



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

REGINA ELIZABETH LÓPEZ SILVA

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS

**COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA
MTRA. MA. DEL ROSARIO ESPINOZA SALCIDO
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO**

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE, 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.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas las bendiciones que ha derramado sobre mí y mi familia y por permitirme que todos mis anhelos se lleven a cabo.

A mi esposo Jorge, porque su inmenso amor permitió que fuera mi compañero en toda esta aventura y mi principal fuente de apoyo en los momentos difíciles.

A mis padres y hermanos, por ser la inspiración para estudiar la terapia familiar, pues a su lado experimenté que la familia es la principal fuente de amor, apoyo y felicidad.

A la Secretaría de Relaciones Exteriores del Gobierno de México, por brindarme la beca que hizo posible este sueño.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, reconocida casa de estudios en Latinoamérica, por su contribución a mi formación profesional, así como a cada uno de los profesores que con su experiencia y conocimientos enriquecieron mi aprendizaje.

Al Maestro Jorge Molina y a la Doctora María Elena Rivera, por sus valiosos aportes para la culminación de este reporte y por las enseñanzas recibidas a lo largo de estos años.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. **Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar**1
 - 1.1. Características del campo psicosocial
 - 1.2. Principales problemas que presentan las familias
 - 1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.
2. **Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico**.....7
 - 2.1. Descripción de los escenarios
 - 2.2. Análisis sistémico de los escenarios
 - 2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación

II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico

- 1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.23
- 1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:
 - 1.2.1. Modelo Estructural 42
 - 1.2.2. Modelo Estratégico 51
 - 1.2.3. Modelo de Terapia Breve 59
 - 1.2.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones 67
 - 1.2.5. Modelo de Milán 74
 - 1.2.6. Modelo Narrativo 79
 - 1.2.7. Modelo Colaborativo 84
 - 1.2.8. Equipo Reflexivo 88

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

- 1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia..... 91
 - 1.1.1. Familia 1..... 92
 - 1.1.2. Familia 2..... 106

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con las dos familias.....	120
1.3. Análisis y discusión de un tema	
1.3.1. Uno más uno...son dos o ¿son tres?.....	123
1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como terapeuta y parte de los equipos terapéuticos.....	128
2. Habilidades de Investigación	
2.1. Investigación Cuantitativa.....	130
2.2. Investigación Cualitativa.....	131
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria	
3.1. Productos Tecnológicos	
3.1.1. Taller de Terapia de Pareja para estudiantes.....	132
3.1.2. Folleto de Violencia basada en Género.....	133
3.2. Programa de Intervención Comunitaria	
3.2.1. Amores que matan: ¿un paso ADELANTE o un paso ATRÁS?.....	134
3.3. Reporte de Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos	
3.3.1. Asistencia a “Nuevas Reflexiones sobre la Terapia Familiar”.....	136
3.3.2. Ponencia en el “V Congreso Nacional de Psicología-Guatemala”.....	138
4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional	
4.1. Discusión e Integración de las consideraciones éticas.....	140
IV. CONSIDERACIONES FINALES.....	144
1. Resumen de habilidades y competencias adquiridas	
2. Incidencia en el campo psicosocial	
3. Reflexión y análisis de la experiencia	
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, el profesional y en el campo de trabajo	
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
VI. ANEXOS	155

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1: Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	9
Esquema 2: Organigrama del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”	14
Esquema 3: Servicios que presta el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”	16
Esquema 4: Programas del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”	16
Esquema 5: Organigrama Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	19
Esquema 6: Familiograma de la Familia 1	94
Esquema 7: Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural de la Familia 1	96
Esquema 8: Esquema Dinámico-Estructural Final de la Familia 1	104
Esquema 9: Familiograma de la Familia 2	108
Esquema 10: Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural de la Familia 2	109
Esquema 11: Esquema Dinámico-Estructural Final de la Familia 2	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategias Básicas de Enfoque de Terapia Breve.....	64
Tabla 2: Trabajo Clínico realizado durante la Maestría.....	91
Tabla 3: Datos Generales de la Familia 1.....	92
Tabla 4: Número y Fecha de las sesiones de la Familia 1.....	93
Tabla 5: Calificación del desempeño de cada uno de los integrantes durante la Terapia Familiar.....	100
Tabla 6: Datos Generales de la Familia 2.....	106
Tabla 7: Número y Fecha de las sesiones de la Familia 2.....	107
Tabla 8: Evaluación comparativa de los principales sentimientos experimentados.....	115
Tabla 9: Evaluación comparativa del manejo de sus sentimientos y relaciones.....	115

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Análisis del Campo Psicosocial y su Problemática:

Desde tiempos remotos los seres humanos han tenido la necesidad de agruparse para satisfacer sus necesidades vitales y como resultado de esta agrupación surge la familia. La familia, como actualmente la conocemos, es el reflejo de un conjunto de cambios y ajustes que se han dado a través de los años, de una serie de transformaciones que indican que aunque la noción de familia sigue en pie, esta ha ido cambiando de acuerdo al tiempo y a la complejidad de la sociedad en la que se desenvuelve.

Sin lugar a dudas, actualmente es la familia la encargada de cubrir algunas de las necesidades básicas de los individuos, aunque en muchas ocasiones no sucede así. En cuanto a las necesidades y funciones que debe cumplir la familia, algunos autores como Minuchin (2003) opinan que es la encargada de satisfacer primordialmente dos objetivos: uno interno, que se refiere a la protección psicosocial de sus miembros y el otro externo que implica la acomodación a la cultura, transmitiendo sus premisas, y permitiendo la perpetuación de ésta, funcionando así como agente de socialización. De esta manera, la familia es la encargada de imprimir en sus miembros un sentido de identidad relacionado con la pertenencia a determinado grupo humano y un sentido de separación o individuación que amplíe la participación de los individuos en contextos extra familiares, lo cual es necesario para el crecimiento de sus miembros. Sólo la familia, la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para la educación de los hijos, quienes desarrollarán dentro de ésta raíces suficientemente fuertes para crecer y adaptarse.

Sin embargo, otros autores comentan que la familia puede ser el seno de fuertes contradicciones, pues tanto puede ser una unidad social que posibilita crecer a sus miembros, como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, violencia, etc. (Perrone y Nannini, 2000).

Con esto surge la duda, es la familia entonces, ¿un lugar de construcción o destrucción?, ¿de amor o desamor?, ¿de apoyo o desaliento?, ¿de unión o separación?, ¿de diálogo o confrontación? En la búsqueda de respuestas a estas interrogantes, nos topamos con el amplio mundo de la dicotomía en el que se mueven las familias, en su incansable búsqueda de mejores formas de vivir y convivir y en la lucha por tratar de adaptarse de distintas maneras a los cambios internos y externos que las acorralan.

A través de los años, la situación de las familias ha cambiado de forma veloz. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS (2004) primordialmente en Europa, el concepto de familia se está viendo limitado de gran manera a la pareja. Ya en los últimos años, muchas parejas han decidido no tener hijos por lo que ha aumentado significativamente el porcentaje de uniones y matrimonios sin hijos. Otro gran porcentaje de las familias europeas se ha conformando con uno o dos hijos, situación que ha complicado mucho la economía, pues la población juvenil ha ido descendiendo significativamente, lo que ha contribuido a que la fuerza de trabajo no pueda sostener a

la gran cantidad de adultos mayores que habitan en esos países; ya que en 1980 había 36 millones de niños más que de mayores, mientras que en el 2004 los mayores han superado ya a los menores de 14 años, siendo los 75,4 millones de mayores de 65 años, la sexta parte de la población. (Instituto de Política Familiar, 2006)

Otro fenómeno que ha incidido en el surgimiento de nuevas concepciones familiares es el homosexualismo ya que en la mayoría de países del primer mundo se están haciendo intensas campañas para la creación de leyes que permitan a parejas homosexuales contraer matrimonio (esto ya ha sido legislado en algunos países de Europa, algunos estados de Estados Unidos y México, etc.) Asimismo, existen esfuerzos por que la ley apruebe la adopción de niños por parte de estas parejas.

A nivel asiático, según la iglesia, los valores familiares de unidad, el respeto a las personas mayores y el papel de los padres han conocido un fuerte deterioro principalmente en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados de Asia, atribuyendo este cambio a la fuerte promoción de los valores occidentales a través de los medios de comunicación. Sin embargo, a pesar de la influencia que intentan ejercer algunos países, la situación familiar no ha variado mucho, excepto por algunos casos aislados. Las familias siguen estando conformadas con un mayor poder masculino, sobre las mujeres y los hijos. La figura femenina sigue siendo secundaria y no tiene mucho poder tanto fuera como dentro de la familia. A pesar de que las diferencias de género son una situación que se presenta a nivel mundial en este tipo de países la jerarquía se hace aún más evidente, así como en muchos otros países musulmanes y latinoamericanos.

