyar el cambio del paciente, mandándoles cartas o escritos que de alguna manera puedan comprometerse con el cambio (Bertrando y Toffanetti, 2004).</p> |
| Tipos de Preguntas | <ul style="list-style-type: none"> — Preguntas sobre logros aislados. — Preguntas de influencia relativa. — Preguntas relativas a la explicación única. — Preguntas relativas a la redescipción única en relación con sí mismo. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> — Preguntas relativas a la redescrición única en relación con los demás. — Preguntas sobre posibilidades únicas relación con sí mismo. — Preguntas sobre posibilidades únicas relación con los demás (White, 2004). |
| Etapas del Proceso Terapéutico | <p>1.- Hacer preguntas de conjunción para conocer a las personas que se han presentado en la terapia como elementos separados del problema y para definir sus competencias.</p> <p>2.- Hacer preguntas relativas al problema y a la experiencia del cliente al respecto, poniendo atención en la externalización del problema, hablando de él como si se tratara de una cosa que está separada del cliente y de su vida.</p> <p>3.- Hacer preguntas con influencia relativa, que tienen el fin de externalizar el problema, esto es, llevar a los miembros de la familia a vivir el problema como externo a ellos en cuanto personas. Algo externo que influencia fuertemente sus vidas.</p> <p>4.- Hacer preguntas que revelen los “resultados únicos”, es decir, que busquen episodios en los que el problema no ha podido influir en la vida de las personas de la familia. Los resultados únicos son los episodios de vida que contradicen (pasado real) la descripción saturada del problema (la historia dominante), o que no pueden ser previstos a partir de la lectura de la historia dominante (futuro imaginario).</p> <p>5.- Construcciones de historias alternativas, que tienen el objetivo de construir un nuevo paisaje de la conciencia, sobre la base de los resultados únicos presentes en el paisaje de las acciones (White, 1995; 2004).</p> |
| Prácticas o Intervenciones Terapéuticas | <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de experiencias de otras familias (narración de cómo otras familias han superado o manejado el problema de forma exitosa). • Utilización de cartas y certificados (de invitación, de participación, de predicción, de recomendación, de despido, de felicitación, para ocasiones especiales, cartas propias; certificado de dominio de monstruos, etc.) entregadas en los momentos en que el terapeuta necesite dar más foco e intensidad a alguna situación particular. • Utilización del equipo reflexivo (utilización de las reflexiones del equipo reflexivo una vez que son requeridos por el sistema de entrevista o familia dentro del espacio terapéutico) situación que deberá ser consultada con la familia para poder ser realizada y con esto se brindará a los pacientes descripciones, explicaciones, definiciones y significados diferentes el problema referido (White, 1993). |
| Técnicas | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivización del problema (mostrar al problema como un elemento opresivo y nocivo para la integridad de la familia, nunca útil para su funcionamiento) para hacerlos sentir agredidos por un problema que viene de fuera, con tal de unir fuerzas para derrotar al problema. • Externalización del problema (separar al paciente del problema, de manera que no se culpabilice, la persona no se ve como el problema) con el fin de elaborar preguntas de influencia relativa del problema en la vida del paciente y la forma en que el paciente actúa para que el problema esté presente. • Generación de relatos alternativos vs dominantes (historias no saturadas del problema o en las que está ausente). |

| | |
|-----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de acontecimientos extraordinarios (sucesos exitosos que resaltan implicaciones favorables sobre la vida del paciente y sobre la creación de nuevas narraciones) se deben resaltar en el presente y visualizarlos a futuro. • Utilización de preguntas que impliquen una nueva identidad del paciente (sin la narración dominante o con el dominio del problema sobre él) para pasar a preguntas relativas a las relaciones realizando así un movimiento desde el interior hacia el exterior (White, 2004). |
| Postura del Paciente | Se rompe con la idea de las verdades universales impuestas por el modernismo y el papel del terapeuta pasa a ser de un igual, en colaboración con el paciente. Este, es el protagonista de su propio mundo y de sus propias historias y puede ir moldeando sus narraciones en el interactuar con los demás (Suárez, 2004). |
| Postura del Terapeuta | El terapeuta debe buscar conjuntamente con los pacientes la deconstrucción de las verdades que están separadas de sus condiciones y de los contextos de su producción (Suárez, 2004). |

Conclusiones

La metodología desarrollada por la Terapia Narrativa resulta de gran utilidad cuando se aplican intervenciones que favorezcan el cambio de visión sobre el problema y su relación con el paciente; las preguntas desarrolladas por este modelo motivan y dirigen al cambio en la percepción de las descripciones del paciente relativas al problema.

La epistemología posmoderna lleva a prestar más atención a los aspectos verbales del paciente que a los procesos relacionales, característica de las terapias sistémicas. El uso de la analogía de la vida como texto en el que se puede reescribir la historia personal permite ir puntuando aspectos excepcionales exitosos que favorezcan la aparición de nuevas conductas y verbalizaciones relacionadas al problema o a la solución del mismo; si bien esto debe ser realizado con cautela para no caer en elogios superficiales, se deben dar herramientas para que las “historias alternativas en las que el problema no exista o sea controlado” puedan concretarse a nivel conductual. Las palabras y las acciones deben ser congruentes e ir de la mano para que las narraciones sean válidas.

Creo que la aplicación de este tipo de trabajo puede caer en un análisis excesivo del lenguaje y de las narraciones, hecho que puede saturar al paciente con palabras y más palabras relacionadas a su discurso. Si bien para poder aplicarlo, los pacientes deben tener una buena capacidad de insight y análisis, el terapeuta debe hacer uso de otras herramientas terapéuticas cuando trabaja con pacientes con pocas habilidades lingüísticas, de tal forma que se logre el cambio tanto de las narraciones del paciente y de sus historias de vida como de sus acciones.

g) TERAPIA COLABORATIVA

A finales de los años 80's y al inicio de los 90's, los fundadores de este enfoque colaborativo expusieron una serie de inquietudes y reflexiones sobre el análisis crítico de su experiencia con la teoría y la práctica clínica de la psicoterapia familiar y sistémica (Beltrán, 2004).

Los representantes más reconocidos de este enfoque son Harold Goolishian, Harlene Anderson y Tom Andersen. Los trabajos iniciales de los terapeutas citados se remontan a actividades clínicas dentro de la terapia familiar iniciados década atrás, entre las cuales estuvieron:

Harold Goolishian trabajó 20 años en el MRI con un enfoque estratégico participando en la primera fase de las terapias familiares, abandonó este paradigma para pasar de un pensamiento cibernético a una concepción flexible y fluida de la práctica terapéutica.

Harlene Anderson inició su trabajo como terapeuta familiar al establecer contacto con Goolishian en la Universidad de Texas en 1970 y trabajar con la Terapia de Impacto Múltiple. En 1988 publican juntos el libro "Sistemas humanos como sistemas lingüísticos", obra en la que desarrollan los puntos centrales de la visión Conversacional en terapia familiar.

Tom Andersen, psiquiatra originario de Noruega, fue el creador del trabajo con "equipo reflexivo"; en los años 70's aplicó diversos procedimientos de terapeutas familiares, participó en el programa educacional "Terapia familiar de orientación sistémica", organizado por la asociación Psiquiátrica de Noruega y ahí tiene contacto con Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Philippa Seligman y Brian Cade. De estas actividades resulta la inquietud de Andersen por realizar trabajo con equipo terapéutico al estilo de la Escuela de Milán (Limón, 2005).

La muerte de Goolishian en 1991 no fue obstáculo para que el **Enfoque Conversacional** se viera limitado en su conocimiento y aplicación práctica; fue Harlene quien heredó las bases y quien sigue desarrollando y aportando ideas importantes a este enfoque terapéutico.

Este enfoque basa su trabajo en la premisa de que “*estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación*”. Se enfatiza la importancia ética y clínica de realizar conversaciones abiertas con los clientes desde una posición no jerárquica. Así mismo, ponen el acento en *la construcción relacional y lingüística del proceso terapéutico, en el que cada interacción conversacional se convierte en un espacio de múltiples discursos, en el que se crean, se configuran y se mantienen identidades e instituciones sociales* (Anderson, 1999).

A continuación se describirán algunas características propias de este Modelo:

| | |
|-------------------------|--|
| Antecedentes Históricos | Los fundadores Harlene Anderson, Paul Dell, George Pullian y Harold Goolishian, iniciaron sus trabajos de investigación en la Escuela de Medicina de la Universidad de Texas. Debido a problemas administrativos fundaron en 1989 el Instituto de la Familia de Galveston institución que les permitió continuar sus trabajos de investigación y formación (Beltrán, 2004). |
| Epistemología | <p>Retomaron del pensamiento Batesoniano la idea sobre “<i>el contexto relacional y comunicativo como fundamento para el significado que se le da a las palabras y acciones</i>” (premisa colaborativa que señala que conversación y relación van de la mano).</p> <p>De la cibernética de segundo orden retomaron “<i>la noción de que un sistema está determinado por el observador</i>” (lo que sitúa a los terapeutas en el proceso reflexivo de la observación).</p> <p>Con la hermenéutica iniciaron la interpretación textual.</p> <p>Los teóricos de la construcción social, creen que las ideas, los conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje; se colocan francamente dentro de una tradición posmoderna. Deben mucho a la crítica textual y política representada por las ideas deconstruccionistas de críticos y literarios como Jaques Derrida (Beltrán, 2004).</p> |
| Conceptos Centrales | Lenguaje como conversación y colaboración como una entidad terapéutica (Anderson, 1999). |
| Definición de Terapia | Es una actividad lingüística en la que la conversación acerca de un problema genera el desarrollo de nuevos significados (Anderson, 1999). |
| Premisas | <p>1.- El sistema terapéutico es un sistema lingüístico. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores del lenguaje y generadores de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social y, por ende, la comunicación no es un producto de la organización estructural. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos y no los observadores externos y “objetivos”.</p> <p>2.- Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal. El significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado ni a la comprensión sino tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia.</p> <p>3.- El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema. En terapia todo sistema se consolida</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| | <p>dialogalmente alrededor de cierto “problema”. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específicos del sistema, de sus organizaciones y de su disolución alrededor del “problema”. En este sentido, el sistema terapéutico se distingue más bien por el significado co-creado en desarrollo.</p> <p>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 diálogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéuticos y, por ende, del sistema de disolución del problema y de organización del problema.</p> <p>5.- El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, un arquitecto del proceso dialogal – cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal.</p> <p>6.- El terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “ignorancia”, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas. El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas. La pregunta terapéutica es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialogal.</p> <p>7.- Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. Los problemas con los que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal. Los problemas son una objeción preocupada o alarmada ante un estado de cosas para el que somos incapaces de definir una acción competente (mediación) para nosotros mismos.</p> <p>8.- Vivimos en y a través de las entidades narrativas que desarrollamos en la conversación. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente (Anderson, 1999).</p> |
| Significado de los Problemas | <p>Los problemas son propios al contexto narrativo del cual derivan su significado y por tanto, existen en el lenguaje, por lo que el poder central de la terapia descansa en la capacidad del sistema (terapéutico) para relatar o re-relatar los hechos en un contexto nuevo y diferente.</p> <p>A medida que el dialogo se desenvuelve, se crea una nueva narración: la narración de “las historias aún no contadas”, esto es, un cambio en el relato y en la auto-narración como consecuencia inherente a una conversación dialógica y a una colaboración relacional con los clientes durante la terapia (Limón, 2005).</p> |
| Tipos de Preguntas | <p>Las preguntas no derivan de ideas preconcebidas del terapeuta respecto a las historias. Las preguntas conversacionales nunca proceden de técnicas, métodos o de una lista de preguntas elaboradas previamente; por el contrario, derivan del esfuerzo sostenido y constante por no entender, por no saber (Lax, 1992).</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Anderson sugiere iniciar la conversación con preguntas como las siguientes: <i>¿cómo les gustaría a ustedes utilizar esta reunión?, ¿cómo deberíamos usar este encuentro? ¿Para qué deberíamos usarlo? También suele preguntar ¿cuál es la historia de la idea de venir hoy aquí? ¿Cuál es la historia que está detrás de esta reunión?</i></p> <p>Las preguntas conversacionales son la principal herramienta del terapeuta y surgen de la posición de no saber (implican una escucha sensible o activa, lo que exige que se preste atención a los relatos de los clientes de una manera distinta, las preguntas no se crean a partir de teorías preconcebidas del terapeuta acerca de cuál debería ser el relato ni para validar o rechazar una hipótesis) (Limón, 2005).</p> |
| Entrevista | <ul style="list-style-type: none"> • No hay formatos o esquemas preestablecidos para desarrollar la terapia conversacional. • Las sesiones usualmente se inician procurando que los clientes aclaren al terapeuta lo que consideren necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes, otorgándole a cada uno un espacio a sus relatos y a las experiencias que les son familiares. Estos aspectos son considerados como básicos para lograr el diálogo. • Una vez realizada esta fase, el terapeuta se reúne con el equipo y, en presencia de los clientes, desarrolla con éste un intercambio de las ideas surgidas a partir de la conversación que el terapeuta sostuvo con ellos. • Posteriormente, el terapeuta vuelve con los clientes y retoma con ellos los comentarios hechos por los miembros del equipo (Anderson le llama a este proceso “diálogo sobre los diálogos”, no usa la designación reflexivo para el equipo, aunque si habla de reflexión (Limón, 2005). |
| Características y Recomendaciones para el Desarrollo de las Sesiones | <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar una actitud abierta hacia la postura del cliente y manteniendo la coherencia con las concepciones de éste. • Lo que se pregunta o se propone se hace desde una actitud tentativa. • La conversación implica enterarse un poco de un tema y luego mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado tiempo en alguno. • Hacer preguntas que amplíen las posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta. • Realizar preguntas conversacionales. • Se recomienda asegurarse de que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir (no hay nada detrás de las palabras, lo que importa es cómo se sintió el cliente en la conversación y si se sintió escuchado o no; evite escuchar su diálogo interno sobre lo que usted cree que los clientes quisieron decir con sus palabras). • La novedad se logra hablando de lo familiar en un modo no familiar. • Estar atentos al lenguaje analógico de los clientes. • La responsabilidad del terapeuta consiste en hacer contribuciones que posibiliten el cambio (el tipo de cambio y cuándo y cómo suceda no son responsabilidad del terapeuta). |

| | |
|------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • El cliente tiene la última palabra acerca de lo que se debe hablar y de qué modo (Anderson, 1999). |
| Prácticas Terapéuticas | Puede desarrollarse el trabajo terapéutico con la presencia de equipo terapéutico que hará las funciones de equipo reflexivo (el cliente tiene la capacidad de decidir si quiere escuchar al equipo reflexivo o no) (Bertrando y Toffanetti, 2004). |
| Técnicas | <p>La conversación es la actividad central de construcción del cambio en la terapia.</p> <p>Para que se produzca un cambio, las conversaciones que se llevan a cabo durante la terapia tienen que ser diferentes de lo habitual, pero no demasiado para que resulten ajenas a la narración del cliente (Limón, 2005).</p> |
| Postura del Paciente | <p>El cliente y el terapeuta ostentan la misma dignidad en cuanto a la experiencia vivida y que, siendo la experiencia humana ambigua y rica en significados, no es lícito definir un a priori hermenéutico para interpretar las experiencias de los demás sobre la base de un criterio teórico rígido.</p> <p>La cuestión de la paridad experiencial entre cliente y terapeuta reviste gran importancia en la terapia conversacional pues su objetivo es tratar el material que el cliente expone en la sesión como un texto, pero de manera diferente a la terapia narrativa (Bertrando, Toffanetti, 2004).</p> |
| Postura del Terapeuta | <p>En este enfoque para poder realizar la terapia es necesario tener una postura de “curiosidad”, que asume la forma de empeño cooperativo y la búsqueda de nuevas posibilidades; la curiosidad es un interés genuino por lo que el paciente trae a sesión, rompiendo con la idea de las jerarquías, en donde hay una búsqueda mutua de comprensión y exploración, dentro de la narración que se está dando.</p> <p>En el enfoque conversacional el papel del terapeuta consiste en poner sus conocimientos al servicio del espacio conversacional para facilitar un espacio dialogal. Para lograr este tipo de conversación, el terapeuta debe asumir una postura de “no saber” o “ignorancia”, asumiendo una curiosidad genuina por conocer más acerca de lo que se está dialogando, dejando de lado sus preconcepciones y expectativas. De igual forma debe tomar en serio los relatos dados por el paciente, sin cuestionar su valor, lo importante es el valor interpretativo que se les de. Todo esto va generando un círculo hermenéutico o círculo de significado.</p> <p>El sistema terapéutico es un sistema lingüístico para generar significados alternativos, un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-participante y un facilitador-participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber” (Anderson, 1993).</p> |

Conclusiones

Las aportaciones clínicas de este enfoque han sido muchas, ya que ha cambiado la visión que se tenía de la práctica clínica privada; la evolución del pensamiento posmoderno centrado en el análisis y transformación de la narrativa de los pacientes seguirá dando frutos y con esto modificando las premisas que guían el trabajo terapéutico. Considero que la utilidad de las “exquisiteces” de cada modelo terapéutico dependerá de las habilidades que uno como

terapeuta tenga para poder utilizarlas en beneficio del paciente, fin último de la práctica tanto institucional como privada.

Si bien dentro de la formación desarrollamos práctica supervisada con este enfoque me inclino más por el trabajo más estructurado de los modelos dentro de la corriente Modernista. Al hacer una comparación del trabajo desarrollado dentro de instituciones de salud percibo poca aplicabilidad de estas premisas, ya que se sigue el Modelo Médico y el papel del terapeuta implica más jerarquía sobre el paciente. Sin embargo, resulta enriquecedor tener los conocimientos de este enfoque para poder aplicarlos dentro de la práctica privada, claro con la reserva de cada caso.

CAPÍTULO III DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

III.1.- HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

III.1.1.- Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

La Residencia en Terapia Familiar a partir del segundo semestre incluye la práctica de las materias de Intervención Clínica bajo los Modelos Teóricos Estructural, Milán, Soluciones, Terapia Breve, Enfoques Posmodernos – Narrativa y Colaborativo y las Supervisiones de Caso Continuo, lo que facilita la aplicación sistemática de los conocimientos adquiridos hasta el momento y desarrollar habilidades clínicas tanto de observación, evaluación como de intervención.

A lo largo de los dos años de formación como Terapeutas Familiares, los 10 residentes atendimos a un total de 47 familias bajo Supervisión Directa (sesiones realizadas con la asistencia y participación del Supervisor asignado junto con el equipo terapéutico formado por los alumnos) y Supervisión Narrada (sesiones realizadas con un co-terapeuta y un observador como equipo terapéutico), las cuales posteriormente eran comentadas al supervisor para recibir sugerencias de atención.

Para fines de acreditación de la Residencia en Terapia Familiar se presentan los expedientes clínicos de cuatro casos concluidos (entre otros requisitos) abordados en modalidad de terapia de pareja, dado que las problemáticas identificadas por la terapeuta requerían la intervención con este subsistema.

A continuación se presentan de manera general algunas características de las familias atendidas y de manera particular las que participé como Terapeuta responsable y Co-terapeuta:

FAMILIAS ATENDIDAS POR LOS 10 RESIDENTES

| MOTIVO DE CONSULTA ATENDIDO | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Problemas de pareja ¹ | 18 | 38.2 |
| Violencia | 7 | 14.8 |
| Infidelidad | 2 | 4.2 |
| Problemas de comunicación | 3 | 6.3 |

¹ * Se señala el tipo de problemática que presentaron las familias atendidas por mí como terapeuta y co-terapeuta

| | | |
|--|-----------|-------------|
| Problemas conductuales infantiles | 1 | 2.1 |
| Relación padre-adolescente conflictivas* | 6 | 12.7 |
| Efectos del divorcio/separación* | 3 | 6.3 |
| Orientación familiar | 2 | 4.2 |
| Rendimiento escolar bajo* | 4 | 8.5 |
| Inseguridad, culpa | 1 | 2.1 |
| TOTALES | 47 | 99.4 |

El cuadro muestra el motivo de consulta más relevante para la familia pero no el único para efectos de facilitar la exposición de frecuencias y porcentajes.

FAMILIAS ATENDIDAS COMO TERAPEUTA

Las familias atendidas tuvieron las siguientes características:

| FAMILIA | NO. DE INTEGRANTES | ETAPA DEL CICLO VITAL | MOTIVO DE CONSULTA | MODELO TERAPEUTICO/SUPERVISOR | NO. DE SESIONES | TIPO DE SUPERVISIÓN | MODALIDAD | RESULTADOS |
|---------|--------------------|---|--|--|-----------------|--|------------------|------------|
| R. M. | 4 | Familia con hijos en edad escolar | “Apoyo familiar porque su hijo mayor es muy aprensivo con los problemas familiares y económicos” | Terapia Breve – <i>Mtra. Ma. Elena Rivera Heredia</i> | 10 | Directa con equipo terapéutico | Familia | ALTA |
| B. V. | 4 | Familia con hija adolescente e hijo en edad escolar | “Problemas de carácter y de pareja, problema de convivencia con los hijos, autoestima” | Dinámico Sistémico Integrativo – <i>Dr. Raymundo Macías García</i> | 11 | Directa con equipo terapéutico | Pareja | ALTA |
| C. L. | 4 | Familia con hija adolescente e hijo en edad escolar | “Ayuda familiar, separación familiar, ayuda para los hijos de 14 y 8 años” | Soluciones – <i>Mtra. Ma. Blanca Moctezuma Yano</i> | 18 | Directa con equipo terapéutico | Pareja | ALTA |
| G. L. | 4 | Familia con hija adolescente e hijo en edad escolar | “Dificultad en el manejo de límites y problemas de conducta del hijo menor” | Milán – <i>Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo</i> | | Directa y Narrada con equipo terapéutico | Familia / Pareja | EN PROCESO |
| C. R. | 4 | Familia con hijos adultos jóvenes | “Mejorar la relación entre ellos, ya que falta comprensión entre los miembros de la | Milán – <i>Mtra. Luz Ma. Rocha</i> | 12 | Narrada con equipo terapéutico | Familia / Pareja | ALTA |

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| | | | familia” | | | | |
|--|--|--|----------|--|--|--|--|

FAMILIAS ATENDIDAS COMO COTERAPEUTA

| | | | | | | | | |
|-------|---|-----------------------------------|--|--|----|--------------------------------|-------------------------|------|
| F. O. | 2 | Familia con hijos adultos jóvenes | “Problemas familiares por falta de comunicación, baja autoestima, mal comportamiento” | Dinámico Sistémico Integrativo – <i>Dr. Raymundo Macías Áviles</i> | 16 | Directa con equipo terapéutico | Madre-hija / individual | ALTA |
| M. R. | 2 | Familia con hija en edad escolar | “Que la separación de los padres no afecte a la hija” | Soluciones – <i>Lic. Nora Rentería</i> | 17 | Narrada con equipo terapéutico | Madre-hija / individual | ALTA |
| T. M. | 2 | Pareja lésbica | “Problemas en la toma de decisiones, depresión y problemas con la pareja. Mi pareja es muy posesiva y autoritaria” | Soluciones – <i>Lic. Nora Rentería</i> | 15 | Narrada con equipo terapéutico | Pareja | ALTA |

La Práctica Supervisada desarrollada durante la formación como Terapeuta Familiar me permitió brindar atención directa a 8 familias, 5 como terapeuta y 3 como coterapeuta. En el siguiente apartado se expondrá un resumen de los expedientes clínicos.

a) CASO 1: FAMILIA B.V.

Modelo: **Dinámico Sistémico Integrativo**

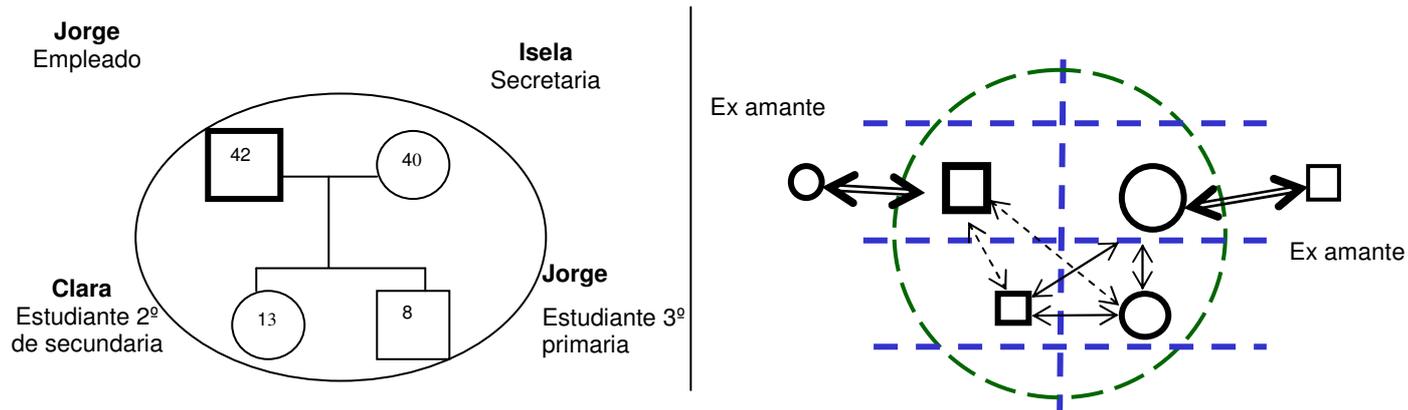
Supervisor: **Dr. Raymundo Macías García**

Tipo de Supervisión: **Directa con Equipo Terapéutico**

Motivo de consulta (especificado por el paciente identificado en la solicitud)

“Problemas de carácter y de pareja, problema de convivencia con los hijos, autoestima”

Familiograma



Problemas identificados

- Infidelidad de ambos y aborto en ella (el esposo se realizó la vasectomía por lo que el aborto era la única opción para ocultar la infidelidad).
- Comunicación doble vincular, oscura e indirecta en el subsistema conyugal Poca vinculación afectiva del padre hacia los hijos.
- Escaladas simétricas en el subsistema conyugal causada por la infidelidad y el mantenimiento de las amistades con los ex amantes.
- Pasividad de ambos cónyuges para el cambio, adjudicándole la responsabilidad del cambio a la terapeuta.
- Patrones de interacción de perseguidor-perseguido.
- Desconfianza, mentiras.
- Celos.
- Problemas de salud (anemia) del Sr. Jorge y depresión leve.
- Falta de límites extrasistémicos (permitiendo que los amigos y conocidos hablen mal de los cónyuges provocando enfrentamientos entre la pareja).