Por otro lado y de forma general, se puede decir que la familia latinoamericana -idealmente- está caracterizada por un matrimonio monógamo, una valoración de la pareja, un reducido número de hijos y una clara repartición de roles en el seno de la pareja y la familia. Sin embargo, existen grandes diferencias entre países y clases sociales. Las familias de clase social alta y media están tomando los parámetros de las familias europeas, disminuyendo cada vez más el número de hijos promedio por familia. Sin embargo, las familias pobres y extremadamente pobres continúan en las mismas condiciones que hace muchos años, siguen teniendo una gran cantidad de hijos, los cuales son vistos como una fuerza laboral. Es muy común encontrar familias muy extensas (entre 6 y 8 hijos) y varias familias que viven unidas bajo un mismo techo debido a la situación económica tan complicada que atraviesan.

Además de estos cambios, la familia está enfrentando una serie de problemáticas que complican su mantenimiento. Según la OMS (2004) en las familias pobres y extremadamente pobres los problemas principales se han desencadenado en las áreas de pobreza, salud y educación. Existen en estas familias una infinidad de problemas derivados de la marginación, la falta de educación y el acceso limitado a los servicios de salud. No puede haber personas sanas en la pobreza, y este contexto económico en el que sobreviven millones de personas ha nivel mundial ha tenido como saldo un mayor deterioro de sus condiciones de vida.

Hasta el momento podemos comprender entonces que la concepción tradicional de familia ya no es tan útil como solía serlo pues la realidad nacional y mundial ha ido evolucionando a pasos agigantados. Muchos estudiosos de la familia (antropólogos,

psicólogos, sociólogos) consideran que la familia contemporánea se ha encogido, e incluso replegado sobre la pareja, por lo que ya no logra asegurar las funciones de asistencia de la que se encargaba en otros tiempos e incluso, las funciones que aún conserva, como la socialización de los hijos, son generalmente compartidas con otras instituciones.

Muchas de las funciones que desempeñaba la familia se han visto modificadas en mayor o menor medida en un período relativamente corto, lo cual está relacionado con las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad. El desarrollo del sector de los servicios, los avances tecnológicos y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado, han llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban antes al interior de las familias.

En muchos países incluso, la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles, pues 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 las funciones al interior del hogar, para reasignar o modificar roles y las relaciones entre los géneros.

Las familias han tenido que absorber costos económicos y sociales y todas estas transformaciones se han manifestado en su estructura, el ciclo de vida y la composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares que permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo regulador de los procesos sociales (Moctezuma y Desatnik, 2001).

No sólo por la situación económica y de género, sino también por las crecientes demandas laborales y el increíble aumento de los estresores a los que se ven expuestas las familias de todo el mundo, han aumentado el nivel de problemáticas sociales y familiares, entre las principales se encuentran:

- Desintegración Familiar (separaciones, divorcios o ruptura de vínculos)
- Problema de pareja (comunicación, violencia, intimidad, roles)
- Violencia basada en Género y Violencia Intrafamiliar
- Problemas de conducta de los niños
- Deserción escolar o problemas escolares
- Abuso Sexual
- Drogadicción
- Alcoholismo
- Delincuencia
- Pandillas o Maras
- Otros

Guatemala, mi país de origen, no es la excepción, la familia guatemalteca se ve constantemente expuesta a una serie de problemáticas que amenazan con su destrucción, muestra de esto es lo que comenta Otto Arenas, director del Bufete Popular de la Facultad de Derecho de la Universidad San Carlos de Guatemala, al explicar que en el primer trimestre del 2006 se han recibido más del doble de casos de divorcio de los que se atendieron en 2005 (Prensa Libre, 2007).

En promedio, cinco mil divorcios ocurren anualmente desde el 2000. Y en 1999, Guatemala ocupaba el tercer lugar, a escala mundial, en las cifras de divorcios. (Prensa Libre, 2007) Lo alarmante de la situación, no son las cifras en sí, es que detrás de éstas existen una serie de problemas sociales y familiares, que vuelven compleja la situación familiar.

Según las organizaciones que luchan por los derechos de las mujeres en Guatemala, las cifras de divorcios están íntimamente relacionadas con un alto índice de violencia intrafamiliar, violencia de género, maltrato e infidelidad. Otra de las razones importantes son las adicciones, principalmente el alcoholismo.

Referirse a la violencia de género, es referirse a los niveles de tolerancia que existen en Guatemala, respecto de las violaciones de derechos humanos que les suceden a las mujeres. De tal manera, que existen altos niveles de violencia conyugal, violación sexual, acoso, maltrato, incesto, violencia familiar, amenazas de muerte, desapariciones o secuestros de mujeres, entre otros. En este sentido, el Organismo Judicial reconoció que los delitos sexuales contra mujeres alcanzaron el 11% de los hechos delictivos de mayor ocurrencia, con un promedio de dos, cada tres días y que la prostitución infantil aumentó un 2% en relación con años anteriores (Grupo de Apoyo Mutuo, 2001)

La Fiscalía de la Mujer (2000) del Ministerio Público denunció que solamente en el Departamento de Guatemala, se presentaron 5029 denuncias de violencia intrafamiliar a mujeres y niñas y 949 violaciones sexuales. Cifras similares a las recibidas en 1999 por la Defensoría de los Derechos de la Mujer de la Procuraduría de los Derechos Humanos, quien recibió 5,000 denuncias por violencia contra las mujeres, de las cuales 3,484 fueron por violencia intrafamiliar (Centro de Estudios, Información y Bases para la Acción [CEIBOS], 2000). Asimismo, informaciones de prensa dan cuenta de que un 60% de los homicidios de mujeres, son resultado de la violencia doméstica. (Siglo Veintiuno, 2001)

A pesar de los esfuerzos realizados por las organizaciones de mujeres y el Ministerio de Salud Pública, la violencia de género y la violencia intrafamiliar siguen siendo grandes flagelos que afectan a las familias guatemaltecas (Ver ANEXO 1). Según datos del Ministerio de Salud, el alcoholismo es el primer problema social en Guatemala, seguido de la violencia. Por su parte, el alcoholismo es causante de una infinidad de problemáticas familiares y es a su vez una de las causas principales de separación o divorcio. En un estudio realizado por Secretaría de la Comisión contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas de la Vicepresidencia de la República-SECCATID (2002) se encontró que el 52% de niños en edad escolar (12.5-13.5 años) había bebido alcohol una o más veces en su vida; 37% había tenido problemas a causa de esto y el 50% indicaron tener parientes adictos. Según este estudio las causas que empujan a los adolescentes al consumo de drogas o alcohol son los problemas de adicción de los padres o hermanos y las malas relaciones familiares.

Otros factores que han incidido en los niveles de desintegración familiar tan altos que se dan en Guatemala son la inmigración y el conflicto armado. Las cifras extraoficiales señalan que son más de 1.5 millones los guatemaltecos que han emigrado hacia Estados Unidos en busca de un mejor futuro. Muchos por la situación

socio-económica del país, pero a partir de la década de los setenta miles de inmigrantes guatemaltecos se fueron a EEUU para escapar del conflicto armado, huyeron de los campos minados, las masacres y la persecución, temían ser los próximos en las listas de desaparecidos. Se fueron obligados por el clima de terror y violencia, así como para proteger a su familia del hambre y la pobreza.

El conflicto armado obligó a muchos a emigrar, sin embargo, de los que permanecieron fueron muchas las familias que se vieron afectadas por el conflicto pues según el Informe “*Guatemala: Nunca más*” se registraron 422 masacres y existen más de 55 mil casos de violaciones a los derechos humanos, entre secuestros y desapariciones. (Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala [ODHAG], 1998)

Además existen mil 465 hechos de agresión sexual que fueron denunciados, de los cuales el 35% de las víctimas fueron ejecutadas después de haber sido agredidas sexualmente, dejando a muchas familias sin madre o con una madre dañada física, psicológica y emocionalmente. Según la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, por si todo lo anterior fuere poco, 160 mil personas fueron asesinadas, familias enteras murieron y muchas quedaron sin padre, madre, hermanos(as), etc. Incluso se encuentran muchas personas como sobrevivientes únicos de su familia, personas que fueron víctimas presenciales de la masacre de sus familiares.

Estas problemáticas sociales de Guatemala definitivamente son factores importantes que tomar en cuenta en cuanto a Salud Mental y Familia se refieren, ya que son situaciones particulares que han afectado e influido de manera directa en la estructura y dinámica de las familias guatemaltecas.

Sin embargo, Guatemala es un país como muchos otros en los que los problemas sociales y familiares se ven ya reflejados en números. A nivel mundial, se estima que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales, neurológicos y problemas psicosociales, como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. Incluso la OMS reconoce que una persona de cada cuatro se verá afectada por un trastorno mental en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Además, la violencia es una de las razones principales de los problemas de salud mundial como: problemas de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, problemas de sueño y apetito, etc. La violencia es también la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 44 años. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002)

Encuestas efectuadas en 48 países alrededor del mundo indican que entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. Y entre el 40% y 70% de los asesinatos de mujeres, las víctimas fueron muertas por su esposo o novio, a menudo en el contexto de una relación de maltrato constante (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

Los costos de todos estos problemas son cada vez más altos, pues desde la década de los 50's, se ha hecho evidente que pocos individuos son los que se benefician de los servicios psicológicos tradicionales, pues la consulta es muy cara y no ha sido pensada para las personas de bajos recursos que requieren de ayuda. La demanda es cada vez mayor y los psicólogos que trabajan de manera individual no se dan abasto para atender tales demandas. Por lo mismo, muchas de estas personas sufren en silencio; muchas sufren solas; muchas nunca reciben tratamiento alguno y en muchas ocasiones la terapia llega tarde y no hace mucho por prevenir la ocurrencia de los problemas psicológicos.

Es por esto que en los últimos años, ha surgido una fuerte preocupación por los problemas de la familia. Esta preocupación se corresponde con la creciente sensibilidad social ante la necesidad de proteger a la familia y los entornos de la vida familiar, de modo que la política familiar ha pasado a ser entendida como una prioridad social y pública.

Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de los problemas. Según el Instituto de Política Familiar (2006) las propias familias demandan insistentemente que se les ayude, a la familia y a cada uno de sus miembros, para que puedan consolidar su unidad, estabilidad y su insustituible función social, esencial para el desarrollo equilibrado del ser humano y para la transmisión de los valores éticos, culturales y sociales.

Es por todo lo anterior que la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se vislumbra como una de las posibles alternativas para contribuir en la resolución de las problemáticas familiares y sociales, teniendo como núcleo de atención a la familia y otorgando a la vez la posibilidad de contribuir en la elaboración de programas de desarrollo social en los que se necesita la participación de profesionales especializados en la atención de familias y grupos en los niveles de prevención, intervención y/o rehabilitación

Pero ¿qué es la terapia familiar? ¿de dónde surge? ¿cómo contribuye? ¿en qué se diferencia de otras terapias? Estas son algunas de las preguntas que buscaré ir respondiendo a lo largo del trabajo.

Luego de analizar los escenarios donde realizamos nuestro trabajo clínico, describiré algunas de las principales teorías y corrientes que contribuyeron a la formación de la terapia familiar sistémica y posmoderna. Una vez comprendido de dónde surgen, hablaré sobre lo que es la terapia familiar sistémica. Después, se conceptualizarán algunas de las escuelas y enfoques principales dentro de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

Haré además un recorrido por las principales competencias adquiridas durante la Maestría y finalmente concluiré analizando el futuro de la terapia familiar, tratando de distinguir algunos de los retos principales a los que se enfrentarán los terapeutas sistémicos.

1. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México se constituye como tal en 1973 y es a partir de esta fecha que se modifican los proyectos de estudio y se impulsa un nuevo currículo que unifique los aspectos teóricos con los prácticos.

En 1977 siendo directora de la Facultad la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollan iniciativas para la creación de Centros de Atención a la Comunidad; inicialmente surgieron convenios con el Centro de Psicología Humana, Instituto de Psiquiatría, Centros de Integración Juvenil y Departamento de Integración Familiar. El objetivo de estos centros era establecer un contacto más estrecho con la comunidad y dar servicio en las áreas de: educación, clínica, social y rehabilitación. Nacen entonces dos centros de servicio a la comunidad dependientes exclusivamente de la Facultad:

- El Centro de Servicios Comunitarios coordinado por el Dr. Julián Mc Gregor, donde los estudiantes de la Facultad de Psicología realizan su servicio social.
- El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, que ofrece servicio tanto a los estudiantes como a su familia nuclear, es un centro donde se desarrolla la docencia y la investigación a nivel de estudios superiores.

Actualmente la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con la Coordinación de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Esta Coordinación desarrolla acciones vinculadas con las funciones sustantivas de docencia, investigación y servicio, primordialmente con aquellos responsables de prestar servicios de atención comunitaria, a través de diversos Centros y Programas. Es de ella de quien dependen los centros mencionados anteriormente, los cuales junto con el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro constituyen los escenarios en donde se realiza el trabajo clínico de la Residencia en Terapia Familiar.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

Este centro surge al principio adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquiere su autonomía en 1983.

Antecedentes:

El Dr. Guillermo Dávila, es reconocido por ser uno de los pioneros en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en México. Se entrenó con Erich Fromm desde el enfoque psicoanalítico. Trabajó en el Manicomio General, en el Tribunal para menores, en el Departamento de Prevención Social y fue Profesor de las facultades de Filosofía y Letras (en la Licenciatura de Psicología) en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Una contribución importante del Dr. Dávila fue el establecimiento de una oficina para proporcionar servicios de salud mental dentro del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública y fue uno de los fundadores de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en 1950. La contribución del Dr. Dávila a la psiquiatría y psicología fue amplia, como maestro, investigador, asesor, fundador del Instituto Mexicano del Seguro Social, fundador de la Sociedad Interamericana de Psicología. El Dr. Dávila muere el 3 de Agosto de 1968 (Colotla y Urra, 2006)

En honor al Dr. Dávila nace en 1981 el Centro de Servicios Psicológicos-CSP que se forma como proyecto a partir del trabajo realizado por el Dr. Lichtszajn, la Lic. Benavides y la visita a la Universidad de Austin, Texas, para conocer el funcionamiento del Centro en esa universidad. El proyecto en ese momento tenía los siguientes puntos:

1. Se elaboró por escrito la estructura y las funciones del CSP.
2. Se invito a los maestros de estudios superiores a participar y colaborar con el CSP, a fin de que pudieran vincular el trabajo docente con una actividad práctica terapéutica.
3. Se creó un seminario de entrenamiento terapéutico con el personal asignado.

Ubicación:

El Centro de Servicios Psicológicos queda ubicado en el nuevo edificio destinado a la División de Estudios de Posgrado, en el sótano del Edificio "D" de la Facultad de Psicología.

El proyecto original del CSP fue que surgiera como un plan piloto dirigido a la población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear, más adelante el servicios se amplió para toda la población universitaria y a la comunidad en general.

Objetivos:

Los **objetivos** desde su creación fueron los siguientes:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica.
- Desarrollar programas de investigación.
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

Funciones:

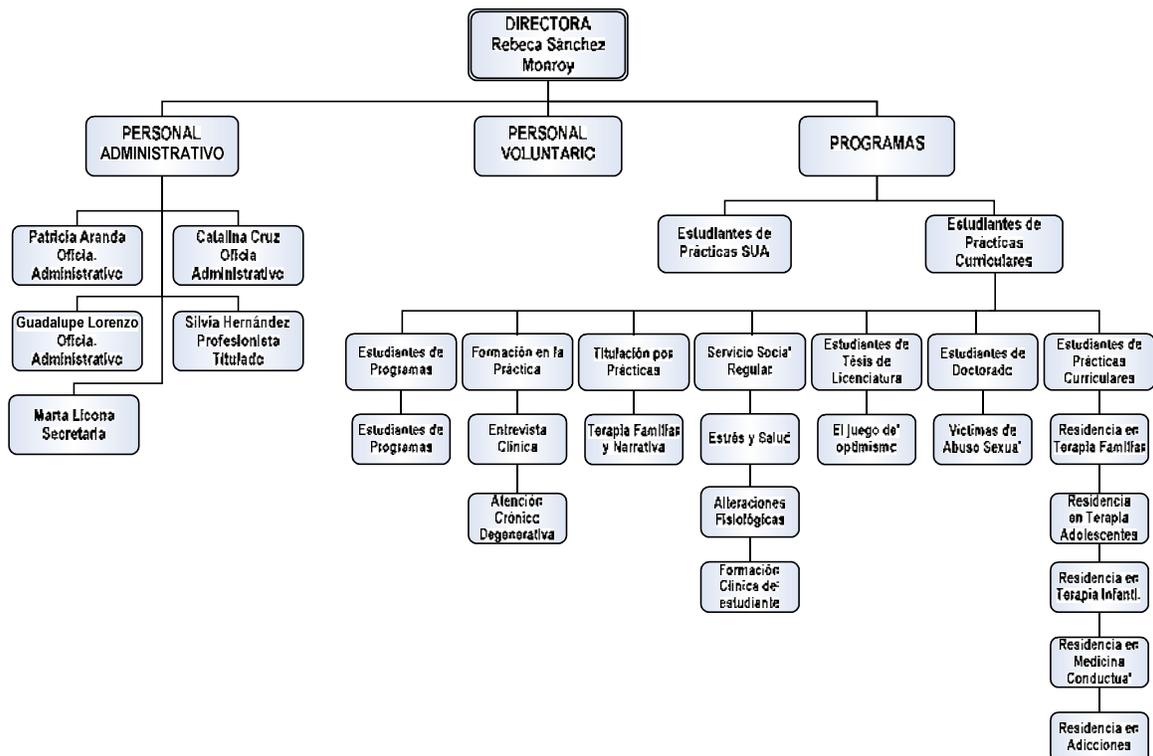
Las funciones del Centro de Servicios Psicológicos son:

- Dar orientación y terapia para los estudiantes de estudios profesionales de la Facultad de Psicología y en caso necesario también para su familia.
- Entrenamiento y supervisión a estudiantes avanzados de posgrado.
- Trabajos de investigación en coordinación con el programa de la Maestría y doctorado de Psicología Clínica.
- Docencia. Materias teórico-prácticas de las distintas áreas de Estudios Superiores.

Organigrama:

Actualmente, se encuentra en la Jefatura Rebeca Sánchez Monroy, la cual cuenta con diferente tipo de personal bajo su cargo. En primer lugar, personal administrativo, quien realiza funciones como recepción y secretaria. En segundo lugar cuenta con personal voluntario. Y finalmente, tiene bajo su cargo un gran número de docentes y estudiantes, los cuales llevan a cabo los múltiples programas con los cuales cuenta el Centro. Entre ellos están los que llevan a cabo estudiantes de Servicio Social, de Licenciatura, Maestría y Doctorado, como se puede ver en el esquema 1.