Plan Psicoterapéutico

| SESIÓN | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS Y PLAN TERAPÉUTICO |
|--------|--|---|
| 1a | Establecer el enganche y el encuadre de trabajo. | Definir el tipo de trabajo a realizar. |
| 2a | Dar contención y conocer la problemática de la pareja, establecer objetivos y metas terapéuticas así como las expectativas del servicio. | Conocer a partir de preguntas directas la dirección de la terapia de pareja. |
| 3a | Implementar una forma diferente de comunicación clara y directa que les permita desarrollar la habilidad de hablar y escuchar al otro. Reflejar la necesidad de asumir la responsabilidad propia ante el cambio, sin esperar que el otro inicie las cosas. | A partir de un ejercicio de comunicación, desarrollar una alternativa más funcional; conocer las demandas y necesidades específicas de cada cónyuge. |
| 4a | Dar contención ante una situación de crisis y definir hacia dónde va la relación (seguir juntos o la separación). | Explorar las pautas de interacción a partir del cuestionamiento directo; desafiar al sistema. |
| 5a | Dar un espacio individual para conocer ciertos aspectos que los perturban de los que no se puede enterar la pareja. | Explorar los antecedentes del problema actual de pareja (situaciones conflictivas que no puede saber el cónyuge). |
| 6a | Dar contención ante esta crisis, conocer los acuerdos que tomaron y reflejar las posibles alternativas de solución. | Rastrear pautas y evidenciarlas para reflejar la dinámica en la que se encuentran. |
| 7a | Definir el tipo de relación que desean tener, cómo se encuentran en este momento, evidenciar los patrones de interacción y comunicación y devolverles la responsabilidad del cambio. | Promover que asumieran la responsabilidad del cambio, al ofrecer 4 alternativas del posible rumbo que tomaría su relación y asistir hasta que tuvieran la decisión. |
| 8a | Definir la relación de pareja, las relaciones con los ex amantes y devolverles la responsabilidad | Ubicar el papel que cada uno tendrá en esta nueva relación de pareja y dónde estarán |

| | | |
|-----|--|--|
| | del cambio. | ubicados los ex amantes. |
| 9a | A partir de acuerdos entre los cónyuges elaborar el contrato de pareja bajo el cual se dará y mantendrá la relación. | Identificar en conductas concretas el tipo de relación que quieren, definir el contrato de pareja. |
| 10a | Trabajar sobre el contrato de pareja, señalar las diferencias y marcar los cambios realizados hasta este momento del proceso. Se evidenciaron pautas de comunicación e interacción que los pueden enfrascar en una escalada simétrica. | Mantenimiento de los cambios observados, definir el contrato de pareja. |
| 11a | Dar por terminado el proceso terapéutico y hacer una evaluación de los cambios obtenidos y prescribir que habría recaídas que resolver. | Evaluar la utilidad del espacio terapéutico y conocer los cambios, prescribir la recaída, normalizar periodos de crisis en todo matrimonio, elogio de los recursos obtenidos como pareja y a nivel individual. |

Proceso

A la primera sesión se presentaron los 4 integrantes, de los cuales el Sr. Jorge se identificó como paciente. Con la información obtenida en esta sesión se determinó que la terapia estaría encaminada hacia la relación de pareja, dado que se les percibía desvinculados y que las cuestiones de pareja no resueltas provocaba la triangulación de los hijos y la falta de límites del sistema parental al fraterno. Al abrir en la segunda sesión la infidelidad de ambos se estableció como meta terapéutica definir el tipo de relación conyugal que deseaban tener a futuro.

Uno de los objetivos terapéuticos inmediatos fue el conciliar las cuestiones del pasado para evitar las escaladas simétricas de reclamos, chantajes y amenazas de separación por las infidelidades de los dos en las que solían caer frecuentemente. A lo largo de las 11 sesiones la pareja tuvo 3 crisis importantes ocasionadas por hechos desleales por parte de ambos, se hizo evidente que “el revisar los celulares” fue el elemento de traición que provocaba celos y desconfianza”, ya que en dos ocasiones ella fue quien mandó mensajes afectuosos a su ex amante y él la descubría (revisaba el celular de ella intencionalmente) y una en la que él fue quien cometió la misma falta. Este hecho provocaba que imaginaran que las relaciones extramaritales continuaban aun cuando afirmaran lo contrario, cayendo en incongruencias al decir que ya no continuaban con ellos pero los mensajes celulares decían lo contrario.

Se identificó que la pareja se encontraba dentro de un doble vínculo → aparentemente confío en ti, te digo que no me importa lo que hagas → pero reviso tu celular. Se evidenciaron pautas de interacción en escaladas simétricas en las que estaban atrapados con quejas, reclamos y dudas (manteniéndose por más de 2 meses en esta posición). Ambos amenazaban

constantemente con terminar la relación como una forma de chantaje y control; se identificó que era solo una solución intentada que no llevaban a cabo.

En un primer momento la pareja se encontraba en cambios tipo 1 utilizando intentos de solución que los llevaba a mantener la homeostasis del sistema sin resolver nada de fondo. Esto se observó al inicio del proceso cuando le dejaban toda la responsabilidad al cónyuge para que la relación de pareja mejorara. Tras una crisis la pareja entraba en una etapa de “luna de miel”, en la que observaban cambios por periodos breves y en poco tiempo ante la mínima señal de desconfianza volvían a caer en una escalada simétrica de forma cada vez más intensa, ocasionando un mayor malestar.

Se observó que poco a poco fueron asumiendo un compromiso individual por mejorar la relación de pareja. Hubo momentos en los que el sistema volvía a la homeostasis del cambio tipo 1, empezaban a centrarse en su rol de padres para evitar definir la relación conyugal. Con esto evitaban llegar a acuerdos con respecto a decidir si mantenían “amistad con los ex amantes”.

Se notó también que los hijos estaban siendo triangulados por los padres con tal de no tener problemas. Al ir teniendo una comunicación clara y directa las demandas y reclamos los hacían entre ellos dejando de lado a los hijos, se percataron que también estaban sufriendo los estragos del conflicto de pareja (la hija manifestó que ya no quería continuar los estudios).

Se pudieron identificar las pautas de interacción que tiene la pareja para caer en la desconfianza y no moverse hacia la separación, siendo que las crisis los llevaba a considerarla como la mejor opción: **ella le cuenta todo lo que hace con tal de no tener malos entendidos y para que confíe su esposo en ella, se eviten los arranques de celos → él la escucha y “confía en ella” → ella demanda que él haga lo mismo y le comente todo → él no habla de su “intimidad y sus espacios“ y de las cosas que hace con sus amistades pero le pide que ella sí lo haga → ella duda y desconfía, se desanima al ver que él no es sincero y le pide a ella sinceridad → ambos se dejan llevar por los comentarios que les hacen terceras personas (compañeros de trabajo) con respecto a lo que hace la pareja → esto los lleva a desconfiar uno del otro ya que no están siendo sinceros → alguien amenazan con la separación → el otro cónyuge se mueve de posición teniendo cambios de tipo 1 entrando a una etapa de luna de miel.**

Se les evidenció que estaban siendo “jugadores sin juego” al darles credibilidad a los terceros, quienes manejaban su relación y poco a poco fueron asumiendo la necesidad de confiar y creer en el cónyuge. La Sra. Isela fue asumiendo una actitud diferente, en las primeras sesiones fue muy demandante con él (en cuanto a tiempo y convivencia) pasando por una indiferencia a lo que su esposo hiciera fuera de casa, sólo le pedía que cumpliera en casa como padre, hasta llegar por un respeto por los espacios individuales rompiendo la pauta persecutoria que tenían, lo que provocaba que el se alejara cada vez más.

En la séptima sesión fue necesario devolverles la responsabilidad por definir el tipo de relación de pareja que querían. Decidieron mejorar la relación y se propuso la elaboración de un nuevo contrato de pareja para mantener la unión y mejorar la comunicación. Se tuvo un primer intento de contrato en la novena sesión, el cual no pudo ser concluido ya que se entramparon en reclamos y justificaciones al tratar de explicar lo que pedirían al cónyuge. Sin embargo sirvió como un primer intento ya que poco a poco se fueron observando cambios que demostraban confianza y un compromiso por mejorar la relación.

Finalmente se elaboró un contrato de pareja en el que estipularon 8 cláusulas, hecho que se consideró exitoso ya que fue necesaria la negociación y el diálogo entre ellos para poder elaborarlo, no se centraron en eventos pasados, sino que vieron a futuro dándole importancia al amor que se tienen. Dentro de las intervenciones realizadas estuvieron el poder puntuar las excepciones entre ellos por mejorar la relación, el cortar las escaladas simétricas, tener comunicación clara y directa, negociar las posibles alternativas de solución ante problemas, y el establecimiento de límites extra e intrasistémicos.

Dentro de los cambios se lograron el empezar a confiar, comprometerse con un fin común, dejarse de descalificar, culpabilizar, escucharse. Como un cambio a nivel familiar estuvo el hecho de poder separar las cuestiones parentales de las conyugales. Al final del proceso se normalizaron las posibles recaídas en esta relación de pareja y se elogió el que estuvieran actuando “como un equipo”, que se les observa con recursos (diálogo, amor, confianza, compromiso) para enfrentar las adversidades que se les puedan presentar.

Se señaló que el contrato de pareja puede ir anexando otras cláusulas dependiendo de las necesidades del sistema conyugal. En la última sesión se les percibió muy cercanos, afectuosos, más vinculados y optimistas con respecto al cumplimiento del contrato de pareja a futuro.

Análisis y Discusión Teórico Metodológico

Se trabajó aplicando el **Modelo Dinámico Sistémico Integrativo** bajo la supervisión del Dr. Raymundo Macías Aviles; se tuvieron un total de 11 sesiones con una periodicidad quincenal. El **Proceso de Psicoterapia** se inició al explorar el motivo de consulta y las expectativas del servicio. La primera sesión se desarrolló con los 4 integrantes de la familia y al finalizarla se determinó que se debería trabajar con el subsistema conyugal dado que las demandas del servicio por parte de los padres estaban centradas en eventos que afectaban la relación de pareja.

Dentro de la **Fase de Evaluación Diagnóstica** se exploró este punto y ambos expresaron haber cometido una infidelidad, ella salió embarazada y tuvo que abortar puesto que su esposo se realizó la vasectomía, lo que estaba llevando a la pareja a considerar la separación. De igual manera al aplicar el **Esquema de Evaluación Familiar** se pudo determinar que los límites extrasistémicos, intrasistémicos e intergeneracionales de la familia eran demasiado flexibles, había poca vinculación del padre hacia los hijos. Dentro de los **Problemas Cotidianos** se pudieron identificar: una comunicación doblevincular, poca vinculación afectiva del padre hacia los demás, escaladas simétricas en el subsistema conyugal por el mantenimiento de las amistades con los amantes, celotipia por parte de él y pasividad de ambos para el cambio.

Una vez obtenida toda esta información se establecieron los **Objetivos, estrategias y plan psicoterapéutico** tanto *Inmediatos* (1) evitar el conflicto entre la pareja, 2) evidenciar pautas de interacción y comunicación y 3) evitar la triangulación de los hijos; como *Mediatos (a corto)*: 1) promover formas de comunicación clara y directa, 2) hacer una valoración de la relación, 3) asumir un compromiso por el mejoramiento de la relación y 4) rompimiento de las escaladas simétricas y otras pautas de interacción ofensivas y de desquite; *a mediano*: 1) definición de las funciones parentales, 2) reelaboración del contrato de pareja, 3) determinar el tipo de relación que mantendrían con los amantes y 4) prescripción de la recaída en cuanto a escaladas; *a largo plazo*: 1) planificar la separación de forma sana en caso de que no se respeten los acuerdos del nuevo contrato de pareja).

Las **Técnicas de Intervención** fueron aplicadas de forma integrativa, lo que permitió hacer uso de preguntas reflexivas, tareas directas, redefiniciones, desafíos, dar foco e intensidad, dar mensajes en coro griego, dar mensajes paradójicos, empeorar el problema,

identificar alternativas, elogios y connotaciones positivas, aplicación de escalas, evidenciar pautas de interacción y comunicación, normalizaciones, visualización a futuro, equipo reflexivo, preguntas presuposicionales, prescripción de recaídas, negociación estratégica, preguntas para marcar las diferencias, sin olvidar el rastreo y el joining necesarios para el enganche terapéutico. Una vez que la pareja aceptó seguir juntos se procedió reelaborar un nuevo contrato de pareja y gracias a esto se pudo cerrar el caso de manera favorable. Se da de Alta a la familia tras el cumplimiento de las metas y objetivos terapéuticos.

b) CASO 2: FAMILIA C. R.

Modelo: **Milán**

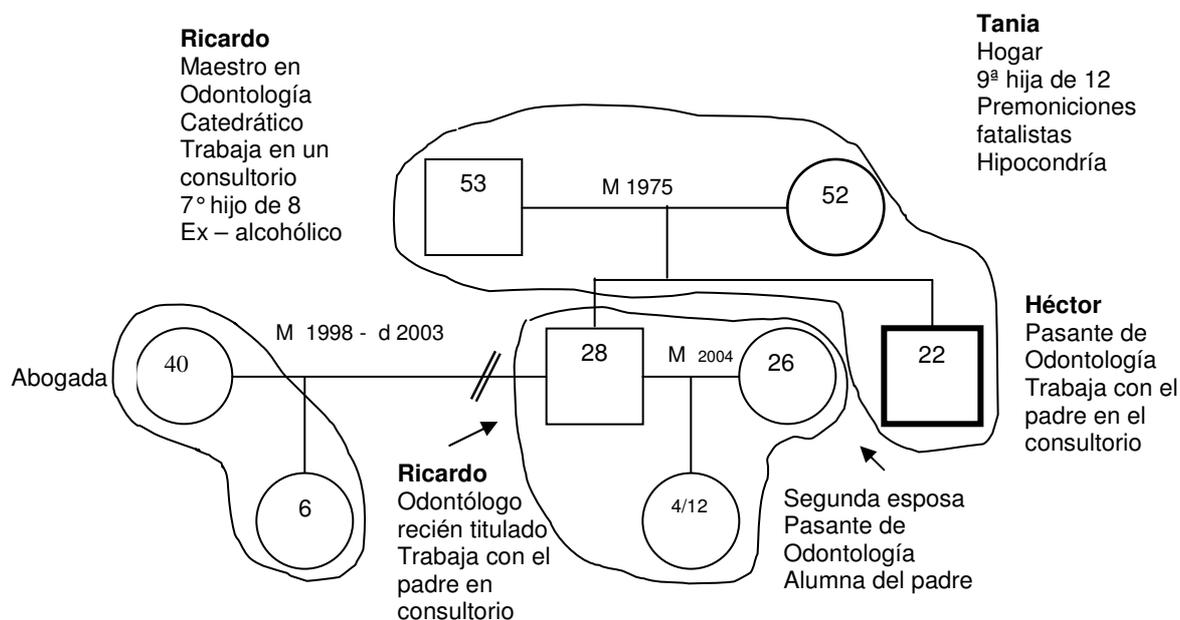
Supervisor: **Mtra. Luz Ma. Rocha**

Tipo de Supervisión: **Narrada, con Coterapeuta y Equipo Terapéutico**

Motivo de consulta (especificado por el paciente identificado en la solicitud)

“Mejorar la relación entre ellos, ya que falta comprensión entre los miembros de la familia.”

Familiograma



Impresión diagnóstica

Familia rígida:

- Familia amalgamada.
- No se han adaptado a los cambios del ciclo vital.

- Triangulación de los hijos.
- Hijos estancados en su desarrollo individual.
- Mensajes doble vinculares.
- Indefinición de la relación de pareja.
- Rechazo de las intervenciones (tareas directas).
- Los cambios son mínimos y lentos.

Problemas identificados

- Formación de Alianzas y Coaliciones a conveniencia.
- Comunicación indirecta, obscura, doble vincular, descalificadota.
- El padre como mediador entre madre e hijo menor.
- El hijo mayor como esposo de la madre.
- Roles y Jerarquías invertidas (el hijo mayor llama todas las noches para saber como se comportó su hermano menor y su padre durante el día), el padre no asume su autoridad.
- Pensamiento mágico (las premoniciones – sueños - y presentimientos fatalistas de la madre como forma de control del comportamiento de los varones).
- Control excesivo del comportamiento a través del chantaje e hipocondría de la madre tanto del padre como al hijo menor, exigiéndoles que se comporten “adecuadamente”, ubicando a su esposo y a su hijo como iguales.
- Creencias religiosas como única verdad válida.
- Los padres frenan la autonomía del hijo menor, restándole responsabilidades.
- Intromisión del hijo mayor en la relación de pareja.
- Hay una demanda constante del hermano mayor hacia el menor de “mantener unidos” a sus padres por el miedo a un divorcio, por lo que debe evitarles problemas con su comportamiento.

Meta Terapéutica

Sacar a los hijos de la relación de pareja logrando la autonomía de los miembros, diferenciando los subsistemas, definir los roles, evitar la comunicación doble vincular (chantajes, hipocondría, premoniciones, descalificaciones y desconfirmaciones).

Hipótesis (impacto del problema en el proceso de la familia)

La conducta (rebelde) del hijo menor (22 años) mantiene la atención de los padres en sus funciones parentales, sacrificando y deteniendo su proceso de autonomía; esto lleva a que no se enfrente el conflicto en la relación de pareja. Se genera que el padre se comporte como hijo de

su esposa, siendo mediador y cómplice del hijo menor para proteger la salud de ella. La madre se apoya en el hijo mayor (28) manteniéndolo involucrado en las cuestiones familiares y al responder a las demandas de ella es reconocido como el buen hijo; asume el rol de autoridad del padre a pesar de que ya tiene a su propia familia. Con este juego se mantiene la unión familiar.

Función de la conducta problemática en el sistema familiar

Al atraer la atención de los padres hacia el hijo menor les permite no enfrentar la situación de pareja, el seguir fungiendo como “buenos padres” les hace sentir que están cumpliendo como su religión manda y evita que reconozcan las fracturas de su relación. El hijo mayor al pedirle al menor que se preocupe por mantener unidos a sus padres mantiene el juego familiar al evitar que asuma sus responsabilidades de adulto joven como su autonomía, fungiendo como controlador de la conducta de su padre y de su hermano a petición de su madre.

La madre se preocupa por su hijo menor, presiente que algo malo le puede pasar, se angustia → le pide a su hijo que se cuide, que si no hace lo que ella dice la va a angustiar más → el hijo menor piensa y le dice que exagera y que no le va a pasar nada → ella se siente mal, lo califica de mal agradecido y de no valorar “todo su sacrificio” se deprime o se enferma → el padre le pide a su hijo “papi no le contestes así a tu mamá, ella te dio la vida y debes agradecerlo” → el hijo menor se enoja, pero reconoce que su madre le dio la vida, le agradece todo lo que ella hace y la mayoría de las veces accede a lo que ella le pidió → cuando telefonea por la noche el hijo mayor a su mamá para saber cómo están las cosas y se entera de las discusiones entre su hermano y ella, corrige a su hermano y le pide que cuide de sus padres → entonces el hermano menor reclama que no reciben un trato igual entre hermanos y que consecuentan más al hermano mayor.

El **juego familiar** se dirige a evitar que los miembros logren su autonomía y definan sus roles. Utilizando mensajes como “no salgas, hay muchos riesgos en una ciudad violenta” hacia el hijo menor a pesar de ser un adulto joven que está por terminar sus estudios de licenciatura. Él con la idea de que debe ser más tolerante con los deseos de la madre aplaza sus intereses, no toma decisiones propias sin consultarlas con los demás y cuando lo llega a hacer es recriminado por hacerlo u ocultarlas. Al rebelarse, los padres se unen para convencerlo y si no lo logran le piden al hermano mayor que hable con él.

La madre usa el chantaje (señalando los riesgos de salud) como medio de control para evitar diferencias de opinión con su esposo e hijo menor.

El padre no asume de forma adecuada su jerarquía ya que su comportamiento es descalificado constantemente por su esposa. Solo es tomado en cuenta para cubrir cuestiones instrumentales ya que si quiere “divertirse” con sus amigos es señalado como un mal ejemplo para su hijo menor. Al igual que el hijo menor pospone la satisfacción de sus actividades recreativas. Ya que tiene ganancias secundarias al tener a la “esposa perfecta” el padre no se mueve, no define la relación de pareja y se coloca en una actitud pasiva con respecto a la solución del conflicto, llegando a señalar “que si ya aguantó 30 años así, podrá seguir otros 30”.

El hermano mayor al ser el aliado de la madre no se ha despegado de su familia de origen, está muy involucrado lo que lo provoca que descuide a su propia familia.

Alcances Terapéutico

- El hijo menor realizó actividades (entrar al equipo de football) y asumió responsabilidades (choque del automóvil) como una manera de diferenciarse de los padres.
- Se logró que la pareja abriera el conflicto entre ellos y lo enfrentara sin colocar a los hijos de por medio. Tuvieron espacios como pareja a solas.
- El padre empezó a dejar a un lado su papel pasivo y de mediador, dejando de ser el hermano de sus hijos, y el hijo de su esposa.
- Consideramos que con la realización del *Proyecto familiar* se lograría la autonomía de los miembros de esta familia. Ya que los padres se irían para no perder la propiedad, y los hijos mientras terminan la universidad no podrían cambiar de residencia tan fácilmente.
- En este proceso largo y cuidadoso dadas las características de esta familia rígida, observamos que el hijo menor logró salirse del juego familiar y empezó a defender sus espacios individuales, así como a diferenciarse del hermano mayor.
- El hermano mayor dejó de ser el aliado incondicional de la madre, para mostrarse equitativo y justo con ambos padres.
- Finalmente en relación a la madre, inferimos que poco a poco, con base a los cambios conseguidos en los otros miembros, se tendrá que ajustar a la nueva dinámica familiar.

Análisis y Discusión Teórico Metodológico

Se inició el proceso terapéutico aplicando el Modelo de Soluciones con el cual se pudo obtener información significativa. Dadas las características propias de la familia no se movió el sistema de tal forma que se dieran cambios por lo que se optó por aplicar la metodología del **Modelo de Milán**. El desarrollo de las sesiones se llevó a cabo considerando las etapas de: **Presesión, Sesión, Discusión de la sesión, La intervención final para la familia y Postsesión**.

Las **hipótesis sistémicas** elaboradas cada sesión y su comprobación permitieron dar una dirección al proceso terapéutico, en ocasiones fue necesario adaptarlas a partir de la información proporcionada. El mantenimiento de la **neutralidad** fue indispensable durante las sesiones ya que con frecuencia pedían confirmación a la terapeuta y coterapeuta; la **circularidad** permitió retomar la información proporcionada en cada sesión para realizar intervenciones que promovieran el movimiento del sistema.

El trabajo realizado durante las cuatro primeras sesiones fue clave para identificar las **creencias familiares, los patrones de interacción, las pautas de comunicación** ilustrando el **juego familiar**. Se pudo observar un cambio radical al haber notado que el padre y el hijo menor hablaron de la situación padecida por el control excesivo del que son objeto cuando ella faltó a la tercera sesión, hecho que no pudo ser abierto en sesión cuando ella ya estaba presente. A lo largo de las demás sesiones se observaron triangulaciones, alianzas y coaliciones a conveniencia. La presencia del hijo mayor y los padres también resultó muy significativa, ya que al aliarse con la madre se evidenció el patrón de interacción que tienen los tres, observando la inversión de roles entre padre e hijo mayor.

Las **técnicas de intervenciones** aplicadas fueron retomada del modelo Estructural, Soluciones y Milán, siendo las principales: la connotación positiva, la normalización, el elogio, foco e intensidad, desequilibrio del sistema, aplicación de escalas, reencuadres, tareas estratégicas, desafío, mensajes en coro griego, uso de metáforas. La prescripción de la **tarea ritualizada** (días pares y días nones) en la que se les pedía a los hijos que los días pares asumieran sus responsabilidades y los otros tres las dejaran a sus padres fue una de las intervenciones significativas que permitieron que se moviera el sistema. La **entrevista como intervención** fue una constante de este proceso. Las herramientas aplicadas durante las sesiones fueron: **cuestionamiento circular** para obtener información del pasado, del presente

y futuro hipotético, **preguntas lineales**, preguntas para identificar patrones de interacción, **preguntas reflexivas**.

Los **mensajes finales** fueron “bombas”, dado que en dos ocasiones la familia se ubicó fuera de las instalaciones del Centro de Servicios discutiendo sobre lo tratado en sesión. Se movía el sistema de una sesión a otra, en ocasiones disparando un cuadro hipocondríaco de la madre provocando su ausencia, la asistencia e intervención del hijo mayor, la ausencia del hijo menor, el regalar flores como una forma de pedirle disculpas a la madre por lo dicho durante la sesión, todo esto tratando de mantener la homeostasis del sistema. El haber **connotado positivamente** el ser “muy buen padre, preocupado por darles lo mejor a sus hijos” resultó ser una pieza clave para conocer la forma en la que Ricardo se siente, regresó a la sesión siguiente mencionando que no ha sido buen padre (por todo la culpabilización que trae del pasado) y que les causa mucho daño, lo que lo llevaría a ser mejor persona, asumiendo una postura en la que invertiría su rol con el hijo mayor para mantener la homeostasis y el juego familiar.

Durante las 2 sesiones en las que se trató el tema del divorcio se notó el enojo y fuerte alianza entre la madre y el hijo mayor, afirmando que nunca le daría el divorcio a su esposo. El definir la relación conyugal de los padres (divorcio o mantenimiento de la relación) no fue un objetivo terapéutico, ya que el padre se mostró resignado y probablemente no era el *timing* para definirla. Esto indicó que cualquier intento de cambio por alguno de sus integrantes se movía al sistema para impedirlo.

Considerando que los padres mostraban una rigidez extrema la meta terapéutica se dirigió a lograr la autonomía del hijo menor y la desvinculación del hijo mayor de la familia nuclear asumiendo su responsabilidad con su propia familiar, evitando el que siguiera invirtiendo su rol con el padre. También se tenía como meta terapéutica el que el sistema conyugal se vinculara más dada la etapa de ciclo vital en la que se encuentran (hijos adultos) siendo una etapa de transición hacia el reencuentro.

La familia durante las última dos sesiones comentó que cambiarían de residencia para realizar un proyecto familiar propuesto por el hijo menor, el hecho de que fueran los padres los que se trasladaran a Acapulco y el hijo menor permaneciera en la ciudad de México para terminar sus estudios muestra que se estaban concretando acciones para lograr su autonomía.

El hecho de haber tenido un incidente automovilístico y haberlo resuelto sin la participación de sus padres refuerza esta idea. El cambio de residencia fue el motivo para cerrar el caso.

c) CASO 3: FAMILIA C. L.

Modelo: **Soluciones y Estructural** ²

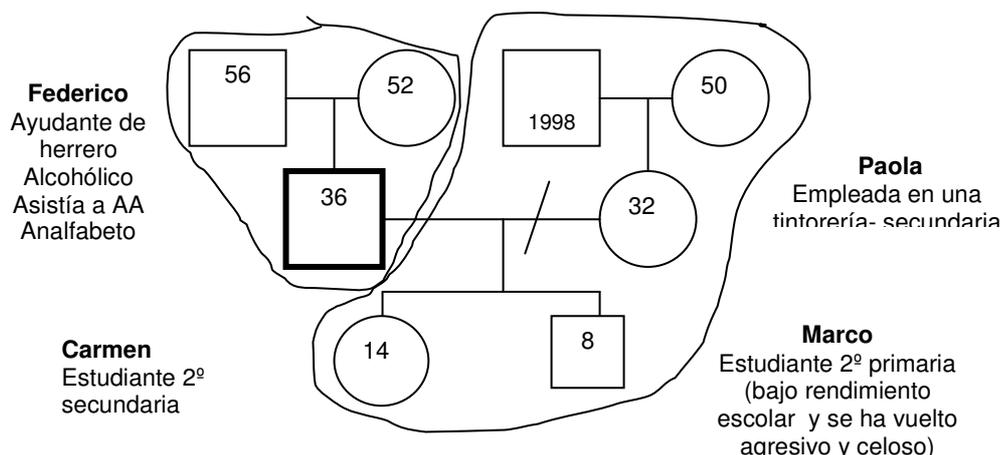
Supervisor: **Mtra. Ma. Blanca Moctezuma Yano**

Tipo de supervisión: **Directa con Equipo Terapéutico**

Motivo de consulta (especificado por el paciente identificado en la solicitud)

“Ayuda familiar, separación familiar, ayuda para los hijos Carmen de 14 y Marco de 8 años”

Familiograma



Definir motivo de consulta (definición del problema)

No se tenían especificadas las funciones parentales a cubrir por ninguno de los padres, además de que las expectativas con respecto a la relación de pareja no estaban definidas (él esperaba una reconciliación y ella mantener la separación).

Definición de metas terapéuticas

- Delimitar funciones parentales.
- Establecimiento de límites entre subsistemas (conyugal y parental).
- Evitar la triangulación de los hijos.
- Establecimiento de nuevas formas de comunicación.

² El Modelo de Soluciones fue aplicado durante el semestre que se tuvo supervisión directa y se cerró el caso combinándolo con intervenciones del modelo estructural sin supervisión, se trabajó con equipo terapéutico

Problema que quiere resolver la pareja

Ella demanda que él se haga responsable del cuidado de sus hijos (tanto económica como afectivamente) y que no se de nuevamente el distanciamiento entre ellos.