Esquema 1
Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"



Fuente: Documento de Circulación Interna

Descripción del Centro:

El CSP cuenta con 12 cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, 4 salas de observación con el sistema de Cámara de Gesell, sala de juntas, archivo de expedientes, oficina de la coordinadora, oficina de la secretaria, sala de espera, recepción, cocina, baño y cuarto de mantenimiento.

Las cámaras de Gesell que se utilizan para la Residencia en Terapia Familiar actualmente cuentan con sistema de audio, pantalla plana y 4 cámaras para captación de video.

Servicios Prestados:

El centro es la sede de las Residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología por lo que alumnos de las distintas residencias prestan sus servicios como lo son:

- Terapia Familiar
- Terapia del Adolescente
- Terapia Infantil
- Medicina Conductual y
- Adicciones

Además el Centro cuenta con otros servicios y programas como los son:

- Tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas
- Programa de Terapia Conductual Infantil
- Apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias
- Programa de movilización y empoderamiento comunitario para la prevención universal de comportamientos adictivos
- El juego del optimismo
- Psicoterapia vía Internet
- Otros.

Forma de trabajo:

Admisión:

1. En un primer momento las personas que solicitan la atención deben llenar una solicitud en la cual se exploran aspectos como sus datos generales, ocupación, composición familiar, nivel socioeconómico, la exposición de la persona sobre su motivo de consulta y una autoevaluación sobre su funcionamiento y satisfacción en áreas como la afectiva, laboral, física y sexual, entre otras.
2. Posteriormente alguno de los residentes que prestan sus servicios en el centro realiza una preconsulta de costo mínimo. En dicha entrevista se explora con mayor profundidad el motivo de consulta del paciente y la historia de su padecimiento, la organización familiar y el historial médico, farmacológico y psicoterapéutico.

3. El siguiente paso es hacer una selección en función a la gravedad o urgencia de las demandas, para determinar a dónde será referido el paciente. La clasificación obedece a si el servicio puede ser brindado por el centro o no. En caso contrario se hace una canalización a alguna institución con las que el centro esté vinculado. En toda canalización se expide un formato que requiere ser contestado con una contrareferencia, lo que permite el posterior seguimiento.
4. Con aquellas solicitudes que pueden ser atendidas con los servicios del centro se realiza una clasificación por edades, en infantil, adolescentes y adultos. Cabe aclarar que el centro no cuenta con alguna especialidad geriátrica, por lo que este sector no es incluido.
5. Finalmente, los casos son canalizadas internamente hacia la residencia o programa correspondiente, se realiza la apertura de su expediente y el enlace del terapeuta con sus pacientes.
6. Entran en una lista de espera aquellas solicitudes que pueden ser atendidas por el centro, más que en función a la demanda tendrá que esperar más tiempo.

Preconsulta:

Las personas que desean recibir atención en el CSP deben acudir por las mañanas o las tardes, a las 8:30 a.m. o a las 4 p.m. Se presentarán al módulo de atención con las recepcionistas quienes les informaran los pasos a seguir. Los solicitantes deben presentar una identificación oficial y llenar una solicitud de servicio. Asimismo, deberán leer el formato que indica la manera de trabajar en la clínica: filmación, equipo terapéutico, cámara de Gesell. Ellos firman o no su acuerdo con dicho formato. Una vez hecho esto, los solicitantes lo entregan a las recepcionistas, éstas pasan dichos documentos a quienes harán la preconsulta (pasantes de la licenciatura de psicología o psicólogos titulados, residentes de alguna de las maestrías que la facultad de Psicología ofrece). Los solicitantes podrán estar en la sala de espera, hasta que se les llame a preconsulta. Los pasantes o psicólogos que hacen la preconsulta van llamando uno a uno a los solicitantes, pasan a un cubículo y ahí se lleva a cabo la entrevista, donde se conocerá el motivo por el que el solicitante busca la ayuda. Asimismo, con el formato que el solicitante llenó, se irán verificando, aclarando y/o ampliando los datos por él o ella brindados. Si la atención que se busca es para un menor de edad, éste o ésta deben acudir con su padre, madre o tutor. Esta preconsulta tiene una duración de 30 a 40 minutos donde se pretende tener una visión de la problemática por la que acude el solicitante así como cual de los servicios que ofrece la clínica es el conveniente para él, ella o ellos.

Una vez terminada la entrevista, se le informa al solicitante que debe esperar aproximadamente 15 días para que le llamen al teléfono que haya indicado para recibir recados, y le asignen cita (día, hora y tipo de servicio). Asimismo, se les comenta que si no reciben la llamada, se comuniquen, den el número de expediente (se les da un papel con el número) y pregunten por su cita. Se acompaña al solicitante de regreso a la sala de espera y se le despide. La información recabada, resumida, se entrega a las recepcionistas (quienes atendieron ya al paciente, en su primer acercamiento a la atención), con la anotación del servicio que el entrevistador sugiere (terapia de adolescentes, terapia familiar, terapia conductual, etc.)

Terapia Familiar:

Una vez que la familia es referida a la Residencia, se le asigna un terapeuta. El encargado establece contacto telefónico con la familia y acuerdan día y hora para la primera entrevista.

Durante la primera entrevista se le da a las familias el encuadre de nuestra forma de trabajo, comentándoles de la videograbación de las sesiones, interfón, cámara de Gesell y equipo terapéutico detrás del espejo.

El equipo terapéutico que atiende a las distintas familias está conformado por terapeuta o co-terapeutas (principalmente en los primeros semestres) y detrás del espejo el supervisor y el resto de los compañeros. Las sesiones en general tienen la siguiente estructura:

- **Pre-sesión:** aproximadamente 10 minutos que se utilizaban para resumir lo que había sucedido en la sesión anterior y presentar y planificar la sesión actual.
- **Sesión:** aproximadamente 40 minutos en que el terapeuta trabaja con la familia, durante este tiempo el equipo terapéutico o supervisor puede comunicarse con el terapeuta a través del interfón para enviar mensajes, intervenciones o comentarios.
- **Inter-sesión:** dura aproximadamente 10 minutos y se utiliza para compartir con el terapeuta cualquier aspecto visto por el supervisor o equipo durante la sesión y para planear el cierre.
- **Cierre:** dura aproximadamente 10 minutos en los cuales se hace el cierre de la sesión, en muchas ocasiones se utiliza alguna intervención final o se dejan tareas.
- **Post-sesión:** aproximadamente 10 minutos en los que se discute el caso, se comparten impresiones y se habla de lo que podría hacerse en la siguiente sesión.

El cierre del tratamiento puede darse por parte de los pacientes caso en el cual es considerado como una baja o por el equipo terapéutico cuando se considera junto con la familia que los objetivos iniciales de tratamiento han sido cubiertos y no hay nada más en lo que se considere necesario trabajar, de esta forma el caso es considerado una alta.

CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR SÁNCHEZ Y NAVARRO”

Este Centro depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes:

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de la realización de una investigación en la Colonia Ruíz Cortines, impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, dando pie a su fundación, en mayo de 1981,

con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”. Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. Mac Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como un reconocimiento a la labor que desarrolló en él, desde su fundación hasta su muerte.

Ubicación:

El Centro se ubica en la calle Tecacalo, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortines de la Delegación Coyoacán. La zona donde se ubica abarca las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruíz Cortines, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo. Dichas colonias fueron formadas en los años 50's, principalmente con grupos de emigrantes llegados de otros Estados o incluso de otras zonas del Distrito Federal.

Objetivos:

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”, tiene como objetivos principales:

- Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la Psicología, así como en los distintos niveles de formación (licenciatura, posgrado, especialización, etc.); mediante su incorporación en los programas y actividades del Centro, bajo la supervisión de profesoras/es del área de competencia.
- Proporcionar apoyo a la comunidad mediante la creación de programas preventivos y de intervención, en las distintas áreas de la psicología; tomando en cuenta las principales problemáticas y el nivel de incidencia, que se presentan en dicha comunidad.