Él demanda que se les de atención psicológica a los hijos para evitar en un futuro alteraciones emocionales por la separación de ellos como pareja, tener comunicación con su familia.

Intentos de solución en relación al problema

Sra. Paola: ella le ha exigido el cumplimiento de las cláusulas de la demanda legal donde se estipula el monto y la forma del pago de la pensión alimenticia; que la apoye con el cuidado de los hijos y conviva con ellos. Al tratar de hablar con él para pedirle que cumpla con su responsabilidad de padre discuten y no llegan a acuerdos, ella se molesta → le exige más → provoca que él se aleje.

Sr. Federico: él no cumple con el compromiso económico y sólo da la pensión cuando está de buenas con la madre de sus hijos; utiliza el dinero como una forma de acercarse a sus hijos y de comprar el afecto, aunque esta situación lo lleva a sentirse usado; amenaza con alejarse de sus hijos cuando se siente presionado; ante cualquier señal de que puede acercarse a la Sra. Paola rebasa los límites lógicos (entrar a casa de ésta, hablar con su suegra y escuchar quejas acerca de la falta de cuidado de sus hijos) establecidos tras una separación conyugal.

Como ex pareja: caen en escaladas simétricas en las que ninguno de los dos acepta ceder y buscar un diálogo por el bien de los hijos; mantienen el estado de enojo y malestar con tal de no perder control y poder en el manejo de los hijos; la triangulación de los menores es una constante entre ellos con tal de seguir informados de lo que hacen cada uno por separado; esperan que el otro cambie pensando que ellos están bien, critican lo que hace el otro padre quejándose de una falta de responsabilidad hacia los hijos.

Proceso

Se inició el trabajo terapéutico con la pareja tras haber establecido contacto telefónico con el Sr. Federico, quien refirió estar separado de su pareja desde hacía 3 años. Tenían el acuerdo de tratar los 2 los asuntos relacionados a los hijos. El demandaba atención psicológica para que la separación no afectara a sus hijos. En las primeras sesiones se

evidenció el gran interés de él por buscar la reconciliación con su pareja y de ella por mantener la separación.

Al identificar las expectativas del servicio se tuvo una diferencia de intereses. A pesar de que el paciente se mostró molesto tras hacer notar que se trabajaría para definir las funciones parentales se logró tener el enganche terapéutico que permitió que no abandonara el proceso. Él parecía ser el demandante y ella la compradora del tratamiento, siendo él quien se involucró y comprometió más. El trabajo se realizó a lo largo de 18 sesiones (8 bajo supervisión directa y 10 sin supervisión) y se tuvieron que ajustar las sesiones finales ya que la inasistencia de ambos y el mantenerse en una escalada simétrica obstaculizó el cierre del proceso.

Con la información obtenida de las sesiones se evidenciaron las siguientes pautas de interacción, las que los entramparon a lo largo de todo el proceso:

a) El padre amenaza con abandonar nuevamente a los hijos (ya lo hizo durante un año en el que no tuvo ningún contacto) y dejar toda la responsabilidad a la madre → ella le pide que no lo haga y le demanda que asuma una responsabilidad equitativa → ella le pide a los hijos que hablen con el padre para pedirle la pensión alimenticia o bien interviene la familia extensa materna para quejarse del comportamiento de la madre → él molesto se acerca a los hijos y le reclama a ella “el descuido en el que tiene a sus hijos” pidiendo espacios donde puedan hablar → ella siente que se está involucrando demasiado y no respeta sus espacios, lo aleja o bien se niega a hablar con él → él al sentirse desplazado amenaza con alejarse y dejarle la responsabilidad a ella.

b) Ella al sentir que no puede cumplir adecuadamente su rol de madre da dobles mensajes al pedirle al padre de sus hijos apoyo invitándolo a su casa o a vivir con ellos como una forma de protección provocando confusión → él se ilusiona por la posibilidad de una reconciliación y acepta vivir con ellos → ella al ver esto reacciona le pide a los hijos que le digan al padre que no pueden vivir juntos → coloca a los hijos en una situación confusa, doble vincular, se les triangula al pedir que definan una relación con el padre provocando un conflicto de lealtades → él se siente engañado, utilizado y sigue rebasando los límites establecidos por ella al ver que cabe la posibilidad de una reconciliación por lo que se mantiene cerca → ella al sentirlo muy cerca lo aleja o se niega a hablar con él, pero en momentos de crisis lo busca y le pide apoyo argumentando que no se aleje ya que es el apoyo

que tanto ella como sus hijos necesitan, manteniendo la comunicación doble vincular y confusa → él se mantiene cerca.

Al darnos cuenta del tipo de comunicación familiar se citó a los hijos para ver qué tan claro tenían el tipo de relación que había entre sus padres; se observó que están en un conflicto de lealtades ya que no respondieron a las preguntas realizadas con respecto a la interacción y convivencia de sus padres. Se dio foco e intensidad en varias sesiones al hecho de que era necesario el establecimiento de límites claros con las familias extensas, dado que a pesar de los 3 años de separación seguían manteniendo un trato que favorecía las alianzas (suegra – Sr. Federico).

También se notó desde el principio del proceso la triangulación de los hijos al utilizarlos como informantes de las actividades de ambos padres; éstos venían cubriendo al inicio del proceso las funciones parentales a su conveniencia y no pensando en los hijos, sólo discutían y se reclamaban cosas pasadas, sin visualizar la forma en la que tendrían que organizarse para cubrir las actividades de los hijos que requerían apoyo paterno. Las escaladas simétricas eran una constante en las sesiones en las que solo se daban reclamos pasados.

Durante las primeras sesiones se notó que ambos se mantenían en una postura de demandantes del servicio, esperando que fuera el otro el que asistiera al servicio, evento que se vio confirmado con el abandono de la Sra. Paola del proceso casi al final, regresando solo en un periodo de crisis al haberle expuesto a él que regresaran a vivir juntos. Solo se presentó dos sesiones más para adjudicar la responsabilidad a la terapeuta y hacerle entender que no se llevaría a cabo la reconciliación. Situación que resolvió triangulando a la hija al pedirle que fuera ella quien le avisara a su padre la negativa.

Resultado de los cambios

Que fueran los padres quienes resolvieran los asuntos de los hijos y fueran quienes tomaran las decisiones ya que al principio refirieron que se hacía lo que los niños decían siendo los padres quienes se ajustaban a lo que ellos querían (el niño decía quién lo recogería del colegio). Se logró que los padres entendieran que dentro de las responsabilidades parentales estaba el ejercicio de su autoridad paterna y así ser ellos quienes definieran horarios y actividades a partir de los intereses del hijo.

El involucramiento afectivo del Sr. Federico con su hijo, ya que manifestó un interés por ser más afectivo y cercano y con esto complementar el aspecto instrumental que ya estaba cubriendo al dar la pensión alimenticia (siempre hizo mención que lo hacía con base a sus posibilidades económicas). Poco a poco se fue involucrando en las actividades extraescolares de Marco al llevarlo y recogerlo por las tardes. No se volvió a repetir la amenaza de abandonar a sus hijos. Pudieron pasar juntos el niño y su padre un periodo vacacional, en este tiempo el niño permaneció en casa de este. Cabe señalar que este evento extraordinario fue una muestra del grado de involucramiento que el niño también pudo establecer con su padre, de no haberse dado un involucramiento sincero no su hubiera podido dar. También el apoyo que recibió el Sr. Federico por parte de sus padres le permitió no desatender sus actividades personales y estar con su hijo.

Se hizo notorio el interés del padre de que sus hijos lo buscaran de forma espontánea para poder convivir con ellos; los hijos nunca lo hicieron y él tuvo que aprender que era posible pasar tiempo con ellos sin esperar algo a cambio. El Sr. Federico pudo controlar poco a poco el enojo generado por el rechazo de los hijos al invitarlos a salir o demandarles atención. Fue posible la visualización de un proyecto de vida independiente de los hijos (aunque por el momento no está buscando una nueva pareja).

El estado de ánimo del Sr. Federico cambió radicalmente, pasó del enojo y molestia de las primeras sesiones a estar tranquilo, relajado y hasta sonriente. Conforme se fue logrando el acercamiento físico y emocional con su hijo fue motivándose por seguir adelante, ofreciendo su apoyo incondicional a los hijos. Se le percibió preocupado por la sexualidad de su hija y por el estar expuesta a situaciones de riesgo (embarazo, enfermedades sexuales, consumo de drogas o alcohol), proponiendo espacios de diálogo entre ellos.

El hecho que tenga un problema de columna y atendiera su salud también resultó significativo.

Intervenciones

| INTERVENCIONES UTILIZADAS | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Encuadre terapéutico - Recolección de datos - Planificación de caso - Utilización de lenguaje condicional - Cambio mínimo - Pregunta del milagro - Excepción - Normalización - Tareas de fórmula - No apresurarse - Preguntas a futuro - Pautas de interacción - Prescripción de la recaída - Elogio - Redefinición - Foco e intensidad - Cuestionamiento circular - Señalamiento de pautas | <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas para marcar la excepción - Preguntas para marcar la diferencia - Establecimiento de límites - “He conocido una familia que” (uso de analogía) - Metáfora - Alternativas - Cambiar las pautas conductuales - Validación - Preguntas presuposicionales - Preguntas reflexivas - Establecimiento de fronteras - Mantenimiento del cambio - Aplicación de una escala - Preguntas a futuro - Utilización de una experiencia previa - Prescripción y desafío - Futuro hipotético - Preguntas de avance rápido |

Se realizaron diversas normalizaciones con respecto a la etapa de desarrollo en la que se encontraban los hijos (infancia y adolescencia) para poder puntuar la identificación de género, dado que el acercamiento se estrechó sólo con Marco; Carmen al estar en la adolescencia buscaba más a la madre y mantenía poco contacto con el padre. Situación que en dos ocasiones los ubicó en una escalada simétrica padre-hija hasta llegar a las agresiones verbales, ubicándose ambos como adolescentes. Al final del proceso el padre refirió respetar más los espacios de Carmen y sólo estar presente cuando ella le demandaba algún consejo o buscaba su ayuda.

Las demás intervenciones estuvieron encaminadas a resaltar las excepciones ante las alternativas de solución aplicadas; a elogiar el trabajo realizado como un padre cercano y afectivo; a llevarlo a la reflexión para romper conductas y pautas en las que colocaban a los hijos en un conflicto de lealtades; siempre se utilizó un lenguaje adecuado a la poca escolaridad del paciente; se habló de la importancia del tiempo en la adaptación de los hijos ante la separación de los padres; a redefinir situaciones en las que se modificaba la óptica personal del paciente; a dar foco e intensidad a ciertos aspectos importantes para el proceso.

La Sra. Paola no ha podido identificar las diferencias entre el apoyo de una pareja y el apoyo de un padre, ya que en un momento de crisis le propuso vivir nuevamente con ellos, lo que provocó confusión manteniendo la comunicación doble vincular e indirecta al involucrar

a los hijos en las decisiones conyugales. Se le pidió que fuera coherente con respecto a lo que decía y hacía, ya que sus acciones daban pie a las mal interpretaciones. Ella con la idea de que al hablar con él le provocaría confusión evitaba encontrarse y dialogar, provocando enojo en él ser buscado solo en momentos de dificultad. Él se percibe más claro al poder identificar que en un futuro será necesario su apoyo pero que la reconciliación ya no es posible.

Se lograron concretar conductas y cambios mínimos con las que ambos asumían sus funciones parentales, buscando que la convivencia entre ellos fuera más armónica. Él notó la importancia de establecer límites con respecto a lo que su suegra le informaba, al final del proceso ya no se visualizó como parte de la solución de esos problemas.

Al final se notó un mayor involucramiento y compromiso de parte del padre hacia sus hijos, situación que no fue posible lograr con la madre ya que se mantuvo en su posición de demandante del servicio. Los cambios logrados en los 8 meses en los que se dio este proceso permitió prescribir que es un proceso de adaptación que sigue y que requeriría El tiempo que llevó todo el proceso terapéutico permitió aceptar la separación.

Análisis y Discusión Teórico Metodológico

El **Modelo de Soluciones** trabajado con esta familia permitió realizar cambios significativos con el **comprador** del trabajo terapéutico. Las sesiones se desarrollaron considerando **las 6 etapas específicas del Modelo**: planificación previa de la sesión, el preludio, la recolección de datos, la pausa para la consulta, la transmisión del mensaje y el estudio posterior.

Durante la primera sesión se conoció el motivo de consulta. Se hizo evidente que había una diferencia de expectativas entre los cónyuges a pesar de que ya tenían 3 años separados. Él seguía esperanzado a regresar a casa de sus hijos y ella no; ambos coincidían en la preocupación por los efectos de la separación sobre sus hijos. Al establecer la **Unión** con esta pareja se **recolectaron datos** para conocer algunos antecedentes de la relación de pareja, los motivos por los que decidieron separarse, la organización que tienen como padres al estar separados, los acuerdos que tienen cuando los hijos están con uno o con otro y la forma en la que se cubrían ciertas funciones parentales. Como **objetivos terapéuticos** se establecieron: el definir las funciones parentales a cubrir por cada uno, establecimiento de acuerdos para el manejo de los hijos, evitar la triangulación de los hijos y optimizar la comunicación. Desde

las primeras sesiones se notó que ambos padres caían en un juego acusatorio hacia el otro donde evidenciaban que estaban asumiendo una **Postura** de demandante del servicio, en la que esperaban que la terapeuta asignara al “paciente” y el otro saliera bien librado.

Se aplicaron las **Tareas de fórmula** (pregunta del milagro, de la primera sesión y genérica) y se explicitaron los indicadores de un futuro sin problemas. Se conocieron cuales serían los **cambios mínimos** para saber que se estarían resolviendo los problemas; fue necesario que se realizaran **redefiniciones** para validar la **visión poliocular** dando importancia a lo que cada padre ha hecho y no caer en escaladas simétricas de reclamos, situación que se dio de manera constante en varias sesiones. Se **normalizaron** los estilos diferentes que tienen de ser padres. Se recolectó información con respecto a los **éxitos pasados** para tener acuerdos con respecto al cuidado y manutención de los hijos. Se **elogió** la manera en la que ambos han abordado el cuidado de los hijos a pesar de las diferencias de opinión entre ellos; las **intervenciones en las pautas** de interacción y comunicación permitieron señalar: 1) el conflicto de lealtades en el que estaban colocando a los hijos al triangularlos como una forma de control y chantaje hacia el otro padre, 2) la confusión generada al tener una comunicación doblevincular.

Las **preguntas para resaltar las excepciones** fueron útiles a lo largo de todo el proceso terapéutico, al igual que las **preguntas reflexivas** y las **preguntas a futuro**. La **aplicación de una escala** como forma de conocer la gravedad o el nivel de avance resultó muy útil. El que se hayan podido identificar **Alternativas** con respecto a los **intentos de solución** fallidos permitió tener otros caminos. El uso del **lenguaje condicional** y del **lenguaje del paciente** permitió ser más cercana mostrando interés por la situación abordada.

Las **reencuadres** y **normalizaciones** realizadas sobre la identificación de género permitieron crear una expectativa real con respecto a la interacción entre el padre y la hija adolescente, puesto que una de las demandas de la madre era que él se acercara a la hija. Al final del proceso terapéutico se notó una mayor vinculación del padre con su hijo y de la madre con la adolescente.

En varias sesiones se puntuó el hecho de **No apresurarse**, al mencionar que la separación es un proceso que lleva tiempo y los hijos al igual que los padres tienen que adaptarse a los cambios. La **Prescripción de la recaída** también resultó útil para disminuir la ansiedad generada en ambos padres al ver que se repetían las pautas de interacción. Se habló

de la importancia del tiempo en la adaptación de los hijos ante la separación de los padres; se marcaron **excepciones** y **eventos extraordinarios** al notar que el padre se estaba involucrando con el cuidado y actividades extraescolares del hijo, pidiéndole que continuara realizando lo que le funcionara para **mantener el cambio**.

Las **preguntas para marcar las diferencias** apoyaron las excepciones realizadas por el padre. El **desafío** también fue prescrito a la madre cuando se le señaló el doble mensaje que manda al padre de sus hijos y que genera confusión dando como alternativa que siga manteniendo la confusión para poder definir el tipo de relación que quiere. El haber dado **foco e intensidad** al hecho de que la familia extensa materna debe dar otro tipo de trato al Sr. Federico permitió **establecer límites y fronteras entre subsistemas**.

Cabe señalar que la Sra. Paola decidió abandonar el proceso terapéutico señalando “que el que estaba mal y necesitaba la ayuda era el padre de sus hijos” en la sesión 11 asumiendo una postura de **visitante**, regresando en dos ocasiones más tras un periodo de crisis y para realizar la sesión final.

Se da de Alta a la pareja tras el hecho de elaborar acuerdos retomando los **cambios mínimos** con respecto a la realización de funciones parentales y con esto definir claramente el compromiso personal de ambos padres asumiendo un rol más activo. Dada la resistencia y pesimismo mostrada por la Sra. Paola considero que los cambios serán mínimos y se presenten posibles recaídas.

d) CASO 4: FAMILIA G. L.

Supervisora: Carolina Díaz Walls Robledo

Tipo de Supervisión: Directa (6 meses) Narrada (11 meses)

Modelo Terapéutico: Milán y Estructural

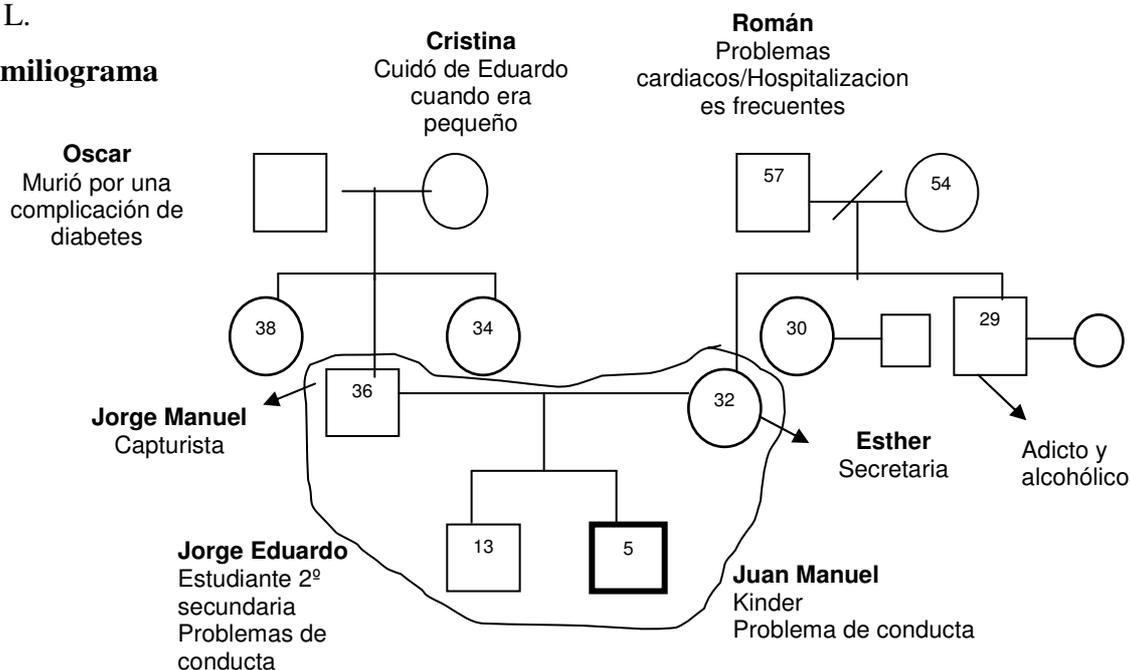
Motivo de consulta (especificado por el paciente identificado en la solicitud)

“Dificultad en el manejo de límites y problemas de conducta de Juan Manuel.”

Familia

G. L.

Familiograma



DEFINICIÓN DE PROBLEMAS

- Violencia verbal del padre a la esposa y física del padre hacia los hijos.
- Relación complementaria rígida dentro del subsistema conyugal: él en posición alta, ella en baja.
- Falta de límites y reglas claras hacia el subsistema filial.
- Creencias rígidas con respecto a los roles de género.
- Problemas de conducta de ambos hijos tanto en casa como en la escuela.
- Se dan escaladas simétricas entre el adolescente y sus padres cuando no le dan lo que les pide.
- Baja autoestima en los integrantes de esta familia, en la Sra. Esther al devaluarse y dudar de sus capacidades como madre y como mujer; en el Sr. Jorge Manuel por tanta inseguridad y celotipia.

- El padre tiene una necesidad de control sobre su familia con la finalidad de no mostrar el miedo a no ser buen padre y como forma de control autoritario utiliza la violencia, las amenazas y el miedo.
- No se tienen acuerdos entre padres con respecto a las funciones parentales.
- Imposibilidad de los 4 integrantes de expresar sus sentimientos.
- Comunicación doble vincular.
- Pautas de interacción familiar a partir del miedo hacia el padre.
- Mantenimiento del conflicto de pareja ante la amenaza de separación.
- Se encuentran en una paradoja: Jorge Manuel le pide a Esther que haga las cosas sabiendo que no lo va a hacer bien (tomar decisiones y corregir a sus hijos, cuando se entera de sus medidas correctivas las descalifica y la hace sentir que no puede hacer algo si no es como él lo dice).

Metas Terapéuticas

Si bien como meta terapéutica en un primer momento se estableció el atender la demanda de los padres con respecto a los límites y reglas en casa, poco a poco se fue encaminando a buscar el fortalecimiento de la relación parental y con esto el establecimiento de acuerdos con respecto a la educación de los hijos. En el momento en que fue innegable el abordar la relación conyugal se hizo manifiesta la amenaza de la separación, situación que fue desplazada por los periodos de crisis del adolescente y de cambios tipo 1 para evitar el rompimiento.

Se retomó el aspecto parental y se trabajó con la negociación de las actividades a partir de las obligaciones y derechos, lo que provocó que el sistema familiar cayera en una pasividad y con esto mantuviera las redundancias que evitaban el cambio.

Así, al cerrar el proceso la relación conyugal había vuelto al patrón de complementariedad pero ahora un poco más flexibilizado ya que se aplicaban ciertos acuerdos parentales y se tenía cierto reconocimiento por lo que la madre hacía.

Creencias de la familia ¿Por qué está aquí la familia?

Al inicio del proceso terapéutico los padres explicaron que la falta de límites con Juan Manuel se había dado debido a que cuando tenía menos del año presentó el “espasmo del sollozo” y se privó en una ocasión, evento que se repetía cuando lo querían corregir. De ahí que no supieron establecer límites claros. Posteriormente los problemas de conducta del hijo

menor fueron desplazados por los problemas del adolescente. Con esto, el padre evitaba centrar la atención en la tan deteriorada relación conyugal y se centraba más en las cuestiones parentales.

El Sr. Jorge Manuel tenía como demanda de servicio que la Sra. Esther “*tuviera autoridad, se hiciera respetar como madre, tomara decisiones y ejerciera su rol de madre controladora y autoritaria*”; por su parte la Sra. pedía “*tener las herramientas para hacerse respetar, ser buena madre y poder tomar decisiones con respecto a la educación de sus hijos*”.

Función de la conducta problemática en el sistema familiar

Los problemas de conducta de los hijos son una forma de mantener unidos a los padres ya que existe la amenaza de separación. Ambos padres refirieron que de no ser por este tipo de problemas ellos no se hablarían, puesto que no abordan otros temas que no sean los hijos.

El chantaje de los hijos (cómprame para que obedezca y haga lo que quieres) refuerza la idea de que los padres son incapaces de hacerse obedecer y que por más que tengan acuerdos los hijos seguirán sin respetarlos. El condicionamiento de la obediencia con reforzadores cada vez más caros provoca que lo material tenga más valor que otros principios familiares, lo que lleva a demostrar el afecto a partir de lo económico y de establecerlo como un medio de relación familiar.

La postura de “*el padre ogro*”, es decir, ser quien dice qué se hace, cuando y cómo, es una forma de descalificación de lo que pueden hacer y proponer los demás. Esta postura genera que la madre se sienta cada vez menos capaz de solucionar los problemas de sus hijos, puesto que “*haga lo que haga no será lo mejor*”, de esta forma minimiza sus recursos como mujer y madre. Y así, el sistema permanece en la rigidización de las creencias, roles de género y actividades propias de cada padre, manteniendo el discurso paradójico y descalificador de él: “*tu hazte cargo de los hijos, pero si se vuelven drogadictos será tu responsabilidad; yo te puedo decir cómo hacer las cosas pero no se si las puedas hacer bien*”.

La falta de claridad en la comunicación y los mensajes doblevinculares permite que la confusión se mantenga y con esto no se apliquen medidas correctivas; si se portaran bien los hijos, los padres ya no tendrían de que hablar y tendrían más tiempo para la relación

conyugal, hecho que la Sra. Esther no desea, puesto que no logra satisfacer las demandas maritales y afectivas de su esposo.

Diferencias antes y después de la presentación del problema

Antes.- cuando nace Jorge Eduardo la pareja deja a cargo de la abuela paterna al niño, lo que les permitía tener una vida “de solteros” (salían al cine a cenar y disfrutarse como pareja) apoyándose de un tercero para el cuidado del hijo. Con el nacimiento de Juan Manuel se ha hecho evidente el conflicto de pareja ya que se distanciaron. El temor de que su segundo hijo “se privara” provocó que no corrigieran su comportamiento, dejándolo crecer sin límites ni reglas. Deben asumir la responsabilidad del cuidado de los hijos lo que los enfrenta a sus temores de no ser “buenos padres”.

Después.- con la llegada de los hijos se rigidizaron los roles de género con respecto a la atención, cuidado y educación; el padre cubre solamente las funciones instrumentales, por lo que debe laborar horas extras, siendo periférico la mayor parte del tiempo. También se ubican dentro de una paradoja, *“padre → haz lo que tengas que hacer para educar a los hijos pero se que no lo harás bien”*; ella al ver que los hijos no la obedecen confirma que su papel de madre no es el adecuado, lo que la lleva a recurrir al esposo como “padre experto”, manteniendo la pauta de interacción. Hay un distanciamiento conyugal.

Evolución del problema

La etapa de desarrollo en la que se encuentran los hijos ocasiona diferencias con respecto a las creencias e ideas de cada padre dadas por la educación en sus familias de origen. Ella ha marcado un contraste muy grande entre los padres de él (los considera buenos padres ya que nunca discutían frente a los hijos) y los de ella (quienes nunca se preocuparon por los hijos, al tenerlos abandonados) lo que generó que tengan estilos de crianza muy diferentes. A este respecto el padre se siente incapaz de ir en contra de la formación que le dio su padre, lo que lo lleva a repetir el patrón generacional de poca expresión afectiva y acercamiento con sus hijos haciendo uso de lo material como forma de comprar el cariño y respeto.

El temor a no cubrir las expectativas que tiene el Sr. Jorge Manuel de la Sra. Esther en su rol de madre ha hecho que ella tenga cada vez más miedo al educar y corregir a sus hijos y se sienta cada vez menos capaz; la constante descalificación provoca la rigidización de creencias de inutilidad/petición de ayuda de ella hacia él.

La problemática de pareja obstaculiza que se puedan establecer acuerdos parentales, mientras se mantenga la paradoja de *“le digo a mi esposa que me demuestre que me quiere y cuando lo hace yo creo que no lo hace porque me quiera sino porque se lo pido yo”*, generando poca credibilidad y autenticidad en lo que la Sra. Esther haga y diga. Esto demuestra el *impasse*³ en el que se encuentra la pareja.

Hipótesis (impacto del problema en el proceso de la familia)

La paradoja en la que se encuentra la pareja los ha llevado a no tener acuerdos con respecto a la educación de los hijos, lo que ha generado que los menores no respeten las reglas y aprendan patrones de interacción violenta y descalificadora ante la falta de una imagen de autoridad real. El rol de “padre experto” y madre “incapaz de educar” rigidiza la relación complementaria entre los padres a pesar de que ella es quien tiene toda la responsabilidad de los hijos. Él al sentirse “un padre fracasado” genera que ella asuma un rol más activo con respecto a los hijos pero al no hacer las cosas como él quiere se rigidiza la idea de la incapacidad materna para educar, lo que la lleva a aceptar lo que su esposo imponga. Las escaladas simétricas en las cae el hijo adolescente asumiendo el mismo rol controlador y autoritario del padre provoca que ella mantenga su creencia de no ser “buena madre”.

Alcances Terapéuticos

Entre los *Acuerdos* establecidos dentro del *subsistema parental* quedaron establecidos:

- ***Con respecto a la forma de actuar de los padres:***

- 1) Si estaban ambos padres él sería quien corregiría o actuaría dependiendo de la situación.
- 2) Si el padre estaba ausente sería la madre quien actuaría sin consultar con el padre y él tendría que respetar las decisiones de su esposa; y
- 3) Cuando un padre hubiera actuado el otro no lo exhibiría o corregiría frente a los hijos, en el momento de la acción o posterior a ella.

- ***Para los permisos:***

- 1) Jorge Eduardo sólo podría salir una vez que hubiera terminado sus responsabilidades tanto del hogar como escolares.
- 2) Empezar a manejar reforzadores afectivos más que “premios caros”.

³ Término empleado por la Escuela de Milán. Se explicará con más profundidad en el análisis teórico metodológico de este caso

3) “No decirle a Jorge Eduardo lo que tenía que hacer ni que lo iban a castigar si no cumplía con sus obligaciones, puesto que él ya sabía lo que tenía que hacer, simplemente actuarían”.

Como *Cambios* señalaron:

- *Madre* → “*ahora Jorge Eduardo sabe que tenemos que hablar como papás antes de darle algún permiso, sabe que tiene que aportar algo para pedir algo, ya no discute con su papá*”.
- *Padre* → “*ahora Jorge Eduardo entiende que los permisos se ganan, ya se dio cuenta que si no cumple con sus obligaciones no puede pedir permisos; también ha estado de buenas con su hermano, hay que aprovechar el interés de Jorge Eduardo para que no se ponga al mismo nivel que nosotros*”. También señaló que “se daba cuenta que estaba dispuesto a dejar de ser mal padre, que antes delegaba a su esposa toda la responsabilidad y que de ahora en adelante deseaba ser buen padre”.

Cambios observados por la Terapeuta y equipo

- *Como pareja*: hubo más diálogo, decidieron definir e implementar acuerdos (lo que requirió una escucha por parte de ambos), pudieron explicitar las tareas que debían realizar cada uno de sus hijos.
- *Del Padre*: mostró disposición por asumir su responsabilidad de padre, se fue comprometiendo con el proceso terapéutico al no decir que solo mentía, dio reconocimiento a lo que su esposa hizo durante las últimas sesiones al hablar con su hijo sobre sexo, alcoholismo y drogas, mostró cierta flexibilidad al acercarse a Jorge Eduardo.
- *De la Madre*: tuvo mayor seguridad y tomó decisiones sin consultarlas con su esposo, mostró la disposición de mover a su esposo al decir que se quería separar, se mantuvo cercana con Jorge Eduardo, lo que facilitó los espacios de diálogo entre ellos y los recursos que tiene como madre.
- *De Jorge Eduardo*: mostró en todo momento ser muy inteligente y con esto tener una participación real en los cambios familiares.

- *De Juan Manuel*: mejoró su rendimiento escolar y dejó de ser el chivo expiatorio, dándole a su hermano la batuta del síntoma familiar.

Análisis y Discusión Teórico Metodológico

La *estructura de las sesiones* permitió sistematizar el trabajo realizado a lo largo de todo el proceso, permitiendo recibir la retroalimentación necesaria del equipo terapéutico, así como los espacios de discusión de las hipótesis y de lo observado en la familia tras la transmisión del mensaje final.

El desarrollo de las entrevistas realizando *preguntas lineales, reflexivas y circulares* permitieron obtener información importante con respecto al juego familiar y su evolución.

Las *Hipótesis* de trabajo que guiaron el desarrollo del proceso terapéutico fueron elaboradas a partir de la información proporcionada por los integrantes de la familia. Algunas fueron confirmadas y otras adaptadas según los datos observados. El hecho que se haya podido identificar la *Hipótesis Sistémica* permitió conocer el juego familiar.

La *Neutralidad* del trabajo desarrollado con esta familia se dio gracias a la muestra de respeto y aceptación hacia cada uno de sus integrantes. La forma en la que se dirigió la terapeuta se ajustó al tipo de sesión (individual, de pareja o familiar) y asistente, cuando se trabajó con el subsistema fraterno se utilizaban más metáforas de tal forma que fuera entendible para ellos. El trabajo realizado con el subsistema conyugal requirió de sesiones individuales, las que se desarrollaron en igualdad de condiciones y tiempos. Hubo ocasiones en que el Sr. Jorge Manuel dominaba la conversación, situación que tuvo que ser modificada al pedirle que dejara hablar a su esposa y con esto mantener la neutralidad al darles el mismo tiempo de expresión.

La *Circularidad* se dio gracias a que se consideró en todo momento la información proporcionada por la familia; cuando se trabajaba con el subsistema parental se abordaban temas que posteriormente eran retomados con el subsistema fraterno, lo que creaba una imagen más cercana de la problemática entre padres e hijos. De igual forma, se abordaron los mismos temas en las sesiones individuales de los padres, haciendo uso del lenguaje de la familia y de la información señalada por cada uno. Se pudo proporcionar nueva información al sistema familiar con respecto a varios temas (evitar la comunicación doblevincular y violenta, abrir espacios de comunicación con el hijo adolescente respetando su forma de pensar y necesidades, fomentar el respeto por los acuerdos parentales, el permitir la expresión afectiva y con esto

evitar actuar en base al miedo o a lo analógico, el poder desafiar las creencias de las familias de origen y crear un nuevo estilo de paternidad, el abordar las problemáticas conyugales evitando la triangulación de los hijos, el dar reconocimiento al estilo de crianza diferente del padre y permitir que la madre hiciera las cosas a su estilo). También se proporcionó información impresa relativa al desarrollo de un adolescente con el objetivo de que tuvieran una conceptualización de las características de esta etapa de vida⁴.

El *Cuestionamiento Circular* fue aplicado a lo largo del proceso terapéutico para definir el problema, establecer las diferencias con respecto a las soluciones implementadas y para conocer el sentir de los integrantes de la familia con respecto a la interacción familiar (hijos hablando como padres y padres considerando las necesidades de los hijos, madre hablando como padre o padre como madre). También permitió identificar los patrones de interacción, comunicación y establecer diferencias.

Las *intervenciones de tipo cognitivas* (connotación positiva, redefinición y metáforas) resultaron muy útiles ya que el padre de familia era muy reflexivo, lo que permitía que al hacer uso de este canal sensorial se estableciera mayor empatía. El *uso de analogías* sobre fútbol facilitó que se abordara el tema de las reglas en casa, la forma en que los árbitros (padres) ponían castigos; la analogía del baile con los padres, facilitó que se ejemplificara la importancia de hacer un equipo de padres (bailando al mismo ritmo). Las *prescripciones directas* fueron poco acogidas por el subsistema conyugal, los hijos sí realizaban las tareas solicitadas de una sesión a la otra.

La *intervención paradójica*: “*el equipo terapéutico se sentía utilizado y engañado pues la familia se había presentado en busca de un servicio pero como se negaban a realizar lo sugerido en terapia nos dábamos cuenta que no necesitaban realmente la ayuda, demostrando que tenían las cosas bajo control, sabíamos que cuando sintieran la necesidad de cambiar lo harían*” resultó ser la que tuvo mayor impacto en el sistema familiar.

Como tarea ritualizada se realizó *la prescripción invariable* se pidió a la pareja que se dieran un espacio como pareja tras haber referido cambios, sin embargo ésta no fue realizada.

Los *mensajes finales* resultaron en algunos casos confrontativos y desafiantes pues al no percibir movimiento en el sistema familiar se debía buscar la forma de lograrlo, tal es el caso del mensaje dado en la penúltima sesión: “*nos damos cuenta que el espacio terapéutico*

⁴ Tomada del libro de Desarrollo Humano de Papalia y Olds, 1992

lo han utilizado para hablar de lo inútiles que son como padres, de los errores que habían cometido, de sus temores (hijos expuestos a drogas, a abandonar los estudios) y eso los hace no moverse, se paralizan por el miedo”. Esto provocó que el Sr. Jorge Manuel se sintiera agredido pero reconocía que “se daba cuenta que estaba dispuesto a dejar de ser mal padre, que antes delegaba a su esposa toda la responsabilidad y que de ahora en adelante deseaba ser buen padre”.

La **utilización del equipo terapéutico** también permitió hacer uso del **coro griego** e introducir información que **desafiara** al sistema; de igual forma permitía ver el punto de vista pesimista (no cambio, separación conyugal) y optimista del equipo (cambio, unidad conyugal).

Las intervenciones del Modelo Estructural permitieron dar **foco e intensidad, normalizar comportamientos, validar sentimientos, establecer límites y fronteras entre subsistemas**. La **utilización de las escalas**, intervención del modelo de soluciones al igual que las **preguntas presuposicionales** permitieron cuantificar algunos aspectos significativos del proceso al igual marcar diferencias y con esto obtener información para conocer la forma de mantener el cambio.

Impasse

Gran parte del trabajo realizado por Mara Selvini Palazolli y sus diversos colaboradores en diferentes periodos (Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giulana Prata, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Ma. Sorrentino) se centró en la investigación de la etiología relacional de la enfermedad mental. La obra “**Los juegos psicóticos en la familia**”⁵, propone modelos generales, diacrónicos y sincrónicos que ayudan a reconstruir y comprender el proceso interactivo que en algún momento culmina en conductas indeseables de algún hijo. La revisión de este material permitió tener un marco teórico acerca del tipo de relación que presentaba la pareja atendida; es así como a continuación se expondrá “**la impasse**” de la pareja G. L.

Se define como **juego de impasse** a aquel en que los adversarios parecen destinados a afrontar eternamente una situación sin salida: su relación no conoce verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras. **Uno de ellos exhibe cada tanto una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes → parece**

⁵ Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990).

estar siempre a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro, sin perder la calma invariablemente realiza una movida que equilibra el puntaje.

Debemos tener siempre presente que *todo juego en la familia es un proceso que evoluciona* → una secuencia de ataques y defensas conductuales en la cual se insertan acontecimientos y también reacciones de cada uno frente a esos acontecimientos, así es el juego de pareja.

| CONTENIDO TEÓRICO | PROCESO DE PAREJA |
|--|---|
| <p>En <i>la impasse</i> se da un juego en el que cada uno de los compañeros reacciona a la movida del otro con una contramovida anulándose su eventual ventaja, sin querer en absoluto abusar de la victoria.</p> | <p>La pareja mostró en muchas ocasiones una serie de movimientos complementarios: había un problema con el hijo → ella actuaba → él descalificaba → ella le pedía ayuda o consejos al esposo → el esposo respondía dándole una indicación → ella lo hacía → él descalificaba → ella decidía que actuara su esposo → él actuaba y corregía a los hijos.</p> <p>Lo anterior se repetía ante cualquier problema de los hijos.</p> |
| <p>Se da al primer jugador el nombre de “<i>provocador activo</i>” y al segundo de “<i>provocador pasivo</i>”. En general es más fácil identificar al provocador activo, puesto que es quien provoca y ataca; en cambio, el provocador pasivo, usualmente es visto como la víctima, bloqueado por la ofensiva del adversario, pero en el fondo se puede advertir su singular poder de provocación.</p> | <p>El <i>provocador activo</i> era el Sr. Jorge Manuel puesto que de forma verbal y constante descalificaba el comportamiento de su esposa con respecto a la educación de sus hijos y del ejercicio del maternaje por parte de su esposa</p> <p>La <i>provocadora pasiva</i> era la Sra. Esther puesto que era víctima de la agresión y excesivo control de su esposo; la pasividad que mostraba era causada por la serie de descalificaciones y ataques ante su actuar como madre → postura que provocaba más al Sr. Jorge Manuel por no actuar.</p> |
| <p>El <i>eje sustancial de la impasse de pareja es el miedo enorme que un cónyuge siente del otro</i>, miedo que no manifiesta ni admite. Es más, oculta su miedo tras un problema-pantalla del que en cambio habla demasiado, atormentando a su compañero. Pero el compañero intuye ese miedo y se pone en guardia, no hablándole del asunto. De todos modos, lo utiliza y hace de él su punto fuerte. En efecto, se conduce como si creyese que el problema-pantalla es el verdadero y se obstina en eso y aprovecha para estimular incesantemente el miedo oculto del otro. Lo que le impulsa a actuar de este modo es el hecho de que también él es víctima de algún miedo, tal vez en otro aspecto.</p> | <p>El Sr. Jorge Manuel tenía el <i>miedo de fracasar como hombre</i> (hecho que no expresó abiertamente). Ella también evitaba hablar de la relación de pareja puesto que de ninguna forma le daba gusto a su esposo, él colocaba en la paradoja de “ámame espontáneamente”. Ella sabía que si hablaba nuevamente de separación provocaría que su esposo actuara de tal forma que asumiera una postura menos agresiva pues corría el riesgo de “no cumplir como hombre”, situación que le daba el control a ella.</p> <p>El <i>problema-pantalla</i> eran los problemas conductuales de los hijos, puesto que al tener límites y controlar el comportamiento de los menores debían centrarse en la definición de la relación de pareja teniendo la posibilidad de la separación, lo que desviaba la atención hacia el subsistema fraterno evitando arreglar la relación conyugal. Era más fácil atacarla y descalificarla como madre que asumir que</p> |

| | |
|---|--|
| | como hombre estaba fallando a tal grado que su esposa pensaba en la separación. |
| Son típicas aquellas situaciones en las cuales <i>la impasse de la pareja pasa también por la adjudicación de roles apuestos de la llamada responsabilidad o irresponsabilidad</i> . El cónyuge “responsable” pide la terapia familiar como parte de su esquema habitual de persecución y culpabilización del otro, al que considera “irresponsable” porque está ausente, es débil, egoísta, incapaz, carente de sentido de la familia, superficial, etc. | El padre había sido quien solicitó el servicio, lo que lo convertía en el <i>padre “responsable”</i> al ser quien quería resolver los problemas de conducta de los hijos; <i>ella era “la irresponsable”</i> pues no sabía “cómo actuar como madre”; desde el inicio fue clara la asignación de estos roles, él la definía como → madre débil, carente de sentido de la responsabilidad hacia los hijos. |
| El <i>paralelismo y la complementariedad de los miedos recíprocos podrían explicar el equilibrio</i> persistente en la impasse. | El miedo de él de ir en contra de la formación y sistema de creencias de su padre impedía que hiciera cosas diferentes a pesar de reconocer que necesitaba actuar de otra forma; ella, al no cambiar la idea de que “la firmeza provocaría que su hijo se volviera drogadicto“ provocaba que no fuera coherente; estos <i>miedos paralelos</i> mantenían el problema pantalla y con esto el problema de fondo, la posible separación. |
| <i>El terapeuta será absorbido por el juego de la pareja como aliado implícito del padre “responsable”, mientras que el padre “irresponsable” saboteará la terapia</i> (por lo general utilizando su acostumbrada y poderosísima arma de resistencia pasiva) siempre y cuando no se conozcan las razones del juego en el momento de la solicitud del servicio, llevando a un fracaso terapéutico. | Esta situación se presentó cuando el Sr. Jorge Manuel pedía insistentemente que se señalara cuál de los padres era el culpable de que los hijos no obedecieran y respetaran las reglas de casa; al querer tener de aliada a la terapeuta buscaba culpabilizar a su esposa; señaló en dos ocasiones que la terapeuta le daba la razón a su esposa por ser mujer y que no se le daba el trato que él merecía, darle la razón de que ella estaba mal. Aparentemente cuando ella decidía no actuar como su esposo le decía, era la culpable del “no cambio” de los hijos, ella saboteara el proceso terapéutico. El ejercicio de <i>la neutralidad permitió puntuar la igualdad de responsabilidades ante los problemas de conducta de los hijos y no aliarse con alguno</i> . |
| El <i>conflicto manifiesto de la pareja parental</i> se utiliza para ocultar los sentimientos auténticos, dándoles al mismo tiempo un desahogo indirecto, situación que mantiene oculta la impasse. | El <i>conflicto manifiesto</i> era la incapacidad por parte de ella de ser buena madre, hecho que desviaba la atención del problema real que era la indefinición de la relación conyugal, ella en ocasiones se quería separar pero no lo hacía explícito. |
| Como solución para <i>el rompimiento de la impasse</i> se tiene la impresión de que <i>si cada uno de los cónyuges llega a confiar realmente en el terapeuta, podrá confiar también en el compañero</i> . Solo entonces, con naturalidad y creando en la sesión un clima amistoso y distendido, podrán salir a la luz las cosas que los tienen atrapados en el juego, el terapeuta podrá formular explícitamente las hipótesis y con esto explorar los miedos ocultos que | El hecho de que el Sr. Jorge Manuel haya abordado explícitamente sus temores “a no ser buen padre, a no modificar las ideas que le había inculcado su padre, a sentirse celoso de sus hijos” fue <i>un primer paso en el generar confianza</i> ; desde un inicio se mostró muy resistente a hablar de sí mismo y de la relación de pareja, situaciones que pudieron ser abordadas en varias sesiones. Dadas las redundancias observadas se decidió dar por |

| | |
|-------------------------|---|
| equilibran la relación. | concluido el proceso a pesar de que la relación conyugal se mantenía en homeostasis; la meta terapéutica era la implementación de acuerdos parentales, situación que tuvo cierta aplicabilidad. |
|-------------------------|---|

i) CONCLUSIONES DEL TRABAJO CLÍNICO

A partir de los procesos terapéuticos antes descritos podemos señalar que la definición de los problemas (por el terapeuta) estuvieron centrados en: Infidelidad, violencia, comunicación poco efectiva (triangulación de los hijos), patrones de relación complementarios en extremo control/pasividad, divorcio y escaladas simétricas, poco ejercicio de la paternidad.

- De los 8 cónyuges atendidos, 2 confesaron abiertamente haber sido *infieles*; otros 2 (varones) expresaron en algún momento ser “mujeriegos”, situación que incomodaba y molestaba a sus esposas.
- De los 4 casos, 3 aplicaban alguna forma de *violencia* como forma de control (caso 1: psicológica; caso 2: psicológica, verbal; caso 3: física, psicológica).
- De los 8 hijos productos de los 4 casos 6 eran triangulados por los padres, lo que impedía que hubiera una *comunicación* conyugal clara, necesaria para solucionar los conflictos de pareja.
- De los 4 casos, 2 tenían una pauta de *relación complementaria rígida* en extremo en el subsistema conyugal, lo que impedía que las creencias familiares fueran modificadas, implementando patrones de interacción de: control/ conformismo y pasividad. De estos dos casos los hijos fueron quienes lograron cierta autonomía manifestando su inconformidad con el tipo de relación de los padres (caso 2: el hijo permanece en el Distrito Federal para concluir sus estudios de Licenciatura, mientras los padres se trasladan a Acapulco a iniciar un negocio familiar; caso 3: el hijo adolescente presenta problemas de conducta como una forma de rebelarse ante el control excesivo de su padre.
- De los 4 casos, uno era de *padres divorciados*; en los 3 en algún momento del proceso la separación fue una alternativa para los cónyuges como una solución a la demanda de atención, a pesar de que antes de recibir atención ya lo habían pensado.

- De los 8 cónyuges, 8 en algún momento cayeron en pautas de *comunicación e interacción simétrica*, cuando se intentaban encontrar soluciones a los problemas conyugales; en los 4 casos las revanchas ente cónyuges llevó a desatender las necesidades de los hijos o a limitar el desarrollo de los mismos.
- De los 4 padres, 2 adjudicaban toda la responsabilidad del cuidado de los hijos a la madre, lo que señalaba que no estaban ejerciendo una *paternidad responsable*. De los 4 padres, 3 la ejercían al cubrir solo funciones instrumentales.

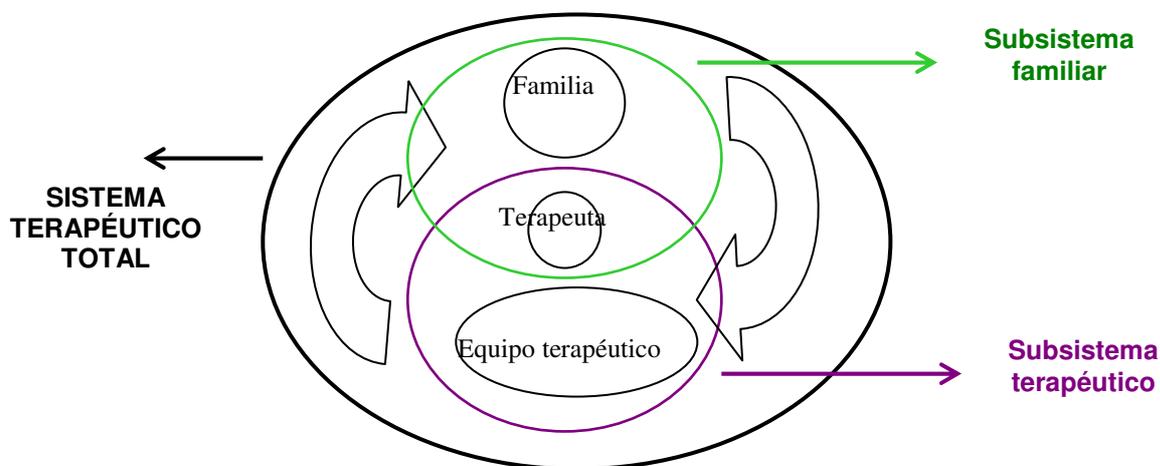
Los autores citados al inicio de este apartado señalan que las familias y las relaciones de pareja están siendo objeto de transformaciones; los datos obtenidos en estos 4 casos no mienten, ahora nos toca a los terapeutas familiares preguntarnos si la terapia de pareja debe mantener la idea de *¿se debe buscar la igualdad de funciones y roles en una interacción que nunca fue ni será pareja?*

III.1.3.- Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos

El ingreso a la Residencia en Terapia Familiar marcó un cambio en la práctica clínica que venía aplicando tras la formación de la Licenciatura en donde se impartió una formación específica de abordaje en la que la intervención solo dependía de un terapeuta que trataba de descubrir las causas y efectos de un problema familiar o síntoma. Una vez Iniciada la formación en la Maestría dentro de un enfoque Sistémico y a través de las materias de Supervisión se implementó una nueva metodología de trabajo, consistente en un **Equipo Terapéutico bajo Supervisión Directa**. Esta modalidad aplicada desde el primer semestre permitió el desarrollo de nuevas habilidades clínicas tanto de observación como de intervención, acompañadas de la seguridad obtenida tras la revisión de materiales teóricos y de acercamientos prácticos a la terapia familiar, así como de dramatizaciones en las que participaba como integrante de una familia o como terapeuta.

a) SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

El sistema terapéutico total está conformado a su vez por dos subsistemas:



b) TERAPEUTA - EQUIPO TERAPÉUTICO - SUPERVISOR

Los diversos modelos terapéuticos revisados comprendían 5 etapas para el desarrollo de las sesiones, entre las cuales se destacan: presesión, sesión, intersesión, intervención final y postsesión (Modelo de Milán), con ciertos indicadores para cada una de ellas. Esta nueva manera de trabajo poco a poco se fue desarrollando de forma sistemática, sintiendo el ritmo de las sesiones y el timing requerido para realizar las intersesiones y el cierre de las mismas.

A través del desarrollo de cada una de las etapas en las sesiones, era posible realizar ciertos movimientos entre el sistema terapéutico total. El terapeuta, el equipo terapéutico y el supervisor trabajaban en conjunto durante la presesión, en donde se comentaba la línea o hipótesis a seguir; una vez que el terapeuta entraba con la familia a la cámara de Gessell formaba parte del subsistema familiar para llevar a cabo la sesión propiamente; en este momento mientras el terapeuta rastreaba información e intervenía, atrás del espejo el resto del equipo terapéutico y el supervisor observaban el desarrollo de la sesión, destacando elementos digitales y analógicos útiles para el proceso de la familia. Durante la intersesión, el terapeuta nuevamente cambiaba de subsistema y pasaba a formar parte del terapéutico, momento en el que se le hacían notar aspectos de proceso. Al regresar con la familia durante la etapa de intervención final y transmitir el mensaje nuevamente entraba al subsistema familiar y generaba ciertos cambios o movimientos según aceptaran, rechazaran o recibieran el mensaje final. Una vez concluida la sesión el terapeuta pasaba a formar parte del subsistema terapéutico para llevar a cabo la postsesión y hacer los comentarios con respecto a lo observado por el equipo al momento de dar el mensaje; también se daba retroalimentación y se sugerían posibles líneas de intervención para las futuras sesiones.

La participación del Equipo Terapéutico y del Supervisor resultaron ser un gran apoyo, ya que era frecuente que en las sesiones iniciales durante los primeros semestres el terapeuta responsable se isomorfizaba con el sistema familiar o fuera “comido por él” (se dejara llevar por el contenido, siguiera el juego de la familia al identificar a un solo paciente, no diluyera el síntoma en la familia, repitiera pautas acusatorias al igual que los padres, no permitiera la participación equitativa de todos) y con esto perdiera la capacidad de maniobra.

El mantener la neutralidad con las parejas o el dar voz a los hijos pequeños también fueron objeto de varias observaciones hechas por el equipo a los terapeutas. En ocasiones fue necesaria la participación más directa de algunos co-terapeutas al trabajar con algunos subsistemas fraternos fuera de la cámara de Gessell mientras se realizaba la sesión con el subsistema parental.

La elaboración de los mensajes finales resultó una tarea un tanto compleja al inicio de la formación, ya que todos los compañeros del equipo terapéutico vertían sus opiniones centrándose en el contenido y no en el proceso de la familia. Con estos se trataba de explicar el motivo del síntoma y no se tenía cabida a una diferencia de opiniones; había quienes señalaban una posible línea a retomar y había quienes señalaban otra prioridad. Poco a poco el

terapeuta aprendió a que el equipo es “un apoyo” que manifiesta diferentes voces del problema y que debía confiar en lo que él como responsable hace y dice ante la familia ya que es él que está dentro del sistema familiar. Las sensaciones experimentadas y generadas atrás del espejo nunca podrán ser las mismas a las que experimenta el terapeuta en el momento en que está con el sistema familiar.

La realización de equipos reflexivos y la elaboración de los mensajes finales resultaron esenciales para todos los procesos terapéuticos. Si bien algunos mensajes resultaban desafiantes otros podían resultar paradójicos, estratégicos, directivos, empáticos, pesimistas, elogiadores o hasta no directivos; todas estas intervenciones poco a poco se fueron enriqueciendo con todo el bagaje teórico, analítico, con la sensibilidad y estilo del terapeuta responsable. En algunos momentos fueron invitados como co-terapeutas algunos compañeros del equipo terapéutico para transmitir algún mensaje relacionado a algún aspecto particular (especialista en procesos legales relacionados a violencia, delitos cometidos por menores de edad, abuso sexual, como varones para modelar aspectos de paternidad o como madres para normalizar o informar acerca de características del desarrollo infantil o adolescente), lo que permitió que el terapeuta no perdiera la neutralidad y se ofreciera una alternativa a partir de un especialista.

El prestar atención al lenguaje analógico y a los juegos familiares más que al contenido de las sesiones fue una habilidad que desarrollamos con el ejercicio cotidiano frente a las familias y gracias a los señalamientos de los supervisores. Era frecuente que tras el espejo se realizaran ciertas observaciones del “proceso o juego familiar”, lo cual sería informado al terapeuta en el momento de la intersesión, información que podría ser integrada en el mensaje final, como parte de una tarea para la familia, o como parte de una meta terapéutica futura.