Funciones:

De los objetivos anteriores se desprenden las funciones que son:

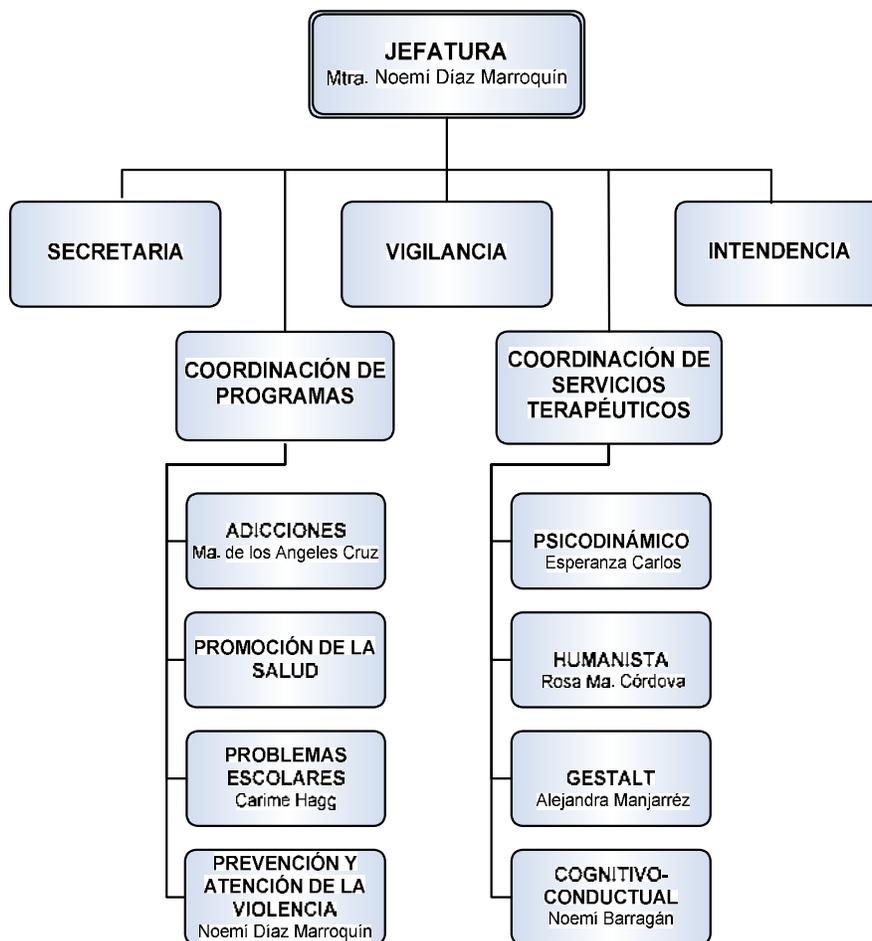
- Proporcionar a los alumnos un escenario real para el desarrollo de sus habilidades profesionales a través de la formación en el servicio comunitario y de esta manera contribuir a su profesionalización.
- Promover permanente y constantemente los programas y actividades que en el Centro se realizan entre los profesores y el estudiantado, quienes tienen la oportunidad de insertarse en ellos, para llevar a cabo sus prácticas, servicio social, tesis o formación en la práctica.
- Proporcionar servicios tanto a nivel preventivo como de intervención, a los diferentes grupos de la comunidad de la zona principalmente.

- Mantener relación estrecha con la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, así como con los distintos centros y programas.
- Establecer contacto e interacción con asociaciones, grupos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de potenciar los programas del Centro.

Organigrama:

Actualmente el Centro Comunitario se encuentra a cargo de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín, quien es la responsable de la administración, supervisión y coordinación de todo el lugar. Cuenta con personal de apoyo administrativo a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia. Por cada uno de los Programas y Servicios Terapéuticos (de acuerdo al enfoque psicológico), que se llevan a cabo, existe un docente, que funge como Coordinador. A continuación se puede observar en el esquema 2 el organigrama del Centro Comunitario.

Esquema 2
Organigrama del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”



Fuente: Documento de Circulación Interna

La secretaria del Centro es quien se encarga de proporcionar información general acerca de las actividades que se realizan. Asimismo, lleva el registro en una lista de espera, de las personas que vía telefónica o personalmente acuden a solicitar el servicio y se encarga además de la recepción de los pacientes que acuden a consulta o a los distintos eventos.

Esta lista de espera está a disposición de los practicantes, con el fin de que seleccionen a los pacientes a quienes les otorgarán el servicio, de acuerdo a su demanda. Es a ella a quien se le entregan también los reportes mensuales de ingresos derivados de las cuotas de los usuarios. El resto del personal administrativo, realiza las labores de vigilancia e intendencia correspondientes.

Descripción del Centro:

Actualmente el Centro Comunitario, cuenta con diversos espacios para llevar a cabo las múltiples actividades que en él se desarrollan. En la planta baja se encuentra el área de recepción, los baños para uso de los pacientes y uno de los accesos al patio. En el sótano se localizan dos cámaras de Gesell, (una de ellas equipada con equipo de audio), un salón de usos múltiples, una sala de lectura y dos cubículos. El primer piso está conformado por la sala de cómputo, cinco cubículos, la sala de juntas, una pequeña área de espera y la oficina de la responsable del centro. Uno de los cubículos cuenta con un sistema de circuito cerrado de televisión, que se enlaza con la sala de juntas. Finalmente en el segundo piso se encuentran la cocina y los sanitarios para uso del personal.

Servicios Prestados:

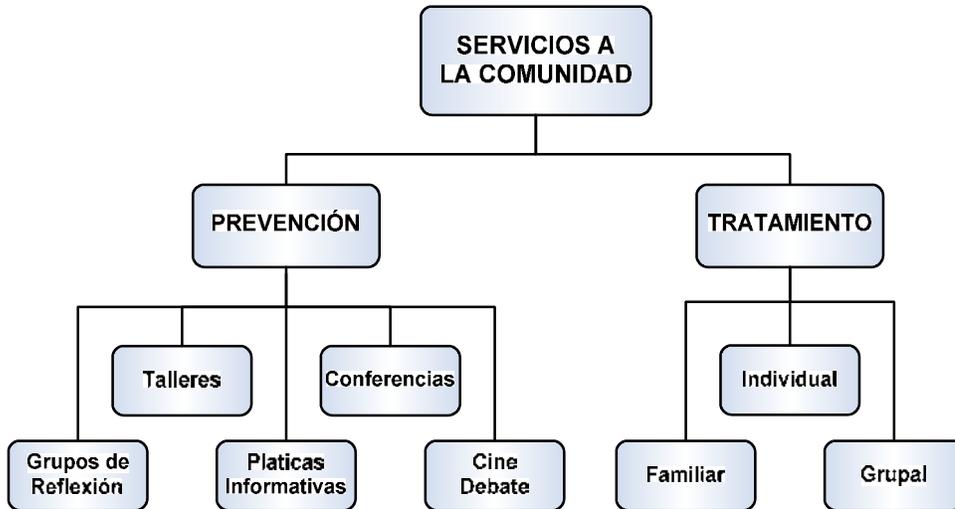
En el Centro se otorgan diferentes servicios psicológicos a la comunidad, a través de diversos programas y actividades dirigidos a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad.

A nivel preventivo, son diversas las acciones que se realizan como son las pláticas informativas, conferencias, ciclos de cine debate, talleres, y grupos de reflexión, como puede observarse en el esquema 3. La organización de éstas consta de los siguientes pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acordar fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma.

En el nivel de tratamiento, como se observa en el esquema 3, el servicio terapéutico que se proporciona puede ser a nivel individual, familiar o grupal. Los enfoques psicológicos que se manejan para otorgar el servicio son Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual, Psicodinámico y Sistémico. Este está a cargo de los maestros y alumnos que prestan su servicio en el lugar, quienes son los encargados de hacer contacto con los pacientes de la lista de espera, concertar una primera cita y posteriormente hacerse cargo del caso.

A continuación se presenta el esquema que ejemplifica los servicios que presta el Centro a la comunidad:

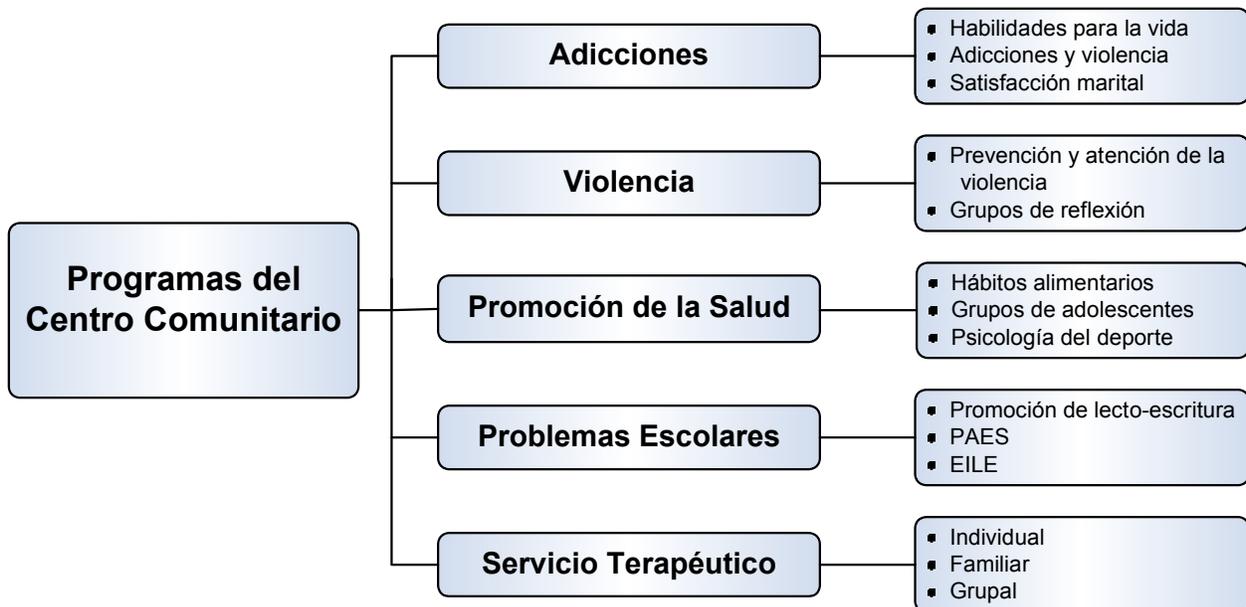
Esquema 3
Servicios que presta el Centro Comunitario
“Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”



Fuente: Documento de Circulación Interna

El Centro presta sus servicios a través de los distintos programas con los que cuenta, los cuales se describen a continuación en el esquema 4.