Dentro de los estilos de supervisión, puedo resaltar que hubo supervisores muy cercanos con los terapeutas, quienes preguntaban el sentir de cada uno al término de las sesiones mostrando interés por el alumno, daban retroalimentación de una forma respetuosa y promovían la confianza en nuestras intervenciones y trabajo realizado. Siempre tuvieron la disposición de escuchar los motivos por los cuales se realizaba tal o cual intervención y sugerían líneas de investigación para retomar en sesiones futuras. Sin embargo, algunos supervisores eran más directivos y no permitían el ejercicio de una capacidad de maniobra más libre por parte del terapeuta, lo que provocaba que en ocasiones no se respetara el

timing de las familias, se quisiera acelerar el proceso terapéutico, o se adaptara la familia al Modelo Teórico. Afortunadamente cada terapeuta crea su propio estilo de aplicar la terapia y reconozco que ambos aprendizajes resultaron valiosos.

c) TERAPEUTA - FAMILIA- EQUIPO TERAPÉUTICO

Otra constante observada a lo largo de los 2 años de formación fue la *resonancia* en el terapeuta provocada por ciertas problemáticas particulares. Las familias depresivas, las pacientes víctimas de violencia, los infantes carentes de cuidados parentales, la resistencia al cambio o la homeostasis a través del mantenimiento del síntoma, generaban sentimientos de enojo, coraje, desesperación, impotencia; aprendimos que esos sentimientos podían estar al servicio de la terapia y poco a poco fueron devueltos al terapeuta para ser transmitidos a las familias y con esto reflejar probablemente los sentimientos de los integrantes del subsistema familiar.

También se pudo notar que la violencia de algunos pacientes generaba en algunos terapeutas cierta ansiedad ya que se enganchaban como hijo (a) o esposa, con esto se perdía la neutralidad o no se realizaba una intervención estratégica considerando las jerarquías familiares. Aquí era necesaria la participación del equipo terapéutico y del supervisor para “desenganchar” al terapeuta y promover el movimiento del sistema. Con la práctica aprendimos que se debe respetar el timing de las familias puesto que buscan por todas formas mantener la homeostasis familiar realizando cambios tipo 1.

Otras familias resultaban muy participativas y comprometidas con su proceso terapéutico, lo que facilitaba la prescripción de tareas, el cumplimiento de las mismas, y con esto el alcanzar las metas terapéuticas establecidas, no sin tener ciertas recaídas necesarias al implementar nuevas conductas, formas de interacción y de comunicación.

También pude notar que varias familias dejaban la responsabilidad del cambio al terapeuta, pedían cosas concretas por hacer para “lograr el cambio” sin comprometerse realmente con las ejecución de las prescripciones. Esto al principio de la formación creaba cierta frustración en el equipo terapéutico tras haber elaborado una muy buena tarea o intervención final sin lograr que el sistema familiar se moviera hacia el cambio.

Otra situación a la que nos enfrentamos como equipo terapéutico era el hecho de que la familia traía “al paciente” a terapia y en el momento en que se indicaba que él no era el único que debería asistir abandonaban el proceso terapéutico; o se esperaba que el niño

cambiara mágicamente, siendo que estaba siendo triangulado por los padres debido a un problema de pareja. Algunas familias aceptaban desde el inicio de su proceso terapéutico el encuadre, en el cual se señalaba que habría sesiones destinadas a la familia y otras para el subsistema conyugal. Algunas otras mostraban cierta resistencia pero finalmente aceptaban esa modalidad de trabajo.

El haber vivido la experiencia de dramatizar la Familia de Origen del Terapeuta y analizar las situaciones problemáticas que se vivían en ese momento particular permitió reconocer aquellas que como terapeutas nos podían desequilibrar al estar atendiendo a las familias. En todo momento se tuvo una respuesta favorable y empática de parte de los compañeros del equipo terapéutico y del supervisor.

Otro aspecto relevante en el desarrollo de las sesiones fue el respeto incondicional de los compañeros del equipo hacia las familias y hacia el (la) terapeuta.

La metodología de algunos modelos teóricos permitía realizar la sistematización de las sesiones y la integración de expedientes clínicos por equipos o en conjunto, lo que promovía el trabajo en equipo. Tarea que resultaba enriquecedora puesto que se recibía y daba retroalimentación con respecto a la ejecución del terapeuta responsable y del equipo. En estos momentos se resaltaban las observaciones realizadas por el Supervisor si éstas no habían sido transmitidas al terapeuta.

d) FAMILIAS

Cada una de las familias atendidas (47) se presentó casi siempre a la primera sesión en conjunto. Una vez que se contaba con cierta información con respecto al motivo de consulta y objetivos terapéuticos se procedía a citar a ciertos subsistemas, dependiendo del objetivo de la sesión. Había ocasiones en las que sólo se citaba al subsistema conyugal, al parental o al fraterno. En algunos casos se llegó a citar a algún integrante de la familia extensa (abuelos, tíos) con el fin de obtener información relevante para el proceso terapéutico.

La mayoría de estas familias concluyeron satisfactoriamente su proceso terapéutico y fueron dadas de Alta tras haber cubierto los objetivos terapéuticos. Muchas de estas dinámicas familiares mostraban cierta resistencia al cambio; otras, debido a que se presentaban a solicitar el servicio por alguna crisis situacional o por problemas en alguna etapa del ciclo vital se mostraron más participativos y comprometidos con el cambio.

Sin embargo, hubo algunas otras que abandonaron su proceso terapéutico ya que no era el momento para el cambio.

e) TERAPEUTA

Puedo señalar que mi formación como Terapeuta Familiar Sistémico ha sido una experiencia profesional invaluable. Pude desarrollar **habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento** adquiridas gracias al trabajo en supervisión directa y narrada en las materias de Intervención Clínica, las cuales me permitieron adquirir más seguridad al estar “con la familia”. Reforcé el aspecto de la observación de lo analógico y dejar de darle más importancia al contenido de las sesiones.

El enfrentarme a problemáticas diversas promovió la revisión de diferentes estrategias de intervención así como la discusión con el equipo terapéutico.

Adquirí más seguridad como terapeuta gracias a las participaciones que tuve en las otras materias Teóricas; el poder integrar diversos modelos terapéuticos ha facilitado la creación de mi estilo de practicar terapia, siempre buscando el beneficio del paciente. Un aprendizaje importante fue el reconocer que el proceso de cambio es difícil para todos los integrantes de las familias pero se que la clave de esto es el estar consciente de él como una oportunidad de crecimiento. Toda familia tiene su tiempo y su momento de cambio, esto no se puede apresurar.

Empecé a confiar en mi criterio con respecto a la aplicación de las técnicas y estrategias terapéuticas; al principio dudaba si eran las correctas, ahora sé que toda intervención, sea cual sea tendrá un efecto y la familia es quien la toma o no siempre y cuando cheque con su marco de creencias familiar. Nuestras intervenciones detonan cosas, la familia debe desarrollar estrategias para manejarlas.

La sistematización del trabajo realizado con la elaboración de expedientes, reportes e integraciones de casos, me permitió formar el hábito de conceptualizar lo que se hace en las sesiones, lo que facilitará el darle continuidad y poder manejar la información dada por la familia. De igual forma no podría hablar de una seguridad ante los pacientes si no partiera de la base dada por una metodología propia de los Modelos Terapéuticos.

El trabajo realizado en las prácticas supervisadas promovió el desarrollo de **valores de respeto, profesionalismo y ética** ante las familias y consultantes, reforzando el compromiso ético al estar frente a un paciente y su familia. De igual forma propició una apertura respetuosa a diversos puntos de vista de otros terapeutas y estilos de trabajo.

El trabajo realizado como Co-terapeuta en Supervisión Narrada fue otra experiencia valiosa y enriquecedora, dado que se requería la observación constante de la línea retomada por el terapeuta para así complementar, marcar diferencias, ser la voz del cambio o no cambio de tal forma que se mantuviera la neutralidad. Las discusiones posteriores a las sesiones resultaban ilustrativas para poder dar continuidad al proceso terapéutico y/o sugerir posibles planes de acción.

Agradezco a mis Profesores, Compañeros y Familias atendidas todos los aprendizajes que promovieron y enriquecieron mi formación personal y profesional.

III.2.- HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

III.2.1.- Reportes de investigación

a) INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Diferencias en la Estructura Familiar entre familias sin discapacidad y aquellas con algún integrante con parálisis cerebral

La presente investigación tiene como finalidad encontrar diferencias con respecto a la Estructura Familiar a través de la comparación de una muestra de 15 familias con un integrante con parálisis cerebral con otra muestra de 15 familias sin discapacidad. A partir de la realización de los genogramas se valoraron 7 variables. Como dato relevante se encontró que las familias sin discapacidad fueron quienes tendieron a ser reconstituidas y las familias con discapacidad permanecieron nucleares y ambos tipos de familias no difirieron en cuanto al número de integrantes. El apoyo familiar brindado varió según los subsistemas analizados. El conocer el tipo de Estructura Familiar de este tipo de familias permitirá reconocer características y comportamientos propios, los cuales podrán servir para detectar situaciones de crisis específicas a su dinámica familiar, ciclo vital, así como para dar elementos de apoyo a esta condición de vida.

Palabras Clave: *Discapacidad, estructura Familiar, familia*

Marco Teórico

La enfermedad, discapacidad o la muerte de algún miembro de la familia son experiencias universales que ponen a los integrantes frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de alguna enfermedad terminal o de convivir con una persona con discapacidad 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 las crisis. Lo más importante es ¿en qué momento de la vida, en qué forma y con qué intensidad se presentan dichas situaciones? y ¿por cuánto tiempo se prolongarán? Quizá sea aún más significativa la manera en que esas experiencias afectan las relaciones familiares más entrañables.

Existe una amplia gama de formas y estilos familiares de funcionamiento, multiculturales y diversos, que son compatibles con un desarrollo familiar normal y saludable. Esto indica que hay maneras en que las familias pueden adaptarse con éxito a la enfermedad y a la discapacidad y que es necesario repensar los modelos rígidos y monolíticos de la familia ideal (Walsh, 1993b). El papel de la familia es siempre importante y cobra un especial

significado en la medida en que es, al mismo tiempo, víctima de una situación y agente básico del proceso de rehabilitación o, si se prefiere, de habilitación y de inserción e integración posterior.

Familia

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas varían de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo.

Macías (1994) define a la familia como “*un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones*”. También señala que las funciones de la familia se llevan a cabo bajo el principio de complementariedad entre sus diferentes miembros contando con los recursos y potencialidades de cada uno de ellos y apoyándose a la vez de otras instituciones sociales como la escuela, grupo de amigos y familiares.

La familia deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social. De ello se desprende también el decisivo papel que adquieren los familiares adultos cercanos en la educación de los niños, aunque sin olvidar que otras instituciones y medios intervienen igualmente en la educación de las personas.

Estructura familiar

La terapia estructural de familia desarrollada por Minuchin y sus colegas (Montalvo, Guerney, Rosman & Shumer, 1967) enfatiza la importancia de la organización de la familia para el funcionamiento de la unidad familiar y el bienestar de sus miembros. Este autor realiza el diagnóstico de la estructura sistémica enfatizando en:

- La funcionalidad o disfuncionalidad de los subsistemas (conyugal, parental, fraterno).
- Las áreas límites (que funcionan como líneas de demarcación y como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc.).
- La etapa del ciclo vital familiar o el contexto en el que se encuentra la familia.

La Estructura familiar, *es definida como el grupo de demandas funcionales que organizan los modos en los cuales los miembros de la familia interactúan* (Minuchin, 1974) a través de las cuales se puede conocer el grado de funcionalidad y disfuncionalidad en la familia.

En el sistema familiar al igual que en cualquier sistema existe una serie de subsistemas, los cuales permiten el funcionamiento de la familia y se forman por generaciones, sexo, interés o funciones. Todo individuo pertenece a un subsistema o varios. Cada uno posee diferentes niveles de poder y aprende habilidades específicas.

En el subsistema individual cada miembro de la familia es un subsistema que afecta y es afectado por los demás miembros. Por ejemplo, cuando uno de los hijos presenta un problema, la familia en su totalidad se ve afectada y a la vez ésta afecta y retroalimenta la conducta problema del hijo, en cuyo caso el hijo resulta ser solo el paciente identificado, el portador del síntoma.

El subsistema conyugal está constituido por dos adultos de diferente sexo que se unen con la intención expresa de formar una familia. Posee funciones y tareas específicas, vitales para el funcionamiento familiar. Las principales cualidades requeridas para la implementación de estas tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos y una disfunción en él, repercute en el subsistema fraterno.

El subsistema parental tiene su origen en el nacimiento del primer hijo. En la familia intacta, el subsistema parental debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar al hijo, sin renunciar al mutuo apoyo y las tareas que corresponden al subsistema conyugal. Debe existir un límite claro y flexible que permita al niño acceso a ambos padres y que a la vez lo excluya de las funciones maritales y parentales.

El subsistema fraterno es el primer laboratorio de aprendizaje social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Aquí los niños se apoyan, se alimentan, se cuidan y se desahogan mutuamente. Aprenden a negociar, a cooperar, a competir, a hacer amigos, aliados y a lograr el reconocimiento por sus habilidades. Las pautas aprendidas en

este subsistema serán generalizadas a otros subsistemas, tanto en la infancia como en la vida adulta (Minuchin, 1974).

Cualquier suposición de normalidad en la familia es un asunto muy delicado dado que los atributos de una familia difieren según el punto del tiempo, su ciclo vital, por ejemplo, o en el espacio (situación en particular en la que se observa a una familia). Si hay o no problemas visibles en una familia ello tan solo podrá reflejar dónde está situada actualmente la familia dentro de un sin fin de posibilidades (Hoffman, 1981).

Discapacidad

Dentro de la experiencia de salud, Verdugo (1998) define a la *discapacidad* como *toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano*. Como características, se da por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y/o progresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo psicológica, deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Se considera que en México existen alrededor de 10 millones de personas con algún tipo de discapacidad, es decir un 10% de la población, distribuidos de la siguiente manera:

| | |
|---|-----|
| – Personas con discapacidad motriz | 53% |
| – Personas con discapacidad auditiva | 18% |
| – Personas con discapacidad visual | 9% |
| – Personas con discapacidad intelectual | 20% |

Retomando datos del Censo de Población del año 2000, en México se tenía un total de 97,483,412 habitantes, de los cuales 813,867 tienen alguna discapacidad física. En el D. F. se tienen reportados 80,392 personas, de las cuales 36,790 son hombres y 43,602 mujeres.



XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000

Los servicios que requiere una persona con discapacidad son múltiples, con esto, el tratamiento y manejo de una persona que sufre parálisis cerebral implica enfrentarse a una amplia gama de problemas (económicos, sociales, escolares, laborales, de salud, institucionales). En este sentido la cooperación de los padres, del personal médico y de rehabilitación es vital, ya que solamente cuando hacen equipo, se pueden brindar las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades, por muy limitadas que sean.

Una enfermedad crónica o una discapacidad en el sistema familiar generan que el ciclo vital normal se trunque y los miembros de la familia deban adaptarse a la nueva situación para seguir viviendo. Entre mayor sea el grado de cohesión, de adaptabilidad y de comunicación, la familia se adaptará más exitosamente a esta situación. Sin embargo, hay que hacer notar que si el grado de cohesión llega a producir una sobrecarga de responsabilidades de cuidado del individuo con discapacidad en alguno de los miembros de la familia, puede producir tensiones importantes.

Parálisis cerebral

La *parálisis cerebral* como manifestación clínica de un daño cerebral en el movimiento seguramente se ha presentado desde que el hombre existe, sin embargo, su estudio metódico se ha desarrollado a partir de 1889 cuando Sir William Osler introdujo el término de parálisis cerebral.

Definimos esta discapacidad física como “*toda anormalidad de la función motora debida a un defecto, lesión o enfermedad del sistema nervioso central, contenido en la cavidad craneana, no evolutiva, que ocurre en el periodo de desarrollo neurológico temprano y que con frecuencia se asocia a diversos trastornos de la esfera neuropsíquica, sensorial y/o de lenguaje*” (Valdez, 1988).

Las características del niño con parálisis cerebral no son iguales en todos los casos, ya que dependen de las estructuras nerviosas lesionadas, el tipo de parálisis (atetósica, espástica, atáxica o mixta), el grado de discapacidad (leve, moderado o severo), las áreas funcionales afectadas (número de extremidades limitadas), la situación ambiental en que vive, la actitud de los padres (pesimistas, optimistas) y el ambiente familiar entre otros.

Cada caso es diferente siendo las características generales de estos niños: retraso motor, reflejos infantiles primitivos, trastornos posturales y/o deformidad física, crisis convulsivas, problemas visuales, auditivos, de conducta, de alimentación, de lenguaje y/o cognitivos.

Por lo tanto, las necesidades educativas, recreativas y de salud, que tienen los niños con parálisis cerebral no difieren de la de los niños que no padecen alguna condición limitante. Conforme crece y se desarrolla, las necesidades generadas por la misma discapacidad podrán requerir de una mayor aportación económica, de tal forma que al ser cubiertas se promueva un desarrollo integral y óptimo de acuerdo a su edad y etapa de vida. La familia deberá ir adaptándose y generando estrategias de afrontamiento ante la dinámica familiar que gira en torno a actividades propias de rehabilitación física, cuidados permanentes y en torno al ciclo vital familiar.

Metodología

Pregunta de Investigación

¿Qué diferencias existen entre la Estructura Familiar de las familias que tienen un integrante con parálisis cerebral y aquellas sin discapacidad?

Objetivos

Objetivo General:

Establecer las diferencias de la Estructura Familiar entre las familias que cuentan con un integrante con parálisis cerebral y otras que no presentan caso de discapacidad.

Objetivos Específicos:

- Conocer el número de integrantes de las familias con y sin discapacidad.
- Identificar el tipo de familias (nucleares o reconstituidas) que presentan ambas.
- Identificar las etapas del ciclo vital en las que se encuentran.
- Identificar el orden de nacimiento de los hijos.

- Conocer el comportamiento de los subsistemas (conyugal, parental y fraterno) en ambos tipos de familias.
- Conocer si las familias estudiadas viven o no con su familia extensa.

Hipótesis

Hipótesis General:

- Las familias con un integrante con parálisis cerebral presentan una estructura familiar diferente a aquellas que no lo tienen (habrá mayor número de divorcios o separaciones).

Hipótesis Específicas:

- Las familias con un miembro con parálisis cerebral se apoyarán más como subsistemas, a diferencia de las familias que no presentan dicho caso.
- Las familias con un caso con parálisis cerebral estarán conformadas con un número menor de integrantes que las familias que no presentan dicho caso.
- Las familias con un miembro con parálisis cerebral se apoyarán más en la familia extensa.

Variables

Variable Dependiente:

Estructura Familiar en ambos tipos de familia.

Variable Independiente:

Parálisis cerebral.

Definiciones Conceptuales:

- ***Apoyo:***

Cualquier cosa, argumento, persona, etc., que sostiene, ayuda o da validez a otra⁶.

- ***No Apoyo:***

Carencia de argumento, persona o cosa que sostiene, ayuda o da validez a otra.

Definiciones Operacionales:

- ***Apoyo:*** en el caso de las familias con discapacidad será la atención directa que se brinde al hijo con parálisis cerebral en la realización de las actividades de la vida diaria (alimentación, vestido, aseo, traslado al centro de rehabilitación, manejo de los aditamentos propios para sus terapias físicas y/o de lenguaje); en el caso de las familias sin discapacidad será el cubrir funciones instrumentales y afectivas.

⁶ Moliner (1998).

- **No apoyo:** no cubrir funciones instrumentales ni afectivas con los hijos, en el caso del subsistema fraterno no realizar alguna actividad que favorezca la convivencia entre hermanos.

Muestra

15 familias con un integrante con discapacidad que asisten al centro de rehabilitación de APAC (Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral, I. A. P.); y 15 familias sin discapacidad que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM dentro del servicio de Terapia Familiar.

Sujetos

15 integrantes con parálisis cerebral y su familia; de los cuales 9 son hombres y 6 son mujeres. Las edades fluctuaron entre los 8 meses y los 41 años.

15 integrantes sin parálisis cerebral y su familia; de los cuales 7 son hombres y 8 son mujeres. Las edades fluctuaron entre los 5 y 69 años.

Nota: la distribución de género no fue relevante para fines de la presente investigación.

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal de campo con dos muestras independientes.

Diseño

No experimental, transeccional, descriptivo.

Instrumentos

a) Genogramas de cada una de las 30 familias.

El genograma es la representación gráfica del mapa familiar. En él se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones entre al menos tres generaciones. Además permite mostrar cómo están biológica y legalmente relacionados los diferentes miembros de una familia (Ochoa de Alda, 1995).

b) Elementos del Modelo Estructural

La Terapia Estructural desarrollada por Minuchin y sus colegas (Montalvo, Guerney, Rosman & Shumer, 1967) enfatiza la importancia de la organización de la familia para el funcionamiento de la unidad familiar y el bienestar de sus miembros.

Los componentes de la Terapia Estructural son:

1°.- *La Estructura de la familia*: es la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia; esta estructura describe las secuencias que pueden ser predecibles, e involucrará y establecerá reglas que rijan sus transacciones.

2°.- *Los Subsistemas*: se dan por la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo, o más formarán un subsistema, éstos son determinados por generaciones (parental, fraterno, familia extensa).

3°.- *Los Límites*: barreras invisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para fines de esta investigación sólo se retomarán los primeros dos componentes del Modelo Estructural para obtener datos en las 7 siguientes categorías: 1) integrantes (hombres y mujeres), 2) tipo de familia (nuclear o reconstituida), 3) etapa del ciclo vital (infantes, niños en edad escolar, adolescentes, adultos jóvenes, desprendimiento, reencuentro), 4) subsistema conyugal (apoyo - no apoyo), 5) subsistema parental (apoyo – no apoyo), 6) subsistema fraterno (apoyo – no apoyo), 7) viven con familia extensa (si – no).

Procedimiento

La obtención de los datos para el desarrollo de la investigación se obtuvo en el caso de las familias con discapacidad de la consulta del expediente clínico y de información obtenida en una entrevista con las trabajadoras sociales; las familias sin discapacidad al ser consultantes del Centro fueron valoradas durante dos semestres.

Resultados

| INTEGRANTES | FAMILIAS CON DISCAPACIDAD n=15 | | FAMILIAS SIN DISCAPACIDAD n=15 | |
|-------------|--------------------------------|---------|--------------------------------|---------|
| | MUJERES | HOMBRES | MUJERES | HOMBRES |
| | 29 | 28 | 31 | 26 |
| | TOTAL 57 | | TOTAL 57 | |

| TIPO DE FAMILIA | NUCLEAR | RECONSTITUIDA | NUCLEAR | RECONSTITUIDA |
|-----------------|---------|---------------|---------|---------------|
| | 14 | 1 | 8 | 7 |

| ETAPA DEL CICLO VITAL | 9 con Infantes | 7 con Adultos Jóvenes | 5 con Infantes | 5 con Adultos Jóvenes |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| | 1 con Escolares | Desprendimiento | 4 con Escolares | Desprendimiento |
| | 5 Adolescentes | Reencuentro | 5 con Adolescentes | 1 en Reencuentro |

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| ORDEN DEL NACIMIENTO | 4 hijos únicos | 5 hijos segundos | Dado que no todos los Pacientes Identificados en estas familias fueron hijos, no se consideró esta variable |
| | 4 hijos primeros | 2 hijos terceros | |
| | 34 hijos totales (15 con discapacidad) | | 33 hijos totales |

| SUBSISTEMA | APOYO | NO APOYO | APOYO | NO APOYO |
|-----------------|-------|--------------|-------|-------------------------|
| CONYUGAL | 11 | 4 (2 viudos) | 8 | 7 (3 divorcios 1 viudo) |

| SUBSISTEMA | APOYO | NO APOYO | APOYO | NO APOYO |
|-----------------|-------|----------|-------|----------|
| PARENTAL | 14 | 1 | 12 | 3 |

| SUBSISTEMA | APOYO | NO APOYO | APOYO | NO APOYO |
|------------------|-------|--------------------|-------|------------------|
| FRATERNAL | 7 | 8 (5 hijos únicos) | 13 | 2 (1 hijo único) |

| VIVE CON FAMILIA EXTENSA | SI | NO | SI | NO |
|--------------------------|----|----|----|----|
| | 1 | 14 | 5 | 10 |

Tabla 1. Frecuencias

Resultados

Del análisis del Estudio Comparativo se desprende la siguiente información:

- El **Número de integrantes** en ambos tipos de familias fue el mismo (57 integrantes totales), las *familias con discapacidad* estuvieron conformadas por 29 mujeres y 28 hombres, a diferencia de las *familias sin discapacidad* en las que fueron 31 mujeres y 26 hombres.
- Con respecto al **Tipo de familia**, se observó que *las familias con discapacidad* 14 son nucleares (93.3%) y sólo 1 fue reconstituida (6.6%); por el contrario, las *familias sin discapacidad*, 8 casos son nucleares (53.3%) y 7 son reconstituidas (46.6%).
- En las **etapas del ciclo vital**
 - Los *hijos infantiles* se encontraron en 9 *familias con discapacidad* y 5 casos en las *familias sin discapacidad*.
 - Los hijos en *edad escolar* estuvieron presentes en 1 *familia con discapacidad* y 4 *familias sin discapacidad*.
 - La etapa de *hijos adolescentes* se presentaron de igual forma, 5 casos para cada tipo de familia.

- Los *hijos adultos jóvenes* estuvieron ubicados en 7 casos en las *familias con discapacidad*, y 5 casos de las *sin discapacidad*.
 - La *etapa de desprendimiento* no tuvo representación estadística en alguna de las 30 familias.
 - La *etapa de reencuentro* sólo se presentó en 1 caso de *familia sin discapacidad*.
- El **Subsistema conyugal** en las *familias con discapacidad* se reportaron 11 casos en donde se brindaban apoyo como pareja (73%). En el caso de las *familias sin discapacidad* se reportaron 8 casos de apoyo como pareja (53%). De los 4 casos reportados en las *familias con discapacidad* en las que no se brinda apoyo por parte de la pareja, 2 de ellos eran viudos (27%) a diferencia de las familias sin discapacidad en donde se presentaron 7 casos (3 parejas estaban divorciados y 1 era viudo) (47%).
 - En los **subsistemas parentales** se encontraron las siguientes diferencias: en las *familias con discapacidad* se brindan apoyo en 14 casos (93%), en las *familias sin discapacidad* en 12 casos (80%). Las *familias con discapacidad* no se apoyan en 1 caso (7%) y las *sin discapacidad* en 3 casos (20%).
 - En los **subsistemas fraternos** se observan diferencias marcadas. Las *familias con discapacidad* se brindan apoyo en 7 casos (47%) y en 13 casos en las *familias sin discapacidad* (87%). Las *familias con discapacidad* no se apoyan en 8 casos (53%) (5 de ellas debido a que son hijos únicos). Las *familias sin discapacidad* no se apoyan en 2 casos (13%) (solo 1 es hijo único).
 - El **vivir con la familia extensa** resultó un dato relevante. Sólo 1 *familia con discapacidad* reportó hacerlo, 14 viven como familia nuclear (93%). Las *familias sin discapacidad* viven con familia extensa en 5 casos (33%) y como nuclear en 10 (66%).
 - Con respecto al **Número de hijos** sólo hubo uno de diferencia entre ambos tipos de familia. Las familias con discapacidad fueron quienes tuvieron solo un hijo más que las familias sin discapacidad.

Conclusiones

A partir de los datos obtenidos se concluye que *las diferencias en la Estructura Familiar en ambos tipos de familias se encontraron con respecto a la organización de los*

subsistemas analizados y no a la forma. El **número de integrantes** de las 30 familias analizadas sumaron la misma cantidad de integrantes (57), por lo que se concluye que el tamaño de ambas familias tiende a ser similar, dato que rechaza la hipótesis de un menor número de integrantes en familias con discapacidad. Retomando el dato de que sólo hubo un hijo de diferencia entre ambos tipos de familias (34 con discapacidad y 33 sin discapacidad) *se observa que la discapacidad no es determinante para el número de hijos.* Con respecto al **orden del nacimiento**, encontramos que el hijo con discapacidad nació en diferentes ordenes, siendo el lugar intermedio (2°) el que tuvo la frecuencia mayor (5 casos), en 4 casos fue el primogénito, 4 fue hijo único y sólo en 2 fueron hijos terceros.

Las familias con discapacidad tienden a ser de tipo nucleares ya que 14 casos permanecieron juntos a pesar de la discapacidad, dato que rechaza la hipótesis sobre el mayor número de divorcios o separaciones en familias con discapacidad. De éstas, 5 estaban conformadas como unión libre y 9 matrimonios por el civil.

La estructura de las 15 familias sin discapacidad estudiadas en el Centro de Servicios Psicológicos tendieron a ser **reconstituidas**, es decir, la mayoría eran segundos matrimonios o uniones conyugales.

Lo que *lleva a concluir que las familias de desarrollo normal tienden a reconstituirse con más frecuencia y que probablemente la discapacidad pudiera ser una de las condiciones que mantiene unidas a las familias*, dato que deberá ser retomado en investigaciones posteriores. Este dato no se puede generalizar a toda la población con discapacidad, sólo será aplicable a la población estudiada (solo se tomaron familias del Centro de Estimulación Temprana, con niños entre 0 y 6 años y del Centro de Adultos con jóvenes de 15 en adelante). Dado que la muestra de familias con discapacidad asisten a un centro de rehabilitación, podríamos decir que son de las que brindan apoyo y buscan alternativas.

La gran diversidad de **etapas del ciclo vital** en las que se ubican ambos tipos de familias reflejan las necesidades que conlleva cada una con respecto al desarrollo de sus integrantes. Los 9 casos de las familias con discapacidad que tienen hijos infantes probablemente se encuentren buscando alternativas de rehabilitación y servicios de educación y salud.

Dadas las edades de los niños con discapacidad, los padres tal vez acaban de recibir el diagnóstico y la familia esté presentando la gama de sentimientos ambivalentes indispensables para que el proceso de aceptación de la discapacidad se inicie. Sólo se presentó un caso de hijo en edad escolar, lo que indica que ya se está cursando la educación primaria y el proceso de aceptación de la discapacidad está en curso. Los 5 casos de hijos adolescentes se enfrentan a demandas típicas de esta etapa, con las que no están familiarizados (sexualidad, problemas de conducta, noviazgo, búsqueda de pares, desafío a la autoridad) lo que genera nuevas necesidades de adaptación en estas familias. En los 7 casos que reportan hijos adultos jóvenes ya se tienen otras necesidades, probablemente los padres (algunos de la tercera edad) ya están en búsqueda de un tutor para el hijo con discapacidad (probablemente un hermano) dado que ya no los podrán atender, lo que genera una dinámica familiar diferente.

Las necesidades de las familias sin discapacidad tocan otros puntos, no por ello menos importantes ni complicados y esto se puede confirmar con el tipo de demandas que manifestaron como motivo de consulta al solicitar un servicio psicológico (falta de límites en el subsistema conyugal, triangulación de los hijos por parte de los padres, rol parental no ejercido, límites familiares difusos, poca definición de roles, crisis en alguna etapa del ciclo vital, conflictos conyugales).

Los **subsistemas conyugales** de las familias con discapacidad reportaron más apoyo que las familias sin discapacidad, lo que confirma la hipótesis del apoyo entre subsistemas. La organización de las familias sin discapacidad que no se apoyan fue una variable que afectó este rubro ya que de los 7 casos 3 son divorciados y 1 es viudo. Por lo que han tenido que recurrir a otros familiares (abuelos, tíos) para cubrir funciones parentales. Esto se observó también en las familias sin discapacidad en las que no se tiene el apoyo del cónyuge, ya que de los 4 casos 2 son viudos. Es indispensable que la dinámica familiar promueva el equilibrio interno y mantenga unida a la familia a partir del apoyo en este subsistema.

Los **subsistemas parentales** de ambos tipos de familia proporcionan apoyo a sus hijos de manera similar. Las familias con discapacidad reportaron apoyo en 14 familias y las de desarrollo normal en 12, dato que comprueba la hipótesis de un apoyo intrasistémico en familias con discapacidad. Aquí cabe señalar que algunos padres reportaron dedicarse más a las cuestiones instrumentales y dejar a la madre el cuidado y atención de los hijos con discapacidad, dinámica familiar que se reportó también en las familias sin discapacidad, característica dada por los roles de género en algunas familias.

Los **subsistemas fraternos** se comportaron de una manera muy diferente en ambos tipos de familias. En las familias con discapacidad el apoyo solo pudo ser considerado en 7 casos; se observó que 5 familias tenían sólo al hijo con discapacidad, factor que impidió considerar esta variable, sólo en 3 casos los hermanos no vivían con la familia nuclear (adultos jóvenes casados) dada la etapa de desarrollo en la que se encontraron. La no aceptación de la discapacidad por parte de un hermano puede llevarlo a no brindar su apoyo, independientemente del orden del nacimiento que tengan.

Contrario a lo que se podía pensar 14 familias con discapacidad viven de forma nuclear y no con la **familia extensa**. Sólo un caso reportó vivir con otros familiares, dato que rechaza la hipótesis de que las familias con discapacidad viven con más frecuencia con la familia extensa. Las familias sin discapacidad en 10 casos viven de forma nuclear. Ambos tipos de familias reportaron tener convivencia con la familia extensa.

Sugerencias

Se considera que las familias con un integrante con parálisis cerebral tienen un comportamiento similar a las familias de desarrollo normal con respecto a su Estructura Familiar. Sin embargo, será necesario ampliar la población con discapacidad a otro tipo de deficiencias y ver si este tipo de comportamiento se presenta en las discapacidades intelectuales.

También se debe considerar que el contexto social de las familias con discapacidad estudiadas se da en un ambiente de apoyo dado que asisten a una institución de rehabilitación. Deberán estudiarse los casos de personas con discapacidad cuyas familias no les proporcionan apoyo (ni económico ni moral), o que por condiciones económicas no tienen acceso a servicios de rehabilitación.

De igual forma, deberá ampliarse la muestra con discapacidad para determinar si este tipo de comportamiento en la estructura familiar se sigue presentando a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

Así como los padres deben pasar por una etapa de duelo por el hijo “de desarrollo normal” que no tuvieron, los hermanos y familia extensa deben ser objeto de un acompañamiento para poder aceptar las condiciones de vida de la persona con discapacidad y el efecto de ésta en su vida familiar. Razón que obliga a dar un abordaje sistémico a las necesidades que presentan este tipo de familias.

La aceptación de la discapacidad⁷ es un proceso largo que debe ir acoplándose según las etapas del ciclo vital de la familia por la que está cursando. Como posible aplicación de esta investigación está el generar algún instrumento de evaluación y prevención de situaciones familiares disfuncionales propias de la discapacidad.

El comportamiento que presentaron las familias sin discapacidad refleja que está aumentando el porcentaje de familias reconstituidas, situación que genera una dinámica familiar particular cuando se tienen hijos de diferentes matrimonios, lo que puede complicar el ejercicio de los roles conyugales y parentales de forma efectiva.

Probablemente el estudio de otras familias que no acudan a algún Centro en busca de ayuda psicológica muestre otro tipo de comportamiento con respecto a su Estructura y dinámica familiar, campo de estudio para próximas investigaciones.

⁷ Trabajo realizado en el apartado de la Investigación Cualitativa.

b) INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

El papel de la familia como red de apoyo en el proceso de rehabilitación de la parálisis cerebral ESTUDIO DE CASO

El presente Estudio de Caso tuvo como finalidad conocer el proceso que vive una familia para llegar a ser una fuente de apoyo en el proceso de rehabilitación de uno de sus integrantes con parálisis cerebral y promover un desarrollo óptimo de sus capacidades. El análisis narrativo, las entrevistas semiestructuradas, las fotonarraciones y la observación participante fueron los métodos de obtención de información utilizados. De este Estudio se derivaron dos productos finales 1) Conclusiones del conocimiento de las narrativas y creencias familiares responsables del éxito en el proceso de rehabilitación y estilo de vida de la joven; y 2) El desarrollo del Modelo de Aceptación, Adaptación y Afrontamiento de la Discapacidad. Este estudio de caso permitió identificar ciertas creencias familiares básicas para la narrativa dominante de apoyo familiar, promotora de un desarrollo pleno de una joven con parálisis cerebral.

Palabras clave: discapacidad, estudio de caso, apoyo familiar

El interés manifiesto por el estudio de la discapacidad y su impacto familiar como un problema de salud se ha incrementado en reciente fechas. En este sentido, diferentes profesiones han centrado su atención en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de este sector de la población, una prueba de esto son los avances observados en materia de legislación, el incremento en los servicios de salud, la creación de centros de rehabilitación con apoyo gubernamental y la aceptación y sensibilización social. Por su parte, la Terapia Familiar Sistémica sugiere el abordaje sistémico de las familias con este tipo de condición de vida, resaltando la importancia de modificar el modelo médico, en donde el centro de la atención es solamente la persona con discapacidad, imperante en las instituciones gubernamentales de salud. El realizar Estudios de Caso y conocer Historias de Vida en los que el apoyo familiar sea una constante diaria y las necesidades derivadas de los tratamientos de rehabilitación estén cubiertas, arrojará información significativa en el entendimiento de estas dinámicas familiares. El conocimiento de las narrativas individuales permitirá entender el proceso por el que han pasado sus integrantes, así como las estrategias implementadas para promover un ambiente familiar dinámico y funcional.

Instrumentos

Los instrumentos aplicados fueron la *Historia de Vida* y el *Análisis Narrativo*. La *historia de vida*, definida como “la recopilación de relatos personales que dan cuenta de la

vida y de las experiencia de los narradores o entrevistados” (Aceves, 2001) se integró gracias a las 6 entrevistas semiestructuradas realizadas a esta familia. Para Kohler Riessman (1990) en Álvarez-Gayou (2003) el *análisis narrativo* permite examinar la integración de la historia contada, su autenticidad y los recursos lingüísticos y culturales que incorpora el sujeto de investigación.

Selección de los Participantes

Se acudió a APAC en busca de apoyo para la realización del presente Estudio de Caso. Se solicitó la asignación de una familia en la que fuera evidente el apoyo hacia su integrante con discapacidad en materia de rehabilitación. Las autoridades asignaron a esta familia. Está conformada por padre, madre, hija con parálisis cerebral y hermana menor.

Tipo de Estudio

Descriptivo.

Procedimiento

1° La *delimitación del tema de estudio* partió del interés por conocer qué características eran propias de una familia promotora de apoyo hacia un integrante con parálisis cerebral durante su proceso de rehabilitación.

2° El desarrollo de 6 *entrevistas* semiestructuradas y la aplicación de los cuestionarios, junto con la autobiografía, las narrativas a partir de fotografías y la observación participante sirvieron como *métodos para la obtención de información*. Las entrevistas se realizaron en el hogar de la familia en estudio. La primera entrevista se realizó a los padres de familia, la segunda a la joven con parálisis cerebral, la tercera a los padres, la cuarta y quinta a la joven y la sexta a la hermana. Las entrevistas fueron registradas a través de una grabación, para posteriormente transcribir las cintas.

3° El *análisis de los datos y del contenido* se realizó a partir de:

- a) La *Definición de las Categorías* a utilizar en la codificación de información.
- b) La *Codificación de los datos* en base a las siguientes áreas:

- 1.- Datos biográficos, 2.- Etapas de desarrollo, 3.- Escolaridad, 4.- Familia, 5.- Rasgos de personalidad, 6.- Servicios médicos y de rehabilitación.

- c) La *Estructuración del cuadro de relaciones* en el que se identificó la interacción de las variables estudiadas.
- d) La *Transcripción* de las 6 entrevistas realizadas. (De la información obtenida en esta etapa del proceso de investigación se logró la integración del **Modelo de aceptación, adaptación y afrontamiento de la discapacidad**).⁸

4º Finalmente se elaboró un informe resaltando conclusiones importantes para el conocimiento de este tipo de familias.

Contenido

S. E. es una joven de 26 años con parálisis cerebral, cuyo diagnóstico es de paraplejia espástica por hipoxia neonatal, es decir, debido a la falta de oxígeno al nacer tuvo un daño cerebral irreversible; tiene una movilidad muy limitada puesto que sus cuatro extremidades están afectadas con una rigidez y tono muscular aumentado, usa silla de ruedas y necesita de una persona para poder desplazarse y realizar las actividades de autocuidado (bañarse, ir al baño, vestirse, acostarse, levantarse), su lenguaje está afectado de forma mínima y se comunica de forma verbal; su capacidad intelectual no está afectada y es posible establecer una plática cordial con ella, tiene muy buena comprensión y es capaz de analizar y sintetizar información. Puede leer y escribir y en estos momentos se encuentra cursando la preparatoria abierta en APAC teniendo solo 14 materias por aprobar y obtener su certificado. Es muy sensible ante las situaciones problemáticas de su familia y sirve de apoyo y consuelo. Su memoria es muy buena y parecería ser una agenda para las actividades familiares. Tiene un gran deseo de terminar sus estudios en computación y casarse para poder formar una familia. Es muy entusiasta y tiene un buen sentido del humor lo que le permite hacer bromas y ser optimista ante situaciones adversas y comparte su alegría con la gente que la rodea.

S. E. nació a las 28 semanas, debido a un problema de “cuello de la matriz abierta” en su madre, (situación de la que se enteró tras perder a su segundo hijo), pesó 1040 grs. tras estar en incubadora durante un mes pesó 2300 grs. y bajo estas condiciones siguió su desarrollo con secuelas de parálisis cerebral detectada al año dos meses.

Sus padres M. E. y S. son contadores públicos; tras 4 años y medio de noviazgo contrajeron matrimonio. Actualmente tienen 27 años de casados y junto con A. L. (hermana menor de S.) y la familia extensa (tíos, primos y abuelos) han contribuido a que sea una joven

⁸ Expuesto posteriormente en este apartado.

empresaria, deportista de la Federación de Boccia (deporte adaptado para personas con parálisis cerebral semejante al boliche), lo que le ha permitido participar en diversas competencias a nivel nacional. Su familia ha brindado un apoyo y amor incondicional desde su nacimiento prematuro y hasta la fecha han compartido con ella momentos de dolor, tristeza, alegría y grandes retos para todos.

En la actualidad esta familia se encuentra en la etapa de familia con hijos adultos jóvenes en el ciclo vital y el proceso de adaptación y aceptación de la discapacidad ha sido superado exitosamente, siendo los primeros años los más difíciles puesto que no contaban con información que les indicara cuales eran las alternativas para su hija. S. E. se considera una chica igual a todas aunque con ciertas limitaciones en el movimiento. Al año dos meses se supo que la joven tenía secuelas de una hipoxia neonatal y que padecía parálisis cerebral. Con esto comenzó un peregrinaje pasando por diferentes médicos e instituciones (Hospital Infantil de México, IMSS, DIF, médicos particulares) que pudieran ser una alternativa en la atención, proceso que hubiera sido imposible de llevar a cabo sin el apoyo incondicional de la familia extensa (abuelos, tíos, primos) y del personal que estuvo al cuidado y brindando un servicio de rehabilitación.

Avances tan mínimos como tomar un lápiz delgado sin la necesidad de una venda, el poder ponerse de pie sin la ayuda de un estabilizador o andadera, poder gatear, poder mantenerse en una postura por 10 minutos, poder decir palabras complejas fueron el pan de cada día de una jornada de rehabilitación, y esto sólo se pudo lograr dando un trato justo y de respeto ante las dificultades provocadas por un daño cerebral.

El sufrimiento padecido por cualquier discapacidad o enfermedad crónica no se le desea a alguien, pero en el caso de esta familia ha servido de motor para buscar mejores alternativas para S. E. y ciertamente han superado favorablemente esto que les ha tocado vivir, ella se encuentra muy entusiasta por cursar las materias que le faltan. De igual forma no ha sido fácil vivir en casa de su abuela por más de 5 años tras haber decidido dejar su departamento en un tercer piso, situación que era por más complicada por que no había elevador y la tenían que cargar por más de 30 escalones. A partir de mayo tienen su casa propia y están satisfechos y contentos tras haber superado una crisis de varios años. Tuve la fortuna de ver varios álbumes fotográficos y el recordar cada experiencia captada en una fotografía fue conocer un poco más a la familia P. R., un ejemplo de persistencia y superación.

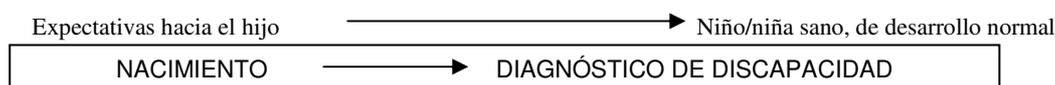
Producto final - 1

Conclusiones de Narrativas y Creencias Familiares responsables del éxito en el proceso de rehabilitación y estilo de vida de la joven.

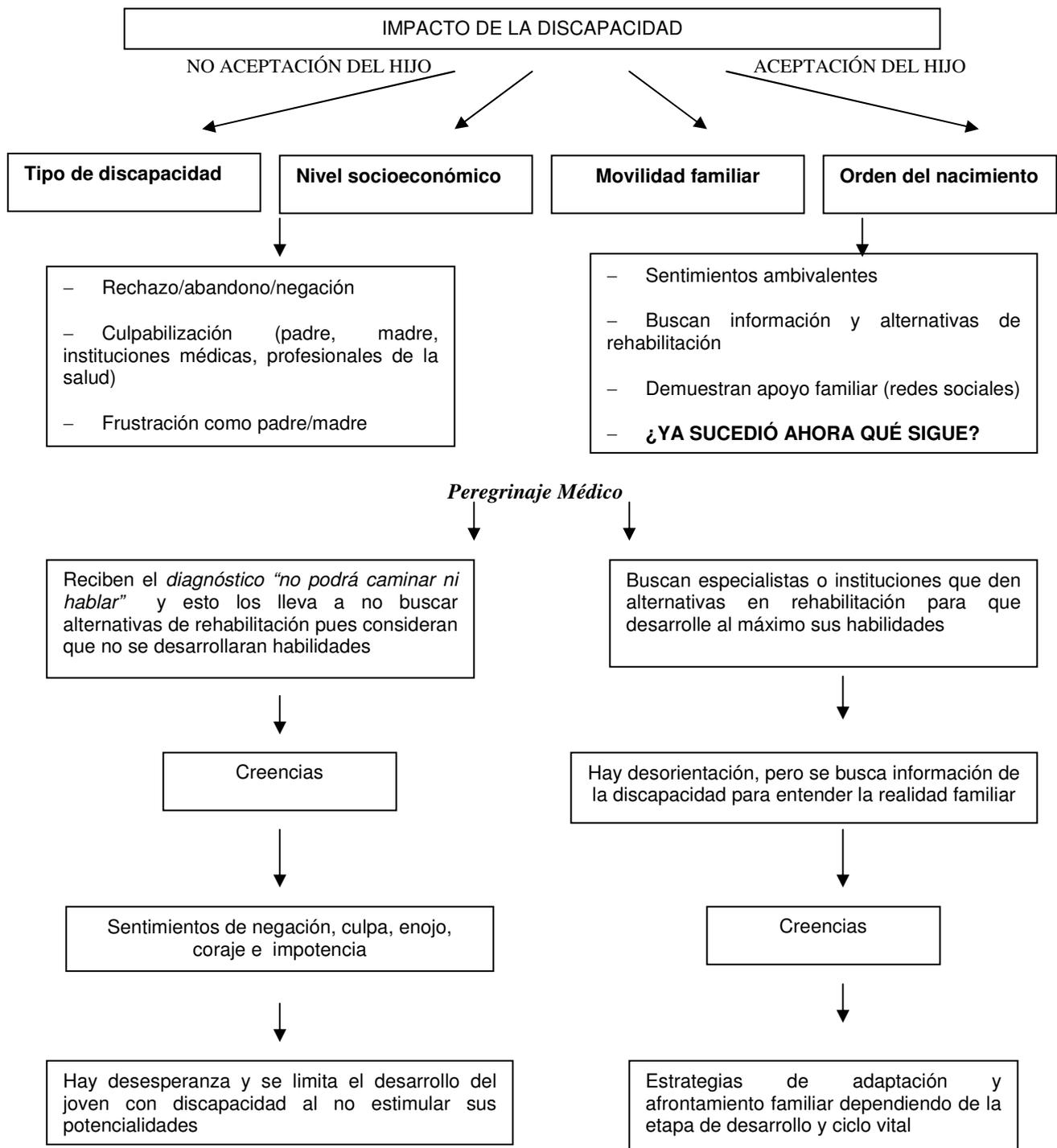
- Se pudo observar que esta familia desarrolló estrategias de aceptación y afrontamiento ante la discapacidad de uno de sus integrantes.
- Lo anterior revela que el apoyo familiar es una variable constante teniendo como base las creencias y valores familiares, tanto de la nuclear como de la extensa.
- El estudio de las narrativas de los entrevistados confirma que a partir de sus historias crearon una realidad familiar de apoyo, corroborada con sus acciones cotidianas.
- Sus narraciones sufrieron adaptaciones al ir enfrentándose a nuevas experiencias y necesidades según la etapa del ciclo vital en el que se encontraban, siendo todas un reto de vida.
- Fue importante el acompañamiento psicoterapéutico dado a los padres en el momento posterior al diagnóstico, evitaron culpabilizaciones, promovieron la expresión de sentimientos ambivalentes y con esto iniciaron el proceso de aceptación de la discapacidad.
- La intervención psicológica varió dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que se encontraba la familia.
- Los padres de S. E. ahora reconocen que es necesario evitar que el hijo con discapacidad sea el centro de atención de la familia y con esto no descuidar a los demás integrantes
- El apoyo de los pares ha sido determinante para la joven pues acude a una institución en la que está explotando sus capacidades y tiene una alternativa educativa y deportiva, lo que redundó en el reconocimiento propio.
- La aplicación de la terapia sistémica en este tipo de familias es indiscutible ya que normalmente se brinda un abordaje meramente médico a los padres dejando de lado los sentimientos que le generan a los demás integrantes de la familia. Es necesario dar un espacio para promover la comunicación y establecer nuevas formas de relación en donde el integrante con discapacidad no sea quien tenga la mayor centralidad familiar y pueda ser visto como otro integrante más.

Producto final -2

“Modelo de Aceptación, Adaptación y Afrontamiento de la Discapacidad”.



SHOCK FAMILIAR



Descripción del Modelo

Cuando una pareja está enterada del nacimiento de un hijo (deseado) se crean ciertas expectativas con respecto a su identidad y futuro, se cree que será un niño de desarrollo normal con todas las capacidades para poder realizarse en el ámbito personal, familiar y profesional. Sin embargo, pueden presentarse ciertos factores (prenatales, perinatales o postnatales) que afecten el desarrollo y nacimiento del bebé provocando secuelas que lleven a un diagnóstico de discapacidad física o intelectual (dependiendo del área cerebral dañada). El llegar a este diagnóstico puede tardar los primeros meses o hasta primeros años de vida del infante, iniciando cuando alguno de los padres nota un retraso en el desarrollo, iniciando las consultas médicas que pueden finalizar con un desalentador diagnóstico de discapacidad, provocando un shock familiar.

Como determinantes específicos en el impacto del diagnóstico se consideran 4 puntos:

1) *Tipo de discapacidad*: el grado de apoyo para una persona que puede ser independiente, es decir, cuya movilidad le permite deambular sin apoyos, realizar sus actividades de la vida diaria sin un asistente no es igual al caso de una persona cuya movilidad está limitada al uso de una silla de ruedas. De igual forma, el hecho de tener lenguaje verbal y no a base de sistemas alternativos de comunicación facilitan el establecimiento de un dialogo.

2) *Nivel socioeconómico familiar*: las posibilidades económicas determinan en muchos casos el tipo de asistencias médicas y de rehabilitación que pueden brindarle al familiar con discapacidad, así el acceso a medicamentos, servicios de salud, de rehabilitación, adquisición de ayudas técnicas (sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, auxiliares auditivos, andaderas, etc.) se ve limitado por los recursos familiares.

3) *Movilidad familiar*: en algunas familias al recibir el diagnóstico buscan alternativas en cuanto a documentarse con respecto al tipo de discapacidad y las posibilidades de rehabilitación, a diferencia de otras en las que no se tiene el interés por entender y conocer esta limitación.

4) *Orden del nacimiento*: gran parte de la dinámica familiar girará en torno al lugar que ocupa el integrante con discapacidad en la familia. Se ha observado que si él es hermano menor, sus hermanos mayores tendrán funciones de cuidado sobre él, dando apoyo a los

padres; en cambio si es hijo mayor la responsabilidad puede centrarse más en los padres, pasando las expectativas del hijo mayor a los menores, aumentando la presión al desempeño escolar y/o profesional.

Con esto, las características particulares del tipo de discapacidad sumadas con los factores anteriores nos llevará al inicio del proceso de aceptación / no aceptación de la discapacidad. Es difícil identificar con precisión las Creencias que ayudan a que se de este proceso.

Se pueden presentar sentimientos ambivalentes en los padres, es común que tiendan a culpabilizarse entre ellos por la discapacidad del hijo, o bien culpabilizar a profesionales de la salud, provocando enojo, frustración; pero también hay sentimientos de apoyo e interés por sacar adelante al hijo. Así, empiezan a buscar información, alternativas de rehabilitación, son apoyados por las familias de origen y extensas de ambos padres y hacen uso de las redes sociales. Llega el momento en el que se pueden preguntar ¿mi hijo tiene discapacidad, ahora qué sigue? Aquí es importante señalar que se debe iniciar un proceso de duelo por el hijo de desarrollo normal que seguirá a lo largo de la etapa del peregrinaje médico.

Esta pregunta puede marcar la diferencia con las familias en las que no se da el proceso de aceptación de la discapacidad; al recibir el diagnóstico se pueden presentar sentimientos de total rechazo hacia el hijo con discapacidad, lo que puede llevar a la negación de la misma o al abandono del infante al cuidado de otro familiar o institución. Estos sentimientos de malestar pueden generar frustración como padres y desencadenar una desintegración familiar, es común identificar familias en las que se pueden iniciar periodos de violencia, alcoholismo incluso el padre al no querer asumir esta responsabilidad abandona el hogar, dejando toda la carga a la esposa, quien tendrá que hacer uso de otras personas o redes sociales para poder rehabilitar al hijo, modificando la dinámica familiar de manera determinante.

En el caso de las familias en las que sí se aceptó la discapacidad y ya se están preguntando sobre las alternativas de rehabilitación, se inicia la etapa del peregrinaje médico, en la que se consultarán a diversos especialistas tratando de encontrar diagnósticos favorables y soluciones reales y alcanzables a las posibilidades económicas. Prueban todo lo que las otras familias conocen (remedios caseros, medicina alternativa, aguas milagrosas, grupos espirituales, homeopatía, tipos de terapias físicas, ocupacionales, masoterapia, centros

escolares, etc.) pasando por diversas instituciones que les puedan ofrecer “lo mejor para sus hijos”, buscando siempre que desarrolle al máximo sus habilidades.

Este peregrinaje médico puede resultar diferente en las familias en las que no hay aceptación, ya que al recibir la noticia de “su hijo no podrá caminar ni hablar”, limitan sus acciones al grado de caer en un total desinterés por desarrollar habilidades en el integrante con discapacidad.

Con estos primeros movimientos familiares vemos cómo se va iniciando el proceso de aceptación de la discapacidad, que va matizado por las **Creencias**. Éstas determinarán hacia dónde se dirigirán los esfuerzos familiares, no es lo mismo ver la discapacidad como 1) un castigo de Dios, 2) una prueba de Dios o 3) una bendición de Dios. Así, gran parte de las ideas particulares de ambos padres irá marcando el trato y dará dirección a los esfuerzos por hacerlo un ser independiente.