Esquema 4
Programas del Centro Comunitario
“Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”



Fuente: Documento de Circulación Interna

Forma de Trabajo:

Los Coordinadores de los Programas y Servicios Terapéuticos funcionan como supervisores del alumnado que acude al Centro para llevar a cabo sus prácticas. Son los responsables de las actividades que éstos llevan a cabo, siguiendo el procedimiento que se describió anteriormente.

Los usuarios que acuden al Centro son, principalmente, personas de las colonias cercanas que llegan con diversas problemáticas siendo el principal motivo de consulta los problemas familiares o de pareja, seguido por problemas de conducta de los hijos. Otros motivos de consulta importantes son: problemas de aprendizaje o problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, autoestima, etc.

Una vez que llegan los pacientes pasan a la lista de espera, que es otorgada a los terapeutas quienes posteriormente los contactan telefónicamente para concertar la primera cita. Los pacientes fueron elegidos por los propios terapeutas, en los horarios acordados por ellos mismos. La dinámica desarrollada para cada sesión fue básicamente la misma que en el Centro Comunitario "Dr. Guillermo Dávila"; la diferencia radicó en el número de participantes que conformaban el equipo terapéutico, habitualmente 10 personas en el Centro G. Dávila y aproximadamente 4 o 5 personas en el Centro Julián Mac Gregor.

Durante el primer semestre acudiendo al Centro, los terapeutas trabajamos en co-terapia. Más adelante, tuvimos la oportunidad de ver casos en forma individual, contando siempre con el apoyo del equipo y la supervisora detrás del espejo. Fue una experiencia muy enriquecedora.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

Antecedentes:

El 24 de octubre de 1965 es inaugurado el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para ofrecer atención a la población infantil y adolescente. En 1967 son inaugurados el 9 de mayo y el 28 de septiembre el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno".

El 6 de Agosto de 1997, en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación, se crea el Órgano Desconcentrado denominado Coordinación de Salud Mental, cuyas atribuciones y competencias específicas se señalaron en el artículo 32 del citado ordenamiento. Entre las funciones que se le señalaban, contemplaban la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal.

En Septiembre del 2000, se reestructura la Coordinación de Salud Mental, cambiando la denominación a la de Servicios de Salud Mental, con nivel jerárquico de Dirección General, del cual dependen tres hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y tres Centros Comunitarios de Salud Mental “Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”, los que dependían entonces de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial.

El hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” fue fundado debido a la necesidad de crear una institución especializada en la atención a niños con problemas de salud mental.

Ubicación:

El Hospital Psiquiátrico se encuentra ubicado en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan.

El Hospital forma parte de un órgano desconcentrado denominado Servicios de Atención Psiquiátrica.

Objetivo:

- Contar con una institución especializada en la atención a niños con problemas de salud mental.

Funciones:

Las funciones del órgano Servicios de Atención Psiquiátrica, del cual forma parte el hospital, son:

- Formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental.
- Coordinar operativa y administrativamente a tres Hospitales Psiquiátricos especializados “Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y tres Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal “Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”.

Organigrama:

En el siguiente esquema podemos observar el organigrama actual del Hospital Psiquiátrico Infantil.

Esquema 5
Organigrama Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



Fuente: Documento de Circulación Interna

Descripción:

Respecto a la infraestructura, el Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con: 120 camas, tres consultorios de urgencias, 19 consultorios, tres equipos de radiología, tres unidades dentales, dos aulas para talleres, dos aulas, dos áreas de rehabilitación y una Cámara de Gesell. Su personal consta de: 45 psiquiatras, 7 médicos generales, 6 especialistas, 19 odontólogos, 122 enfermeras, 53 psicólogos, 12 trabajadores sociales, 23 terapeutas, 3 dietistas y 3 técnicos de laboratorio.

Servicios que presta:

El Hospital básicamente presta servicios de atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

El Hospital ha evolucionado en su modelo de atención para dar solución a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia, con un modelo multidisciplinario, tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo. Cuenta con cinco áreas fundamentales: hospitalización continua, hospitalización parcial, consulta externa, psiquiatría comunitaria -que ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital- y enseñanza, que apoya la

formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.

Cuenta con atención en dos modalidades:

a) Consulta no urgente:

- Problemas del aprendizaje escolar.
- Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.
- Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).

b) Atención urgente:

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente (días).
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Inquietud y agresividad incontrolable.
- Fallas graves de conducta que no puedan ser controladas con la intervención de la familia.

En los últimos años se ha modernizado la atención, fomentado intervenciones multidisciplinarias que incluyen los servicios de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Servicios Médicos, Diagnósticos, Terapéuticos y de Rehabilitación. Se han integrado equipos de trabajo enfocados a actividades por psicopatología y etapas de desarrollo a través de clínicas. El especialista de primer contacto es el Paidopsiquiatra, quien coordina el equipo, siendo responsable de la atención integral del usuario.

Los equipos multidisciplinarios realizan las siguientes actividades:

- **Psicología:** realizan psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal, así como apoyos a padres de nuestros usuarios con pláticas de información, orientación en grupo o individual.
- **Enfermería:** sus funciones están encaminadas a satisfacer las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden a los diferentes servicios del Hospital.
- **Trabajo Social:** está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y adolescencia, orientados a la prevención, al fomento de la salud y la rehabilitación de éstos.
- **Rehabilitación Psicosocial:** proporciona a los usuarios del Hospital la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, a través de un equipo integrado por profesionales especializados en diferentes áreas como: Psicomotricidad, Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Socialización, Orientación Familiar, **Terapia Familiar**, Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ambiental, Terapia del Lenguaje y Psicopedagogía.

- **Talleres:** en la actualidad se cuenta con seis: Expresión Corporal, Pintura, Educación Física, Corte, Fútbol, Orientación y Estimulación Educativa.

La **Consulta Externa** se realiza de lunes a viernes, de las 7 a las 14 horas. Está constituida por los siguientes servicios:

- Clínica del Desarrollo
- Clínica de las Emociones
- Clínica de los Trastornos de la Conducta
- Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual)
- Clínica de Sueño
- Clínica de la Adolescencia
- Psiquiatría Legal
- Hospital de Día

Los servicios de Urgencias y de Hospitalización Continua atienden las 24 horas en todos los días del año. Además se cuenta con dos unidades especializadas:

- Paidea.
- Unidad de Adolescentes para varones y mujeres.

El Hospital también cuenta con diversos Servicios Clínicos de Apoyo:

- Neuropediatría
- Pediatría
- Dental
- Medicina Física y Rehabilitación
- Genética
- Laboratorio Clínico
- Rayos "X"
- Electroencefalografía
- Psiquiatría Comunitaria

Forma de Trabajo:

Solicitud de Servicio:

Entre los requisitos para solicitar el servicio se encuentran:

- Acudir por voluntad propia.
- Acudir con un adulto responsable del menor (preferentemente padres o representante legal).
- Presentar documento de referencia de alguna institución y copias del acta de nacimiento, de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal y de un comprobante de domicilio.
- Ser población no derechohabiente.

Al presentar la solicitud los interesados en el servicio son entrevistados y se abre un expediente. Dependiendo del problema se asigna el caso a una de las áreas de tratamiento.

Terapia Familiar:

Los expedientes son referidos a los Residentes de Terapia Familiar, éstos son revisados y posteriormente se contacta a la persona interesada asignándole fecha y día para la primera entrevista. Al llegar la familia se les asigna a uno de los terapeutas familiares que se encuentran en ese momento.

La familia es atendida por un terapeuta familiar, generalmente en el jardín del psiquiátrico o en un cubículo, si hay disponibilidad. El terapeuta en algunos casos trabaja sólo y en otros en co-terapia. El caso se lleva sin equipo terapéutico y sin supervisión en vivo. Algunos trabajan de forma semanal y otros quincenalmente.

La Lic. Silvia Becerril es la supervisora del área de terapia familiar, ella tiene estudios de psicoanálisis, enfoque estratégico y terapia breve. Los terapeutas elaboran un reporte sobre las sesiones que llevan a cabo, los cuales son incluidos en el expediente del paciente. Este expediente es revisado en ocasiones por la supervisora y en otros momentos ella entra a alguna sesión para supervisar y acompañar al terapeuta. En muchas de las ocasiones en que la supervisora entra a sesión realiza intervenciones que provocan crisis en la familia y que buscan cambios rápidos.

La población a la que atienden generalmente son pacientes ambulatorios. Son niños que están siendo medicados por algún problema como puede ser: depresión, ansiedad, TDAH. Es común encontrar en las familias a las que se atiende problemas de violencia y alcoholismo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO EPISTEMIOLÓGICO

2.1.1. Análisis Teórico Conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

La epistemología es el conjunto de reglas que son aceptadas por un grupo de personas para explicar la realidad. Fishman y Rosman (1990) la definen como el estudio o teoría de la naturaleza y los fundamentos del conocimiento.

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar cuenta con más de cuarenta años de historia y con una complejidad conceptual y aplicada imposible de abarcar con detalle en este trabajo. Sin embargo, mencionaré algunos de las teorías y autores más importantes y sus principales aportes.

La terapia familiar sistémica se nutrió inicialmente de tres fuentes: la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana.

TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

En el sentido más amplio, Rodríguez y Arnold (1991) consideran a la Teoría General de Sistemas-TGS como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo interdisciplinarias.

Los objetivos originales de la Teoría General de Sistemas eran los siguientes:

- a. Impulsar el desarrollo de una terminología general que permitiera describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- b. Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y
- c. Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

La Teoría General de Sistemas fue concebida por Ludwing von Bertalanffy en la década de 1940, con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar. Bertalanffy (1991) buscaba formular y derivar los principios que eran válidos para todos los sistemas en general.

En su libro, Teoría General de Sistemas, Bertalanffy presenta una nueva concepción que vislumbra a los organismos biológicos no como entes aislados sino como un todo, implicando que el todo es más que la suma de sus partes.

Para Bertalanffy, la TGS debía constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y, al mismo, tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

Dentro de ésta teoría existen algunos conceptos básicos que se hacen necesarios para entenderla, entre los cuales se pueden mencionar (Bertalanffy, 1991):

Sistema: complejo de componentes interactuantes, conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como: interacción, suma, mecanización, centralización, competencia, finalización y su aplicación a fenómenos concretos. Es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Se considera además a todo organismo viviente como un sistema abierto, con una continua asimilación y eliminación de elementos que buscan mantenerse en un estado de homeostasis o equilibrio.

Sistemas cerrados: son los que no intercambian información con su entorno.

Sistemas abiertos: son los que intercambian información con su entorno, por lo que son modificados y a la vez modifican a ese mismo contexto.

Para Garberí y Caompañ (1996) los sistemas abiertos son aquellos en los que hay importación y exportación de materia, es decir, son aquellos sistemas que reciben influencias del medio ambiente y el medio ambiente influye sobre él. Todo organismo viviente es un sistema abierto que cuenta con las siguientes propiedades:

Totalidad: un sistema es una totalidad, sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total. Un sistema no es una colección aleatoria de componentes, sino una organización interdependiente en la que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por todos los otros, esto implica que el "todo" constituye más que la simple suma de sus partes.

Objetivo: los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo. La TGS reconoce la tendencia de los sistemas abiertos a luchar por mantenerse vivos, aún cuando se hayan desarrollado disfuncionalmente, antes de desintegrarse y dejar de existir como sistema.

Equifinalidad: en un sistema, los "resultados" no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema. La conducta final de los sistemas abiertos está basada en su independencia con respecto a las condiciones iniciales, lo cual significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos.

Equipotencialidad: principio que lleva implícita la idea de que pueden obtenerse distintos estados partiendo de una misma situación inicial. Esto implica la imposibilidad de hacer predicciones deterministas en el desarrollo de los sistemas abiertos.

Protección y crecimiento: todo sistema abierto posee dos fuerzas, la homeostática, que hace que el sistema continúe como estaba anteriormente y la morfogenética,

contraria a la anterior, que es la causante de los cambios del sistema. Estas dos fuerzas permiten que el sistema se mantenga estable y se adapte a situaciones nuevas gracias a los mecanismos de retroalimentación.

Retroalimentación: mecanismo de comunicación por el cual se recibe información de las reacciones del sistema. Esta información recibida modifica al sistema y puede darse a través de dos tipos de retroalimentación. *Retroalimentación positiva:* es aquella que lleva al cambio. *Retroalimentación negativa:* es la que conduce hacia la estabilidad.

Circularidad: debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.

Homeostasis: es la tendencia de todos los organismos vivientes a evitar los cambios en sus condiciones de vida, conservando o restableciendo el equilibrio previamente alcanzado (Bertalanffy, 1991).

Podría decirse entonces, que como paradigma científico, la TGS se caracterizó por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En tanto en la práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades.

Esta importante teoría ha proporcionado un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como "organización", "totalidad", "globalidad", "interacción dinámica", entre otros. Es importante comprender entonces que al utilizar esta teoría lo lineal es sustituido por lo circular y lo individual pierde importancia ante el enfoque interdisciplinario.

Pero todos estos conceptos no toman ningún sentido si no comprendemos de qué forma han sido aplicados dentro de la terapia familiar.

Según Sánchez y Gutiérrez (2000) la teoría de los sistemas como marco conceptual de la terapia familiar permite obtener una nueva visión respecto a la conceptualización de funcionalidad y patología, modificando la unión lineal o reduccionista, por una sistémica o contextual. Las problemáticas de las personas que llegan a terapia familiar ya no se perciben como patologías inherentes a las personas sino como resultado del contexto en el que se desenvuelven.

La TGS nos permite entender que la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con cada uno de los miembros de la familia. Nos permite comprender que el paciente identificado (PI) puede presentar una sintomatología como consecuencia de una patología familiar, social, política o laboral. Y que usualmente el paciente identificado es el miembro de la familia que expresa del modo más visible un problema que afecta al sistema en su totalidad, por lo que la totalidad de la familia se convierte en el blanco de las intervenciones terapéuticas.

Una buena forma de entender la aplicación de la TGS en la terapia familiar es a través de los principios básicos de la teoría general de sistemas propuestos por Sánchez y Gutiérrez (2000) y Ochoa (1995) los cuales aplicados a la terapia familiar podrían resumirse de la siguiente forma:

- **Totalidad:** el comportamiento del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativo que incluye las relaciones existentes entre ellos. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
- **Causalidad circular:** la circularidad expresa al contrario de la linealidad cómo en una secuencia causa y efecto, éste impregna la causa primera, confirmándola o efectuando una modificación, y a través de esta recurrencia, la causa inicial se ve afectada. En la descripción de las relaciones familiares, entre las conductas de los miembros de un sistema existe una co-determinación recíproca A es un estímulo a B, que a su vez lo es para A. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten en forma pautada. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales. La patología no se encuentra en el paciente identificado ya que éste es quien manifiesta los síntomas pero la patología se encuentra en la estructura familiar.
- **Equifinalidad:** se refiere 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:** la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. En esto el terapeuta abandona la búsqueda de una causa pasada al síntoma y la posibilidad de hacer pronósticos. Por lo que hay que centrarse en el presente, en el aquí y ahora.
- **Limitación:** ocurre cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.
- **Reglas de relación:** en todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí, la familia no es la excepción.
- **Ordenación jerárquica:** en toda organización hay una jerarquía, en el sentido que unas personas poseen más poder y responsabilidades que otras para determinar que se va a hacer. La organización jerárquica incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen

jerarquías que delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.

- **Teleología:** el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial de sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de dos funciones complementarias en un equilibrio dinámico, la homeostasis, que es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis y se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
- **Sistemas abiertos:** la evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos, razón por la cual siendo la familia un sistema abierto, ésta se encontrará en constante cambios y evolución.

Como podemos ver la TGS ha contribuido fundamentalmente en el ámbito de la terapia familiar sistémica dándonos una serie de conceptos e ideas que nos permiten entender la patología de una forma totalmente distinta y ayudándonos a crear nuevas formas de intervención que puedan resultar más eficaces para la actualidad.

CIBERNÉTICA

Según Wiener (1979) la cibernética es la ciencia que se ocupa de los sistemas de control y de comunicación en las personas y en las máquinas, estudiando y aprovechando todos sus aspectos y mecanismos comunes.

El nacimiento de la cibernética se estableció en el año 1942, en la época de un congreso sobre la inhibición cerebral celebrado en Nueva York, del cual surgió la idea de la fecundidad de un intercambio de conocimiento entre fisiólogos y técnicos en mecanismos de control.

Cinco años más tarde, Norbert Wiener uno de los principales fundadores de esta ciencia, propuso el nombre de cibernética, derivado de una palabra griega que puede traducirse como piloto, timonel o regulador. Por lo tanto, la palabra cibernética podría significar ciencia de los mandos. Estos mandos son estructuras con elementos especialmente electrónicos y en correlación con los mecanismos que regulan la psicología de los seres vivos y los sistemas sociales humanos, y a la vez que permiten la organización de máquinas capaces de reaccionar y operar con más precisión y rapidez que los seres vivos, ofrecen posibilidades nuevas para penetrar más exactamente las leyes que regulan la vida general y especialmente la del hombre en sus aspectos psicológicos, económicos y sociales.

Wiener y su cibernética contribuyeron con algunos conceptos claves como:

Feedback: en un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).

Homeostasis: proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo.

Morfogénesis: proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo.

A la vez la cibernética pasó por un proceso de cambio que también contribuyó no sólo con conceptos, sino en dar al terapeuta familiar dos posturas totalmente distintas desde las que puede accionar.

Cibernética de Primer Orden

En esta cibernética el sistema observado se considera fuera del observador. En este parámetro cibernético la organización del sistema está dada desde una perspectiva de observador-observado, enfermo-sano, donde el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema.

Algunos de los postulados teóricos de esta cibernética son:

- Circularidad: repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúa como un todo.
- Estructura: la totalidad de las relaciones que existen en un sistema abierto.
- Sistemas abiertos: en los que existe un intercambio de estímulos con el ambiente.
- Retroalimentación: recurso de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos.