Algunas de las Creencias identificadas dentro de las familias en las que no hay aceptación se destacan:

- Es un castigo de Dios
- Es una enfermedad
- Es tu cruz como madre
- De seguro fue porque tu hermano estaba enfermo
- Pobrecitos, no pueden hacer las cosas
- Es una tragedia que nunca terminará
- Nunca podrá caminar

Si bien las creencias familiares ante la discapacidad marcarán el rumbo de las acciones futuras, la familia podrá adaptarse a las necesidades del joven con una actitud de aceptación (que en la mayoría de los casos genera el centrarse en las habilidades y ver al joven con potencialidades a explotar promoviendo su desarrollo personal) o bien se pueden quedar inmóviles como sistema manteniendo los sentimientos y actitudes de rechazo (que generará el limitar el desarrollo de habilidades y con esto fomentar el autoconcepto de inutilidad o estorbo en la persona con discapacidad).

La discapacidad no debe ser una determinante que limite a la familia, la angustie o la incapacite; el vivir con un hijo con discapacidad es un redescubrimiento de los valores y fortalezas familiares.

III.3.- HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

III.3.1.- Material Didáctico:

“Elaboración del Proceso de Duelo con un enfoque Constructivista”

Dentro de la formación como Terapeuta Familiar se desarrollan habilidades clínicas tanto diagnósticas como de intervención, las cuales deben ser aplicadas según las necesidades propias de las familias solicitantes de un servicio, hecho que puede estar marcado con la crisis en el proceso de transición de alguna etapa del ciclo vital. Tal es el caso de la muerte, estadio al que todo ser humano tendrá que llegar sin importar las condiciones en las que haya vivido. Si bien, de las 47 familias atendida en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” a lo largo de los dos años de formación, ninguna se atendió por esta situación, si se debe tener un entrenamiento de tal forma que se pueda cubrir una demanda más de atención. Considero que estos materiales cubren el objetivo de informar y orientar a otros profesionales de la salud y a los mismos familiares al proporcionar elementos útiles para iniciar un proceso de Resignificación ante una pérdida.

El **“Proceso de duelo”** por la muerte de algún familiar tiene un impacto familiar y considero que debe ser un tema en el que todo Terapeuta Familiar pueda intervenir.

En este apartado se incluirán los Folletos elaborados como Productos Tecnológicos, uno abordará aspectos teóricos⁹ y el otro aspectos prácticos de la **“ELABORACIÓN DEL PROCESO DE DUELO CON UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA”**. Para tal fin se retomó el trabajo realizado por Robert A. Neimeyer (2002), teórico que propone un Modelo de Reconstrucción del Significado ante la Pérdida de un ser querido.

III.3.2.- Programas de Intervención Comunitaria: Talleres para Padres

Dadas las necesidades detectadas en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, se decidió integrar un programa abordando el tema de la *“Comunicación”*; las actividades realizadas en este apartado se llevaron al cabo en dos escenarios, adaptando las temáticas a las necesidades de los solicitantes.

⁹ Ver Anexo 2 pág. 213

Así, la Escuela Secundaria Técnica No. 55 “Benito Juárez” y la “Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios” del Sector Salud, fueron las instituciones en las que se impartieron los Talleres para Padres.

A continuación se presentan los datos relativos a dichos talleres¹⁰

| Taller 1 | Taller 2 |
|--|---|
| <p>TALLER PARA PADRES “ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNICACIÓN FAMILIAR EFECTIVA”</p> <p>TERAPEUTAS FAMILIARES Michel Quintero Denisse Murillo Palacios Judith</p> <p>INTERVENCIÓN COMUNITARIA Profesora: Mtra. Silvia Vite San Pedro 2005</p> | <p>TALLER PARA PADRES “ETAPAS DEL CICLO VITAL Y ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNICACIÓN FAMILIAR EFECTIVA”</p> <p>TERAPEUTAS FAMILIARES Michel Quintero Denisse Murillo Palacios Judith</p> <p>INTERVENCIÓN COMUNITARIA Profesora: Mtra. Silvia Vite San Pedro 2005</p> |
| <p>DURACIÓN: 12 hrs. 9, 16 de Marzo, 6, 13, 20 y 27 de Abril de 12:00 a 14:00 hrs.</p> | <p>DURACIÓN: 10 hrs. 12, 13, 17, 18 24 de Mayo, de 9:00 a 11:00.</p> |
| <p>DIRIGIDO A: Padres de familia de la Escuela Secundaria Técnica “Benito Juárez”.</p> | <p>DIRIGIDO A: Personal de la “Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios” (Químicos, Técnicos laboratoristas, administrativos).</p> |
| <p>NÚMERO MÍNIMO Y MÁXIMO DE PARTICIPANTES: Mínimo 10, máximo 20.</p> | <p>NÚMERO MÍNIMO Y MÁXIMO DE PARTICIPANTES: Mínimo 10, máximo 20.</p> |
| <p>ESPACIO: Biblioteca y Sala de Actividades Audiovisuales.</p> | <p>ESPACIO: Un auditorio amplio y una explanada dentro de las instalaciones del Laboratorio.</p> |
| <p>OBJETIVOS General:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Implementar estrategias para una comunicación familiar efectiva. – Utilizar los elementos que facilitan la comunicación en las demás áreas de convivencia. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conocer la información sobre la comunicación. – Identificar los obstáculos y elementos que facilitan la comunicación. – Aplicar lo aprendido sobre comunicación a situaciones de la vida diaria. | <p>OBJETIVOS General:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Implementar estrategias para una comunicación familiar efectiva. – Utilizar los elementos que facilitan la comunicación en las demás áreas de convivencia. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conocer la información acerca del Ciclo Vital de la Familia y de la comunicación. – Identificar los obstáculos y elementos que facilitan la comunicación. – Aplicar lo aprendido sobre comunicación y el ciclo vital a situaciones de la vida diaria. |
| <p>TEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Elementos de la comunicación. – Axiomas de la comunicación. – McMaster: Comunicación clara/ directa; Oscura/ indirecta. – Comunicación no verbal. | <p>TEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Etapas del Ciclo Vital. – Elementos de la comunicación. – Axiomas de la comunicación. – McMaster: Comunicación clara/ directa; Oscura/ indirecta. |

¹⁰ Las cartas descriptivas de los talleres se presentarán como Anexos 3 pág. 214 y 4 pág. 216

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Obstáculos de la comunicación. - Elementos que facilitan la comunicación. | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación no verbal. - Obstáculos de la comunicación. - Elementos que facilitan la comunicación. |
| FORMAS DE INTERVENCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas de integración. - Exposiciones temáticas. - Retroalimentaciones. - Realización de dibujos. | FORMAS DE INTERVENCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas de integración. - Exposiciones temáticas. - Retroalimentaciones. - Dramatizaciones. - Realización de dibujos. |
| A los asistentes se les proporcionó el manual del participante. | |

Conclusiones

El haber podido integrar un temario en el que se plasmaran elementos teóricos relativos a la comunicación y haberlos podido aplicar de forma práctica fue muy enriquecedor, ya que parte del trabajo clínico es dar información a las familias o a las parejas para que manejen nuevos elementos que les permitan comunicarse de forma clara y directa.

El haber conocido las expectativas de los asistentes y el haber realizado una evaluación del taller permitió conocer que la temática expuesta y abordada tiene una aplicabilidad útil y puede mejorar las formas de comunicación familiar.

El haber trabajado como terapeutas en estos dos escenarios no clínicos fue una experiencia sumamente agradable y enriquecedora, se promovió en todo momento la participación del grupo, lo que redundó en el interés constante y en la demanda de información en algunos casos específicos.

Esta experiencia me permitió reconocer que las herramientas teórico-prácticas obtenidas de la formación han sido muy útiles puesto que pudimos desempeñarnos sin alguna dificultad dentro de un marco de seguridad y confianza.

Las cuestiones familiares permean las áreas laborales, sociales, e individuales de las personas y que el tópico de Comunicación es una de las piedras angulares en la vida y trascendencia humana.

El trabajo comunitario debe ser abordado por los terapeutas familiares, ya que el impacto de su trabajo no se limitará solo a escenarios en los que existan problemas clínicos muy específicos, además de que el aprendizaje de manejo de grupo requiere el desarrollo de otras habilidades (como expositor, transmitir información clara y de acuerdo al nivel

sociocultural de la población, ser capaz de improvisar técnicas para el manejo de grupo en el caso de la poca participación o resistencia, etc.).

III.3.3.- Presentación del trabajo clínico y/o de investigación en foros académicos

Evento: IV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA “A LA MEMORIA DE AUGUSTO FERNÁNDEZ GUARDIOLA”

Institución: Facultad de Psicología, UNAM.

Tema de Ponencia: Familia y Discapacidad (Estudio de Caso).

Fecha: 21 al 26 de febrero 2005.

Objetivo: Dar a conocer los trabajos realizados en el campo de la Investigación en la Facultad de Psicología, tanto a nivel de Licenciatura como de Posgrado.

Sinopsis

La familia es el primer contexto socializador del individuo y como sistema cumple funciones de formación a partir de la estructura de subsistemas (abuelos-padres, padres-hijos, hermano-hermana) y de una dinámica que caracteriza a quienes la conforman creando una identidad propia.

El hecho de enfrentarse a una situación no esperada, como es el nacimiento de un hijo con discapacidad, trae consigo cambios a los que la familia como sistema debe adaptarse para ofrecer alternativas de desarrollo a sus integrantes. Proceso que inicia con un diagnóstico médico definido, lo que lleva a la búsqueda de servicios en la rehabilitación especializados (física, social) que se espera vaya acompañado del proceso de aceptación de la discapacidad por parte del sistema familiar.

En este Congreso se expuso la propuesta de un “Modelo de Aceptación, Adaptación y Afrontamiento de la discapacidad”, abordado desde un enfoque Narrativo, obtenido gracias al trabajo realizado en un estudio de caso aplicando una metodología cualitativa. Las entrevistas realizadas a la persona con discapacidad y a su familia arrojaron información que posteriormente fue analizada y agrupada en categorías de tal forma que se pudieron conocer el tipo de narraciones de una familia con un integrante con discapacidad y con esto identificar diferentes estadios por los que pasan este tipo de familias. Con esta investigación y mi experiencia laboral fue posible la realización de dicho Modelo.

Evento: **PRIMERA JORNADA CLÍNICA**

Institución: **División de Estudios de Posgrado, Residencia en Terapia Familiar, UNAM.**

Tema de Ponencia: **Caso Clínico.**

Fecha: **15 de agosto 2005.**

Objetivo: **Exponer el tipo de trabajo clínico realizado a lo largo de la formación exponiendo un Caso Clínico concluido.**

Sinopsis

Las habilidades clínicas desarrolladas dentro de la Formación como Terapeuta Familiar se obtienen gracias a la práctica clínica llevada a cabo a lo largo de los 4 semestres de la Residencia. Es por eso que se vio la necesidad de crear un espacio de intercambio de experiencias en el que se concretaran los avances formativos tanto teóricos como prácticos. De ahí surgieron las “Primeras Jornadas Clínicas” donde se exponen y comparten con supervisores y compañeros de formación el trabajo realizado dentro del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.

Se expuso el caso de la familia C. R., caso clínico trabajado bajo Supervisión Narrada y el Modelo de Milán, concluido satisfactoriamente y dado de alta tras 12 sesiones. El motivo de consulta reflejaba claramente un problema de comunicación familiar y la falta de acuerdos con respecto la educación de uno de los hijos. Poco a poco se fue evidenciando la rigidez de esta familia y la imposibilidad de adaptarse a los cambios naturales de la etapa de desarrollo individual del hijo menor y paciente identificado (21 años) y la incomprensión en la transición de la etapa del ciclo vital de la familia por parte de los padres. Como meta terapéutica se estableció el promover la autonomía de los hijos adultos jóvenes y el acercamiento afectivo en una relación conyugal que tenía problemas desde hacía 30 años. Como cambios se observaron una desvinculación del hijo menor de sus padres, la búsqueda de espacios propios y el dejar a los padres la responsabilidad de su relación conyugal, al salir de la triangulación en la que se encontraba atrapado.

III.4.- HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

III.4.1.- Consideraciones Éticas de la práctica profesional

La *ética* se define como la rama de la ciencia que estudia los actos de los individuos, no como hechos, sino por sus valores morales.¹¹ Con esto, la ética atañe al comportamiento de la persona en cuanto a sus aspectos morales, a los juicios que conducen a la acción y a predicados relacionados con el “*deber ser*” y “*lo correcto*”, por lo que aplicado al campo profesional se tiene como prioridad la búsqueda del bienestar del paciente.

Jordan y Meara (1990) marcan la distinción entre la *ética de principios* en la que se utilizan estándares, reglas o códigos, buscando establecer la norma considerando si las decisiones son consistentes con lo moral; y la *virtud ética* en la que enfatiza el uso de las virtudes históricas y el desarrollo del carácter individual, indagándose si es la mejor decisión para el paciente (López-Negrete, 2004).

Las relaciones interpersonales se dan dentro de un marco e intercambio de juicios, valores, criterios, pensamientos, sentimientos y acciones que en ocasiones son aplicados de forma armoniosa; sin embargo, no todas las relaciones entre individuos son resultado del respeto, la tolerancia y la búsqueda de un bien común. Actualmente la sociedad mexicana ha ido modificando sus valores (morales, religiosos, familiares) al tener un estilo de vida en el que la “competitividad”, “la ley del menor esfuerzo” y “el romper las reglas y normas establecidas” son lo más cotidiano. La familia ha perdido la centralidad que tenía en décadas pasadas, y se han creado nuevas formas de organización y relación familiar en el que el respeto por el otro no es lo primordial; ahora el valor económico sobrepasa valores tales como el servicio, el altruismo, la espiritualidad.

También resulta más cotidiano estar cerca de situaciones en las que las prácticas profesionales se están contagiando de esta pérdida de valores como la honestidad, la responsabilidad, la humildad, el reconocer al paciente como persona y no como una estadística institucional; la ganancia económica está por encima del comportamiento ético de muchos profesionales tanto a nivel privado como institucional. Por lo tanto, resulta vital para toda formación académica tener un acercamiento a los Códigos Éticos en los que se resalten

¹¹ Warren (1968).

tanto los conocimientos como los principios morales que deben ser aplicados en todos los servicios y más dentro de la práctica clínica en materia de salud.

Dentro de los créditos de la Residencia en Terapia Familiar se impartió la materia de Intervención Clínica y Ética en la que conocimos el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología y el Código de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, lo cual resultó de gran utilidad, ya que a lo largo de un semestre tuvimos la oportunidad de discutir y analizar casos en los que se establecían dilemas éticos. Con esta revisión quedaron establecidas las bases sobre las cuales están articuladas las responsabilidades de los Terapeutas Familiares y de los Psicólogos. A continuación se mencionaran algunos aspectos relevantes de ambos códigos.

Como **Principios Éticos** quedaron establecidos dentro de la materia¹²:

- El buscar el **Bienestar del paciente**
 - *Con autonomía*: es decir, permitir que el paciente tome decisiones y las lleve a cabo como un ser independiente.
 - *Sin maleficio*: evitar el causar daño al paciente.
 - *Con justicia*: al tratar equitativamente a todos los pacientes.
 - *Con fidelidad*: con el compromiso de guardar promesas, sostener la verdad y mantener la lealtad con el paciente.

- Dar al paciente **el derecho de la privacidad** al escoger lo que otros pueden conocer de él y determinar bajo qué circunstancias hacerlo.
- **Mantener una comunicación privilegiada**, es decir, proteger al paciente y no revelar información en caso de encontrarse en un proceso legal.
- **Proteger a los pacientes** de situaciones en las que cierta información en casos específicos represente un peligro claro y eminente para él.
- Tener **el consentimiento informado de los derechos y responsabilidades del paciente** dentro del ejercicio de la práctica profesional.
- Mantener *la confidencialidad* del paciente o familia y no revelar información que pueda facilitar la identificación del paciente fuera del consultorio de tal manera que resulte en un perjuicio.

¹² López-Negrete (2004).

El conocer el *proceso de decisiones éticas* permite al terapeuta evaluar críticamente e interpretar el Código Ético que rige su labor clínica. Para Kitchener (1986) existen 4 tipos de procesos subyacentes que se aplican a la dimensión ética en psicoterapia:

- 1) Proceso primario: interpretar una situación dada que requiere de una decisión ética, dependiendo del grado de sensibilidad y empatía que se halla podido desarrollar.
- 2) Formular un curso de acción, es decir, un nivel de evaluación crítica de justificación ética.
- 3) Integración de valores profesionales y personales.
- 4) Implementar un plan de acción, asumiendo las consecuencias y responsabilidades de las acciones asumidas.

Al aplicar estos pasos de forma cautelosa y respetuosa se podrá tomar la mejor decisión y con esto resolver algún dilema ético originado por diversos intereses o necesidades dentro de un proceso terapéutico, teniendo como premisa fundamental el bienestar del paciente consultante.

i) Habilidades desarrolladas en la Residencia

El Programa de la Residencia en Terapia Familiar¹³ promovió el desarrollo de diversas habilidades estableciendo un rubro para el aspecto Ético y compromiso social. Dentro de las consideradas en este apartado están:

- **Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social**

Una de las cualidades de cualquier terapeuta es el tener la capacidad de ser cercano y empático con sus pacientes; de esto dependerá que se dé un buen enganche terapéutico y se logre hacer volver al paciente o familia a una segunda sesión y con esto poder terminar un proceso terapéutico de forma satisfactoria. El aplicar los valores personales del terapeuta y conjuntar conocimiento y compromiso profesional debe ser uno de los principios rectores de esta práctica profesional.

El haber experimentado una diversidad de sentimientos (desesperación, enojo, coraje, cansancio, alegría, motivación, sorpresa) al estar atendiendo a alguna familia promovió en mí la aplicación de los conocimientos técnicos adquiridos de mejor forma. También fue útil identificar si existía alguna relación entre lo “acontecido con la familia” y “la vida del propio

¹³ Moctezuma y Desatnik (2001).

terapeuta”, situación que al ser mal abordada podía bloquear nuestro desempeño. Sin embargo, poco a poco fui reconociendo la utilidad de estos sentimientos para el trabajo terapéutico pues permitían experimentar “el sentir de los integrantes de la familia”, lo que llevaba a implementar nuevas estrategias para mover al sistema. Con el desarrollo de esta habilidad, estos sentimientos fueron canalizados de forma práctica tanto para realizar intervenciones como para recibir retroalimentación del desempeño como terapeuta tanto del equipo terapéutico como del supervisor.

El trabajo realizado con el Dr. Raymundo Macías durante un semestre sobre “La familia del terapeuta” y la asistencia al Taller sobre “La Familia de Origen del Terapeuta” con el Dr. Winkler resultaron clave para la solución de aspectos personales que pudieran interferir con nuestro desempeño dentro de la formación. Como exigencia del Programa de Residencia se tenía el que los mismos terapeutas asistiéramos a terapia en los casos en que existieran situaciones que limitaran nuestro ejercicio clínico.

La labor realizada dentro de la intervención comunitaria generó otra visión sobre lo que un terapeuta familiar puede aportar como un generador de programas preventivos y/o informativos, asumiendo un compromiso con la comunidad.

- **Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios**

El desarrollo de mi trabajo clínico dentro de un marco de referencia centrado en valores personales y profesionales me permitió generar una actitud de respeto hacia los pacientes, independientemente de su condición social, cultural, profesional, de las problemáticas abordadas, así como del rol asumido por el paciente identificado en cada familia. Al buscar en todo momento la neutralidad de las evaluaciones e intervenciones se resaltaba el respeto hacia los pacientes y hacia el proceso terapéutico, evitando caer en alianzas que perjudicaran el trabajo realizado.

El haber estado en contacto con las formas de pensar y sentir de los pacientes me permitieron reconocer qué tipo de necesidades tenían y con esto establecer los objetivos terapéuticos, algunos resultando metas a corto, mediano o largo plazo, siendo alcanzados satisfactoriamente en la mayoría de los casos. Estas necesidades son tan válidas e importantes de tal forma que deben ser cubiertas siempre y cuando promuevan el bienestar del paciente. Habrá otras que no dependan tan directamente del proceso terapéutico (económicas, de salud)

pero de igual forma se deberá trabajar con la familia para optimizar sus recursos personales y con esto cubrirlas.

Dentro de las familias en las que se tenían problemas entre padres y adolescentes se debía buscar la negociación de tal forma en la que las necesidades de ambas partes no fueran tan radicales y se pudieran fijar puntos en común, cubriendo de alguna u otra manera las necesidades de ambas partes.

La experiencia de presión y amenaza de proceder legalmente en contra de la terapeuta responsable por parte del abogado del departamento jurídico de la Facultad de Psicología en un caso en el que fui coterapeuta, me permitió saber qué es lo que compete a un terapeuta familiar hacer en estas cuestiones. Los expedientes clínicos de los pacientes en proceso de divorcio deben seguir los principios éticos de confidencialidad y protección. En este caso, se entregó un reporte muy general y se hizo uso de la comunicación privilegiada, dando así protección a la paciente. Esta experiencia también resultó muy enriquecedora pues conocí parte del procedimiento legal tras una demanda de divorcio y pude comparar la práctica ética del abogado encargado y de un terapeuta familiar. Creo que nosotros somos más cercanos y al no tener un interés económico de por medio tomamos decisiones que realmente buscan el bienestar de nuestros consultantes y no de quien ofrezca más dinero. Considero que se debe integrar una materia en la que se oriente a los terapeutas en materia legal.

En los casos de terapia de pareja en los que se realizaban sesiones individuales se aclaraba la utilización de datos siempre y cuando fueran en beneficio de ellos mismos, lo que permitía tener capacidad de maniobra; la información que no resultaba tan útil para el trabajo conjunto no era revelada al otro cónyuge. Con esto se evitaba caer o mantener secretos perdiendo la neutralidad del proceso.

- **Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales**

El trabajo realizado con el equipo terapéutico permitió aplicar una metodología en la que 10 voces eran escuchadas; durante los primeros días de la formación resultaba común para el terapeuta responsable defender su punto de vista restándole valor a los que resultaban diferentes a los suyos, situación que poco a poco fue cambiando de tal manera que al final se vertían al espacio terapéutico la diversidad de opiniones y con esto proporcionar elementos útiles para el paciente o familia.

La riqueza de trabajar con equipo terapéutico radicó en ofrecer a la familia una multiplicidad de ideas y formas de pensar con respecto al problema a resolver, lo que generó que se fomentara el respeto y tolerancia hacia los compañeros y sus marcos de referencia. Los comentarios clínicos generados durante las postsesiones también fueron útiles para los procesos terapéuticos así como para la escucha y análisis de los casos, espacios que generaban alternativas y guiaban el rumbo de los mismos, situación que hubiera resultado imposible de realizar sin el respeto y tolerancia hacia las formas de pensar, actuar y sentir tanto de los terapeutas como de los supervisores.

Fueron pocos los casos en los que se realizó un trabajo multidisciplinario, sin embargo, los que fueron canalizados al Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM por otras instancias fueron atendidos respetando los diagnósticos e indicaciones de otros profesionales de la salud.

El haber conocido parte del trabajo realizado en el ILEF, el IFAC y el Hospital Psiquiátrico Infantil, instituciones que dan el Servicio de Terapia Familiar me permitieron reconocer y estar más orgullosa de lo que se realiza en la Facultad de Psicología, puesto que observé que se sistematiza el trabajo de manera diferente y como institución se tienen otros valores de atención y servicio. Sin embargo, estas diferencias pudieran enriquecer un trabajo conjunto entre instituciones ya que cada una tiene sus lados fuertes.

Si bien los alumnos que estamos inscritos a cualquier programa de residencia somos estudiantes en formación y merecemos respeto, algunos supervisores no cumplieron del todo esta parte ética pues criticaban o juzgaban nuestro desempeño cayendo en la burla o grosería asumiendo que debíamos tener los conocimientos o la experiencia al estar frente a la familia. Se exige el cumplimiento del Código Ético en los alumnos pero de igual forma debe ser exigido al profesorado pues de ellos dependerá que se integren esos conocimientos adecuadamente.

- **Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional**

El estar inmerso en un espacio clínico en el que se atiende a un sector de la población nos hace reconocer parte de la problemática que la sociedad tiene y demanda. Considero que al ser pocas instituciones las que ofrecen el servicio no se pueden cubrir las necesidades que la población tiene en materia de terapia familiar. Sin embargo, si se crean o instauran más

programas comunitarios se podrá ampliar el campo de acción de esta disciplina y con esto cubrir las necesidades de la población de forma real.

Considero que cada uno de los 10 terapeutas en formación quienes fuimos parte de la 3ª generación respondimos de una manera respetuosa y sensible a las demandas de cada una de las 47 familias atendidas. Esto pudo ser logrado gracias al compromiso personal de cada uno así como de los Supervisores y Maestros de la Residencia. Los últimos haciendo uso de sus conocimientos y experiencias enriquecieron y promovieron el mejor desempeño de sus alumnos.

También creo que en algunos casos nuestra empatía y cercanía con los pacientes junto con sus necesidades nos llevaba tener un mayor involucramiento y a estar con un horario abierto a cualquier situación generada por el proceso terapéutico, lo que reforzaba el compromiso del alumno.

- **Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional**

La retroalimentación recibida con respecto al desempeño clínico por parte de algunos Supervisores era muestra del compromiso adquirido con sus alumnos, lo que resultaba enriquecedor al momento de analizar lo realizado en sesión y con esto valorar su utilidad en beneficio del paciente o de la familia.

La experiencia del supervisor en algunos casos moldeó el comportamiento ético de los alumnos, o bien marcó los puntos de referencia para una u otra intervención. Sin embargo, el criterio aplicado de los terapeutas en formación resultó el más valioso dado que era quien “sentía el ambiente detrás del espejo” y quien debía hacer uso de la capacidad de maniobra y determinar lo mejor, independientemente de lo sugerido por el resto del equipo.

Temas como abuso sexual de menores, intentos de suicidio, violencia intrafamiliar, infidelidad, problemas de conducta en adolescentes fueron algunos de los que implicaron un análisis ético y con esto la determinación de las metas terapéuticas considerando lo mejor para uno u otro integrante de la familia. Las discusiones de estos casos con el equipo terapéutico y con los Supervisores fueron los elementos que permitieron abordar estas problemáticas dentro de la ética y el compromiso profesional, resultando exitoso el trabajo realizado con cada uno de ellas.

Si bien muchas de estas problemáticas sociales deben ser abordadas de forma multidisciplinaria, el trabajo no se realizó así. El equipo de terapia familiar intervino en la mayoría de los casos una vez que se habían presentado crisis y los efectos del problema ya eran inevitables. Considero que los terapeutas familiares debemos seguir colaborando con el equipo de alumnos del programa de Medicina Conductual en la realización de preconsultas, pues es importante poder tener conocimientos de las demandas de la población. El haber participado en esta actividad me proporcionó herramientas para realizar entrevistas y realizar en algunos casos intervenciones en crisis, práctica que no era muy frecuente dentro de las sesiones programadas una vez cada 15 días tal como se realizaban con las familias atendidas dentro de la formación.

- **Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante**

La búsqueda de nuevos conocimientos, el proponer nuevas intervenciones, el intercambiar información con otros colegas, el acudir con Supervisores experimentados, el realizar actividades de investigación, el consultar a otros colegas como un trabajo coterapéutico deben ser una constante de todo Terapeuta Familiar.

Debemos fomentar una cultura de respeto y no acaparar el conocimiento adquirido, constante observado en otros profesionales y colegas más experimentados. Un conocimiento no es útil en la medida que no sea compartido y aplicado en beneficio de la mayoría; si estamos dentro de una disciplina que busca la aplicación de valores morales y éticos para la solución de problemáticas sociales que van cambiando día con día, debemos tener en mente que el generar alternativas para estas problemáticas implica el asumir un papel activo en cuanto a crear y aportar elementos que nos lleven a la actualización de la disciplina.

De igual forma como profesionales de la salud debemos estar en contacto con otras disciplinas y mantenernos al día y así conocer las necesidades de nuestra población demandante.

Las necesidades de los pacientes no solo se centran en terapia familiar, también debemos mantenernos actualizados y hacer una revisión constante de lo que otras áreas de la psicología pueden abordar. Mientras más herramientas teórico-prácticas tengamos como profesionales de la salud más útil resultará nuestro servicio para nuestros pacientes.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar ha desarrollado su Programa Académico a cubrir en 4 semestres, en donde las actividades teórico metodológicas se dividen en Materias de Tronco Común y propias de la Residencia con Prácticas Clínicas Supervisadas. El desarrollo de actividades de investigación, trabajo comunitario y la asistencia a talleres o cursos, son actividades complementarias que también proporcionaron conocimientos y que deben ser sumadas al bagaje de habilidades desarrolladas derivadas de la formación como Terapeuta Familiar.

El haber cursado la Maestría promovió en mí el desarrollo de habilidades clínicas (detección, evaluación e intervención), de docencia, de investigación, de prevención, de ética y compromiso social. Como ser humano me ha brindado la oportunidad de ser más sensible a las necesidades de los demás y de valorar a mi propia familia tras su transformación en estos dos años.

A continuación describo con mayor profundidad las habilidades desarrolladas durante mi formación:

IV.1.- Habilidades y competencias profesionales adquiridas

El inicio de la formación como terapeuta familiar implicó un cambio en la visión lineal del modelo médico con el que egresé de la licenciatura. El primer acercamiento a la metodología sistémica fue agradable, hecho que se fue generando a partir de la revisión de la epistemología, la historia y los fundamentos de cada uno de los Modelos Teóricos, creando interés en el nuevo abordaje clínico.

El trabajo realizado en las materias teóricas me permitió desarrollar *habilidades teórico conceptuales* al proporcionarme diversos elementos que facilitaron la aplicación de conocimientos relativos a las técnicas de evaluación e intervención, resaltando su aplicación clínica en ciertas problemáticas y condiciones específicas.

Las lecturas y las exposiciones temáticas me permitieron desarrollar la habilidad de analizar y sintetizar información de tal forma que pudiera ser asimilada y transmitida de la mejor manera al resto del grupo. El hecho de haber dramatizado en clase los elementos de

evaluación y diagnóstico propios de cada modelo, favoreció su incorporación al desarrollo del proceso terapéutico. Considero que esta herramienta didáctica debe seguirse aplicando.

De igual forma las *habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento* que adquirí gracias al trabajo realizado en las diversas materias de Supervisión me proporcionaron muchas herramientas que han optimizado mi desempeño profesional tales como: establecimiento de un buen enganche terapéutico, ser empática, relacionar la información brindada por la familia, terapeutas y supervisor así como su impacto en el sistema familiar, considerar el sentir del terapeuta, el establecer metas a corto, mediano y largo plazo, el realizar intervenciones específicas, el modificar o verificar las hipótesis de trabajo y con esto la direccionalidad del trabajo terapéutico a partir de la información proporcionada.

La sistematización del trabajo a partir de la elaboración de reportes de sesiones, de transcripciones y el integrar los expedientes clínicos ha sido la base para poder conceptualizar el trabajo clínico e incorporar los elementos teóricos con una visión sistémica. El haber seguido la estructura de trabajo de las sesiones permitió recibir la retroalimentación necesaria para integrar elementos observados por el equipo terapéutico; el mantener la neutralidad de las sesiones siempre fue un elemento clave para mantener la objetividad y con esto mantener la dirección hacia los objetivos terapéuticos; el tener una visión a futuro en la solución del problema, abrir alternativas de solución, hacer preguntas circulares y reflexivas que llevaran a obtener información sobre el juego familiar, la correcta utilización del lenguaje tanto del paciente como el presuposicional que refleje la inevitabilidad del cambio, también fueron otras de las habilidades adquiridas a lo largo de mi formación.

El trabajo realizado en las prácticas supervisadas promovió la generación y aplicación de *valores de respeto, profesionalismo y ética* ante las familias y consultantes, reforzando el compromiso profesional. De igual forma el trabajo permitió tener una apertura a los diversos puntos de vista de mis compañeros lo que en muchas ocasiones enriqueció las intervenciones.

Las *actividades de investigación* permitieron aplicar instrumentos que sirvieron como elementos diagnósticos de las familias. La integración y desarrollo de dos protocolos de investigación aplicando metodología cuantitativa y cualitativa me permitió obtener un mayor conocimiento de las familias que tienen un integrante con parálisis cerebral, sentando las bases para el desarrollo de nuevas investigaciones, campo fértil dentro de la Terapia Familiar.

IV.2.- Incidencia en el campo psicosocial

Los alumnos de la 3ª generación atendimos a un total de 47 familias, en las modalidades de terapia individual, de pareja y familiar. Si bien, a nivel nacional no se tienen los espacios físicos ni el personal suficiente para cubrir las necesidades de la población, los alumnos que nos encontramos en formación dentro del Programa de Residencia atendimos problemáticas sociales relevantes como (alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso sexual, alcoholismo, problemas de rendimiento escolar, crisis por la transición en algunas etapas del ciclo vital, efectos del divorcio en el subsistema fraterno, infidelidad, problemas de pareja, etc.) y que son un reflejo del tipo de servicios que la población demanda.

Los terapeutas que estamos dentro de la Formación en el Programa de Residencia en Terapia Familiar en la UNAM desarrollamos un trabajo clínico de calidad gracias al respaldo de los Supervisores y Académicos implicados en este proceso.

Resulta de vital importancia el hecho de poder realizar nuestro trabajo clínico en escenarios reales puesto que de esta manera se atenderán las necesidades sociales actuales; también resulta importante poder conocer otras formas de desarrollar la práctica clínica institucional ampliando las cedes clínicas en las que podamos realizar nuestra práctica profesional.

IV.3.- Análisis del sistema terapéutico total

Terapeuta

A lo largo de los 4 semestres se vio un crecimiento en cada uno de los 10 alumnos quienes formamos esta generación; el complementar el trabajo teórico con lo clínico nos fue dando las herramientas necesarias para asumir una actitud de mayor seguridad y confianza y con esto iniciar y concluir un proceso terapéutico exitosamente. De igual forma he adquirido conciencia del gran compromiso profesional y social tras concluir la formación.

Familia

Las familias en todo momento fueron quienes nos permitieron aplicar los conocimientos adquiridos y con esto desarrollar las habilidades clínicas aplicadas a su favor; fueron quienes nos proporcionaron las oportunidades de aprendizaje tanto personal como profesional y a quienes debemos nuestro trabajo.

Supervisor

La actitud de los supervisores a lo largo de la formación permitió trabajar en un ambiente de confianza y respeto mutuo, en todo momento fomentaron la participación y dieron reconocimiento a las aportaciones realizadas en las sesiones clínicas. La mayoría de los supervisores mostraron un gran compromiso hacia su labor docente. El hecho de que se actualicen constantemente y tengan experiencia en el manejo sobre diversas temáticas, permitió tener la certeza de que habrían sugerencias útiles para dar dirección a los procesos terapéuticos y brindarían la retroalimentación necesaria para tener un mejor desempeño.

En algunos casos Modelaron su propio trabajo como terapeutas, brindando otras claves para nuestra formación clínica dentro de las aulas. En otros, su experiencia clínica y el bagaje teórico fueron las herramientas más útiles para los futuros terapeutas.

Terapeuta – Equipo Terapéutico – Supervisor - Familia

El trabajo realizado como equipo terapéutico se desarrolló en un ambiente de respeto y compañerismo a pesar de que la carga de trabajo era fuerte. Hubo una buena integración del grupo, lo que permitió el compartir e integrar diferentes puntos de vista ya que la formación profesional y experiencia laboral de cada uno de nosotros era diversa, situación que enriqueció el abordaje de las intervenciones terapéuticas y de los trabajos en equipo. En todo momento hubo un total respeto por parte de los alumnos y supervisores hacia las necesidades, creencias y experiencias de las familias.

IV.4.- Reflexión y análisis de la experiencia

El haber concluido satisfactoriamente la formación como Terapeuta Familiar ha sido una de las experiencias más enriquecedoras tanto a nivel personal como profesional. A lo largo de los dos años la carga de trabajo fue pesada pero ha rendido frutos en la medida que he podido incrementar mis conocimientos y habilidades y con esto brindar un servicio con un mayor compromiso ético.

La atención dada a las familias siguiendo un Modelo Integrativo permitió aplicar los conocimientos adquiridos durante toda la formación; hecho que me llevó a la conclusión de que *“es el modelo y la técnica en terapia la que se amolda a las necesidades del paciente y no el paciente al modelo”*. Considero que la rigidez metodológica que tuvimos en algunas supervisiones para aplicar algún Modelo facilitó el aprendizaje de los elementos propios de esta metodología pero limitó la atención de las familias. El hecho de conocer los Modelos

Teóricos en Terapia Familiar da la libertad de poder elegir el que sea más adecuado a las necesidades de una familia y creo que en este momento tengo una gama de posibilidades clínicas.

La incorporación de elementos psicodinámicos a las discusiones en los momentos en los que se consultaba al equipo terapéutico en la intersesión resultaron enriquecedores puesto que proporcionaban elementos significativos para el entendimiento de las problemáticas de pareja y permitía dar en algunos casos una nueva dirección al proceso.

El haber realizado el trabajo en Supervisión Narrada me permitió tener más seguridad personal para la elección de las intervenciones y la planeación de los casos. Formé equipo con dos compañeras realizando esta actividad con una terapeuta responsable, una coterapeuta y una observadora. Debo señalar que no se cuenta con el suficiente apoyo para poder conseguir los espacios físicos para realizar este tipo de Supervisión y cuando son asignados los horarios no siempre se pueden acoplar a las necesidades de las familias.

El haber concluido los 8 procesos terapéuticos de forma exitosa, me permitió experimentar el desarrollo de todo un proceso terapéutico (desde contactar vía telefónica a la familia, tener la primer entrevista, realizar de forma adecuada el encuadre y el enganche terapéutico, el dar seguimiento a las sesiones y a la información proporcionada cita a cita, evaluar los avances, mantener la dirección o modificarla, promover los cambios, evaluar el proceso y finalmente la alta) y con esto seguir cada una de las etapas de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

El trabajo realizado en el Seminario de Intervención Comunitaria favoreció la aplicación de los conocimientos en un contexto no clínico y promovió el empleo de otras habilidades como la planeación de cursos y el manejo de grupo.

Finalmente reconozco que el haber tenido una variedad de estilos de Supervisión me permitió desarrollar diferentes formas de observación y afrontamiento ante las exigencias académicas.

IV.5.- Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

El hecho de haber tenido la experiencia de trabajar en clase con las familias de origen de cada uno de los alumnos en formación resultó ser una de las experiencias personales más

enriquecedora, puesto que se abordaron situaciones emergentes que podían limitar el desempeño profesional. El haber desarrollado esta experiencia teniendo la cooperación de los compañeros como miembros de la familia y como observadores creó un ambiente de cercanía y empatía entre el grupo.

Las actividades llevadas al cabo en los Seminarios de Integración permitieron crear un espacio en el que se expresaba el sentir y la experiencia personal de cada terapeuta al estar frente a la familia atendida. También permitió abordar temas que pudieron haber estado causando malestar en nuestro desempeño o en nuestra formación. Fue un espacio valioso en el cuál se dieron discusiones significativas. Considero que este espacio debe mantenerse a lo largo de los 4 semestres.

La Supervisión Directa fue una experiencia que como equipo terapéutico permitió la discusión y elaboración de mensajes finales, promoviendo una actitud activa y respetuosa en todo momento. Como parte del trabajo realizado dentro del grupo siempre se tuvo la apertura para realizar comentarios que redundaran en la optimización del desempeño de cada uno como terapeuta, así como la discusión de situaciones personales que pudieran estar entorpeciendo el trabajo individual.

Puedo reconocer que adquirí más seguridad y confianza al estar “*frente a la familia*”, gracias a que reforcé el aspecto de la observación de lo analógico y lo digital, situación que en un inicio parecía complicada. El respeto por “*el tiempo del cambio en la familia*” fue algo que poco a poco fue quedando claro y generó tranquilidad al reconocer que “un proceso terapéutico no puede ser acelerado”, al tener que ajustarlo a un periodo de 10 sesiones, situación que no se cumplía al 100%. De igual forma no podría hablar de una seguridad ante los pacientes si no partiera de la base dada por una metodología sistémica.

Observaciones

El hecho de tener las materias teóricas y prácticas de un modelo en el mismo semestre limita la aplicación de estos conocimientos; no se pudo aplicar el modelo de soluciones dado que no se tenía el sustento teórico, se inició con el modelo de terapia breve en lo que se realizaban las revisiones conceptuales.

Los Supervisores deben asumir una actitud respetuosa ante las aportaciones de los alumnos. Se debe dar voz y voto a los comentarios de los demás integrantes del equipo

terapéutico promoviendo la participación y con esto enriquecer las posibles intervenciones de los terapeutas. No por ser alumnos que estamos en formación podemos ser objeto de burlas y descalificaciones por parte de los supervisores.

El poder revisar videocintas en las que estén editados los trabajos de los fundadores de la terapia familiar puede resultar otra herramienta didáctica para la incorporación de los conocimientos de forma práctica.

Considero que se deben ampliar las cedes clínicas en las que puedan intervenir los alumnos en formación (tanto para realizar las actividades de supervisión como para realizar prácticas), ya que mi experiencia obtenida en el Hospital Psiquiátrico con la realización de prácticas de posgrado me hizo conocer otro tipo de necesidades de atención; el hecho de tener solo una cede limita el aprendizaje y la aplicación de los conocimientos clínicos.

Se les debe exigir un comportamiento ético a los supervisores y también deben ser objeto de evaluación por parte de la Coordinación de la Residencia para con esto determinar si se están cubriendo los criterios de calidad docente que les exigen a los alumnos en formación.

La revisión exhaustiva de los Códigos Éticos del Terapeuta Familiar y del Psicólogo también debe formar parte del contenido temático de la Residencia para así cumplir con las exigencias profesionales de nuestros días.

Con respecto al programa de estudios detecto un vacío en la preparación referente a la terapia de pareja, dado que no se aborda en algún semestre, siendo de vital importancia que se realice. Si bien los espacios destinados a los modelos posmodernos y a sus aspectos teóricos son enriquecedores los considero exagerados teniendo otras necesidades teóricas y prácticas.

La realización de actividades en Supervisión Narrada tiene requerimientos específicos que deben ser cubiertos con el apoyo de la Coordinación de la Residencia y de la Coordinadora del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Estimo que los tiempos de titulación se podrían reducir si los alumnos continuaran recibiendo la beca otorgada por CONACYT o algún apoyo económico durante el periodo de elaboración del reporte final, dado que una vez que nos insertamos en el campo laboral los tiempos para su elaboración se ven limitados; desafortunadamente al concluir los créditos nos colocan en la disyuntiva de cubrir nuestras necesidades básicas o titularnos.

REFERENCIAS

- Aceves, J. (2001). "Un enfoque metodológico de las historias de vida". En Graciela de Garay (comp.). *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida*. México: Instituto Mora. 2001.
- Ackerman, N. "The unit of the family". *Archives of Pediatrics*. Vol. 55. 1938. 51-62pp.
- Ackerman, N. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York. Basic Books.
- Ackerman, N. y Soberl. "Family diagnosis: an approach to the pre-school child". *American Journal of Orthopsichiatry*. Vol. 20. (4). 1950. 744-753pp.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Andersen, T. "The reflecting team. Dialogue and meta-dialogue in clinical works". *Family Process*. Vol. 26. 1987.
- Anderson, H. (1993). "On a roller coaster; a collaborative language system approach to therapy". En S. Friedman. *A new language of change*. Nueva York. Guilford Press. 1993.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de terapia*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Anderson, H. y Goolishian, H. "Human systems as linguistic systems". *Family Process*. Vol. 27. 1988. 3-12pp.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). "The client is the expert: a not-knowing approach to therapy". En S. McNamee y K. J. Gergen (comps.). *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. 1999.
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar: un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco. Chandler Publication. (Trad. Cast.: *Pasos hacia una Ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires. Argentina: Lohlé – Lumen. 1999.
- Bateson, G.; Jackson, D. Haley, J. y Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. *Behavioral Science*. Vol. 1.(4). 251-264pp.

- Bell, J. (1961). *Family Group Therapy*. Washington. US Department of Health. US Government Printing Office.
- Beltrán, L. (2004). “El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos”. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax. 2004.
- Bertrando P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar, los personajes y las ideas*. Paidós: Barcelona.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties*. New York: Harper and Row.
- Bronfenbrenner (1987). “Masculinidad y violencia: el trabajo con hombres violentos”. En Corsi, J. (comp.). *Violencia familiar*. Buenos Aires: Paidós. 1994.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. “Hypotetising Circularity and Neutrality revisited: an invitation to curiosity”. *Family Process*. Vol. 26. 1987. 405-411pp.
- CONAPO (1995). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar*. México: CONAPO.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Cronen, V., W. Perce y K. Tomm. (1985). “A dialectical view of personal Exchange”. En K. Gergen y K. Davis (comps.). *The social construction of the person*. New York. Springer. 1985.
- De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. New York: Guilford Press. (Trad. Cast. *Pautas de Terapia Familiar Breve*. Barcelona: Paidós. 1987).
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Nueva York. Norton. (Trad. Cast. *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós. 1986).
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. Nueva York. Norton. (Trad. Cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa. 1992).
- Desatnik, O. (2004). “El Modelo Estructural de Salvador Minuchin”. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax. 2004.

- Eguiluz, L. (comp.). (2004). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaim, M. “**Non equilibrium, chance and change in family therapy**”. *Journal of marital and family therapy*. Vol. 7(3). 1982. 291-297.
- Espinosa, M. (2004). “El Modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones”. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax. 2004.
- Ferreira, A. “**Family myths and homeostasis**”. *Archives of general psychiatry*. Vol. 9. 1963. 457-463pp.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *The tactics of change: doing therapy briefly*. San Francisco. Jossey-Bass. (Trad. Cast: *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder. 1994).
- Flugel, J. (1921). *The psychoanalytic study of the family*. Londres. Hoggarth Press.
- Galicia, I. (2004). “Terapia Estratégica”. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax. 2004.
- García, B. (1995). *Mujeres, pobreza y cambio demográfico en los países de desarrollo*. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM y COLMEX.
- García, B. y Oliveira, O. (1995). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM y COLMEX.
- Gergen, K. “**The social constructionist movement in modern psychology**”. *American Psychologist*. Vol. 40. (3) 1985. 266-275pp.
- Guerin, P. (1976). *Family therapy: theory and practice*. New York: Gardner Press.
- Haley, H. y Hoffman, L. (1967). *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books.
- Haley, J. (1963). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1980). *Leaving home, the therapy of disturbed young people*. New York: McGraw Hill.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hoffman, L. (1971). "Deviation-amplifying processes in natural groups". En Haley, J. (comp.), *Changing families. A family therapy reader*. Nueva York. Grune and Stratton. 1971.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. Nueva York. Basic Books. (Trad. Cast.: *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica. 1987).
- Hoffman, L., Penn, P., Boscolo, L. y Cecchin, G (1987). *Milan Systemic Family Therapy: conversations in theory and practice*. Nueva York. Basic Books.
- Hoffman, L. (1990). "Constructing realities: an art of lenses". *Family Process*. No. 29. pág. 1.
- Hoffman, L. (1992). "Una postura reflexiva para la terapia familiar". En S. McNamee y K. J. Gergen (comps.). *La Terapia como construcción social*. Barcelona Paidós. 1996.
- Ibáñez, T. (1990). "La cuestión metodológica". En T. Ibáñez (comp.). *La psicología social construccionista*. México. Universidad de Guadalajara. 1990.
- INEGI. (1999). *Las Familias Mexicanas*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Cuadernillos de Consulta.
- INEGI. (2000). *XII Censo de Población y Vivienda, 1999*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Cuadernillo de Consulta.
- INMUJERES (1999). *Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar*. México: INMUJERES.
- INMUJERES. (2003). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México: INMUJERES.
- Keeney, B. (1982). *What is an epistemology of family therapy?* Nueva York. Bruner-Mazel.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Barcelona: Gedisa.

- Kitchener, K. “**Teaching applied ethics in counselor education**”. *Journal of counselling and development*. Vol. 67. 1986. 217-221pp.
- Kohler-Riessman, C. (1990). *Divorce talk: women and man make sense of personal relationships*. New Brunswick. New Jersey: Rutgers University Press.
- Lax, W. (1992). “El pensamiento posmoderno en una práctica clínica”. En McNamee, S. y Gergen. K. (comps.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. 1996.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia, terapia narrativa y construcción social*. México: Pax.
- López, M. y Salles, V. (1992). *Familia, pobreza y género*. México: Porrúa.
- López, M. (1994). “Transformaciones familiares y domésticas: las mujeres protagonistas de los cambios”. En López, M. y Salles, V. (comps.). *Familia, Género y Pobreza*. México: Porrúa.
- López-Negrete, P. (2004). *Seminario sobre la dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicoterapia sistémica*. UNAM. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado.
- Lyddon, W. (1998). “Formas y facetas de la psicología constructivista”. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (comps.). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós. 1998.
- Macías, R. (1994). *La familia, en antología de la sexualidad humana*. Tomo II, Pérez Fernández y Rubio Auriol Coordinadores, México: CONAPO y Porrúa.
- Madanes, C. (1981). “Strategic family therapy”. En A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.). *Handbook of family therapy*. Nueva York. Bruner-Mazel. 1981.
- Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror: advance in practice of strategic therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Madanes, C. (2001). *Terapia Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (1998). “La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas”. En Mahoney, M., Neimeyer, R. (comps.). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós. 1998.

- Maruyama, M. “**The second cybernetics, deviation, amplifying, mutual casual processes**”. *American Scientist*. Vol. 5. 1968. 164-179pp.
- Maturana, H. “What the frog’s eye tells to the frog’s brain?” En Lettvin, J. y cols. (comps.) *Proceedings of the IRE*. Vol. 47. (11). 1959. 1940-1959pp.
- Maturana, H. y Varela, F. (1987). *The tree of knowledge*. Boston. MA. New Science Library.
- Midelfort, C. (1957). *The family in psychotherapy*. Nueva York. McGraw Hill.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. C., Rosman, B. L. & Shumer, F. (1967). *Families of slums: an exploration of their structure and treatment*. New York. Books.
- Minuchin, S. (1972). “Structural family therapy”. En P. J. Kaplan (comp.). *American Handbook of Psychiatry*. Nueva York. Basic Books. (1972).
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fischman, S. (1984). *Técnicas de Terapia familiar*. México: Paidos.
- Minuchin, S. (1986). *Family Kaleidoscope*. Harvard. Harvard University Press.
- Moctezuma, M. y Desatnik, O. (2001). *Programa de Residencia en Terapia Familiar*. México: UNAM.
- Moliner, M. (1998). *Diccionario de uso del Español*. Madrid: Gredos.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidos.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidos.
- O’Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidos.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Papalia, D. Wendkos, S. (1992) *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill
- Penn, P. “**Circular questioning**”. *Family Process*. Vol. 21. 1982. 267-280pp.

- Penn, P. “**Feed-forward: future questioning, future maps**”. *Family Process*. Vol. 24. 1985. 299-310pp.
- Rodríguez, C. (2004). “La escuela de Milán”. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax. 2004.
- Ruesch, J. y Bateson, G. (1951). *Communication: the social matrix of psychiatry*. Nueva York. Norton.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Satir, V. (1967). *Conjoint Family Therapy. A guide to therapy and technique*. Palo Alto. California. Science and behaviour books.
- Selvini, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milán. Feltrinelli.
- Selvini, P. M., Cecchin, G., Boscolo, L., Prata, G. “**The treatment of children through brief therapy of their parents**”. *Family Process*. Vol. 16. 1974. 445-453 pp.
- Selvini, P. M., Cecchin, G., Boscolo, L., Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milán Feltrinelli. (Trad. Cast.: *Paradoja y contrapadoja: un Nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós. 1998).
- Selvini, P. M., Cecchin, G., Boscolo, L., Prata, G. (1980). “**Hipotetizar, circularidad y neutralidad**”. *Family Process*. Vol. 19 (1). March. 3-12 pp.
- Selvini Palazzoli, M. y Prata, G. (1983). “A new method for therapy and research of treatment of schizophrenic families”. En H. Stierlin, L. C. Wynne y M. Wirsching. *Psychosocial Intervention in Schizophrenia: an International View*. Nueva York. Springer. 1983.
- Selvini Palazzoli, M., Cirilo, M., Sorrentino, A. Y Selvini M. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia*. Milán. Raffaello Cortina. (Trad. Cast.: *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós. 1990).
- Selvini, M., Cirilo, M., Sorrentino, A. y Selvini M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. México: Paidós.
- Sluzki, C. y Beavin, J. “**Symmetry and complementarity: and operational definition and a typology of dyads**”. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Vol. 11. 1965. 321-330pp.

- Sluzki, C. “**Cibernética y Terapia Familiar, un mapa mínimo**”. *Sistemas familiares*. Agosto. 1987. 149-153pp.
- Suárez, M. (2004). “El enfoque narrativo en la terapia”. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax. 2004.
- Tomm, K. “**One perspective on the Milan systemic approach: part I. Overview of development, theory and practice**”. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 10 (2). 1984. 113-125 pp.
- Tomm, K. “**One perspectiva of Milan systemic approach. Pt1: Overview of development, theory and practice**”. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 10. 1984a. 113-125pp.
- Tomm, K. “**One perspectiva of Milan systemic approach. Pt2: Description of session format, interviewing style and intervention**”. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 10. 1984b. 253-277pp.
- Tomm, K. (1985). **Circular interviewing: a multifaceted clinical tool**. En D. Campbell y R. Draper (comps.). *Application of systemic family therapy. The Milan approach*. Londres. Grune and Stratton. (1985).
- Tomm, K. “**Interventive interviewing. Pt. 1. Strategizing as a forth guideline for the therapist**”. *Family Process*. Vol. 26. 1987. 3-13pp.
- Tomm, K. “**Interventive Interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions?**” *Family process*. Vol. 27. (1988). 1-15pp.
- Tuirán, R. (1994). “Familia y Sociedad en el México contemporáneo”. En *Saber ver, lo contemporáneo del arte*. Num. Esp. **Retrato de Familia**. México: Fundación Cultural Televisa.
- Vanderboos, G., Cummings, N. y Deleon, P. (1992). “A century of psychoterapy. Economic and environmental influence in psychotherapy”. En D. K. Freedheim (comp.). *History of Psychoterapy: a century of change*. Washington (DC). American Psychological Association.
- Valdez, J. I. (1988). *Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Velasco, F. (2004). *Pareja en conflictos, conflictos de pareja. Manual psicodinámico constructivista para su tratamiento*. México: Editores de Textos Mexicanos.

- Verdugo, A. (1998). *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitatorias*. España Editores: Siglo Veintiuno.
- Von Bertalanffy, L. (1934). *General System Theory*. Nueva York. Braziller.
- Von Foerster, H. (1982). *Observing systems*. Seaside. California. Intersystems Publications.
- Walsh, F. (1993b). *Normally family processes*. Nueva York. Guilford.
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. W. W. Norton & Company, Inc. (Trad. Cast. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder. 1981).
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change, principles of problem formation and problem resolution*. W. W. Norton. Nueva York. (Trad. Cast.: *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder. 1999).
- Watzlawick, P., Weakland, J., Bodin, J. y Fisch, R. “**Brief therapy: focused problems resolutions**”. *Family process*. Vol. 13. 1974. 141-168pp.
- Warren, H. C. (1968). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, M. (1988). *The process of questioning: a therapy of literary merit?* Dulwich Centre Newsletter.
- White, M. (1995). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaida. Dulwich Centre Publications. (Trad. Cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós. 1993).
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.