Tanto en la primera como en la segunda cibernética los sistemas se gobiernan a sí mismos a través de la retroalimentación, la diferencia es que en la primera cibernética se da la retroalimentación negativa y en la segunda cibernética se da la retroalimentación positiva (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Cibernética de Segundo Orden

En esta cibernética se considera al observador como parte de la realidad observada a través de la autorreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad y no como organizador de ésta. En este modelo el terapeuta no es un agente que opera cambios, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta. El terapeuta tratará de insertarse en forma sutil al mundo de la familia, deberá involucrarse con la familia en sus diálogos, historias, fuerzas, recursos y significados.

La sesión de terapia se convierte en una amena conversación en donde se intercambian puntos de vista sobre el problema presentado con el fin de que la familia solucione sus propios problemas a través de las nuevas perspectivas o puntos de vista. Los cambios son logro de la familia, no tanto del terapeuta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Estas dos cibernéticas serán el punto de partida para la creación de enfoques terapéuticos distintos, lo que se analizará más adelante con mayor detalle.

TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

El estudio de la comunicación humana puede dividirse en tres áreas:

Sintáctica: abarca los problemas relativos a la transmisión de información. Se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia, etc.

Semántica: el significado constituye la preocupación central de la semántica. Toda información compartida presupone una convención semántica.

Pragmática: cuando la comunicación afecta a la conducta. Comunicación y conducta se usan como sinónimos, ya que toda conducta comunica. Comunicar no implica solo el lenguaje verbal. Así, desde la perspectiva de la pragmática, toda conducta y no solo el habla, es comunicación. Además, no solo interesa el efecto de una comunicación sobre el receptor, sino también el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor.

Centrándose principalmente en la pragmática de la comunicación, Watzlawick, Beavin, y Jackson, (1991) y su teoría de la comunicación humana aportaron los siguientes axiomas:

- Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tal que el segundo clasifica al primero.
- La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.
- Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva y rígida de uno de ellos.

Todos estos axiomas tienen una clara aplicación en la terapia familiar y a continuación trataré de explicar algunas de las aplicaciones terapéuticas de cada uno de ellos.

1. No es posible no comunicarse.

En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que se intente, no se puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje, influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican. El hecho de que en psicoterapia se transmita a las personas este axioma es de suma importancia ya que esto permite que las personas tomen una mayor conciencia de lo que están comunicando cuando según ellos no lo hacen.

Debido a la falsa creencia de que podemos no comunicar muchas familias o parejas recurren a defenderse de la comunicación del otro, mediante la descalificación de tal forma que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales tales como: autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales.

No es sorprendente que habitualmente recurra a este tipo de comunicación todo aquel que se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo, desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Por lo que el entendimiento de este axioma puede ser de mucha utilidad para los pacientes.

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

Toda comunicación poseerá un contenido (lo que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos). A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión que tenemos de la relación con la otra persona.

Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento.

El nivel de contenido de un mensaje transmite información. El nivel de relación se refiere a cómo la comunicación sirve para definir el tipo de relación que quiero establecer con mi interlocutor.

Por lo tanto, es importante que como terapeutas estemos pendientes de cuando familias y parejas se enfrascan en interminables discusiones en las que una persona está discutiendo sobre el contenido y el otro sobre la relación. Marcar estas diferencias en los niveles de comunicación permitirá que nuestros pacientes puedan hablar en el

mismo nivel. Asimismo, en el momento de escuchar a los pacientes es necesario movernos en ambos niveles y no quedarnos únicamente en el nivel del contenido.

Cuanto más espontánea y sana es una relación, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado con la relación. Las relaciones "enfermas" se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante. Entendiendo esto es posible trabajar con nuestros pacientes en la metacomunicación, la cual se convierte en una forma adecuada e indispensable de la comunicación eficaz.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencias de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

Las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llevar a "impases" interaccionales, en los que los participantes se hacen acusaciones mutuas de locura o maldad.

Muchas veces las discrepancias de puntuación tienen lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe.

Estos casos de comunicación patológica constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación (metacomunicación). Pero para ello tienen que colocarse afuera del círculo. Y el terapeuta muchas veces se convierte en la única persona que puede estar fuera del círculo y ayudar a las personas a salir de él.

Es importante entender que en los casos de puntuación discrepante el conflicto se crea buscando cuál es la causa y cuál el efecto, cuando en realidad ninguno de estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de las interacciones.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

El ser humano se comunica de manera digital y analógica. Sin embargo, existe un vasto campo donde utilizamos en forma casi exclusiva la comunicación analógica, se trata del área de la relación. Así pues, el aspecto relativo al "nivel de contenido" en la comunicación se transmite en forma digital, mientras que el "nivel relativo a la relación" es de naturaleza predominantemente analógica.

En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, sea como receptor o como emisor, debe traducir constantemente de uno al otro. En la comunicación

humana la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No sólo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta sumamente difícil: hablar acerca de una relación requiere una traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital.

Al emisor no sólo le resulta difícil verbalizar sus propias comunicaciones analógicas, sino que, si surge una controversia interpersonal en cuanto al significado de una comunicación analógica particular, es probable que cualquiera de los dos participantes introduzca en el proceso de traducción al modo digital, la clase de digitalización que concuerde con su imagen de la naturaleza de la relación.

Entender este axioma nos lleva a comprender que muchos de los conflictos se dan por este intento de traducir los lenguajes de los demás. Enseñar a los pacientes a no traducir las comunicaciones digitales y analógicas, sino más bien preguntar al interlocutor ¿qué quiso decir con...? sería una forma adecuada de evitar este tipo de conflictos.

Asimismo, resulta de mucha importancia como psicoterapeutas estar conscientes que dentro de la terapia utilizamos ambos tipos de comunicación y por ende debemos retroalimentarnos con la familia de que nuestros mensajes estén siendo captados como son en realidad.

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios.

Todas las relaciones podríamos agruparlas en dos categorías: complementarias o simétricas. En el primer caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro; en el segundo caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. Son relaciones basadas en la diferencia (complementarias), o en la igualdad (simétricas).

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente, inferior o secundaria. Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural o ser el estilo idiosincrásico de relación en particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al mismo tiempo que ofrece motivos para ella.

En las relaciones complementarias patológicas se observa un sentimiento progresivo de frustración y desesperanza en los dos participantes o en uno de ellos. Estos individuos fuera de sus hogares (o en ausencia de sus parejas) son capaces de funcionar en forma perfectamente satisfactoria mientras que en compañía de su "complemento" se hace evidente la patología de la relación. Muchas situaciones terribles como la violencia y el abuso están perpetuadas por la complementariedad de las relaciones.

En una relación simétrica no existen dos posiciones ya que está basada en la igualdad. La relación simétrica puede estar definida por el contexto social, o por la relación. En la relación simétrica existe el peligro de la competencia o rivalidad. Cuando se pierde la estabilidad en una relación simétrica, se produce una "escapada" de uno de los miembros; el otro intentará equilibrar la relación, produciéndose, a partir de aquí, el fenómeno conocido como "escalada simétrica".

Los conceptos de complementariedad y simetría se refieren simplemente a dos categorías básicas en las que se pueden dividir todos los intercambios comunicacionales. Ambas cumplen funciones importantes y, por lo que se sabe por las relaciones sanas, cabe llegar a la conclusión de que ambas deben estar presentes, aunque en alternancia mutua o actuando en distintas áreas. Ello significa que cada patrón puede estabilizar al otro siempre que se produzca una escapada en uno de ellos; así mismo, es posible y necesario, que los dos participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

Por lo que es de mucha utilidad en la psicoterapia descubrir junto con las familias y parejas nuevas formas de relación en las que puedan ser complementarios o simétricos.

Como se puede apreciar los aportes de la Teoría de la Comunicación a la Terapia Familiar Sistémica son inmensos y conducen a distintas posibilidades de trabajar dentro de la terapia.

Aparte de estas tres teorías que nutrieron a la Terapia Familiar Sistémica, también existen autores importantes, como lo es Gregory Bateson, quien brindó fundamentales aportes epistemológicos y ha sido fuerte de inspiración para la mayoría de los enfoques de terapia familiar sistémica y otros enfoques terapéuticos.

GREGORY BATESON

Llama mucho la atención los importantes aportes de Bateson un hombre venido de una familia en donde el intelecto es fomentado y apreciado y por ende grandes exigencias y expectativas, principalmente del padre, recaen sobre él. Este hombre aún lo aprendido en Biología y Antropología, y a través de su experiencia con Mead y Fortune y la lectura que realiza de Whitehead retoma el importante lema de “**no confundir el mapa con el territorio**”, aclarando así que los conceptos teóricos no son más que las descripciones de procesos de conocimiento adoptados por los hombres de ciencia.

Bateson concebía la mente no como producto de un sistema nervioso contenido en un organismo, sino como conjunto de pautas de organización y autorregulación de cualquier sistema. Este principio establecido por Bateson tuvo su aplicación más directa e innovadora en la terapia familiar cuando a través de ésta se desplaza el interés de las teorías psicológicas tradicionales, del individuo al sistema, es decir de lo intrapsíquico a lo interpersonal.

El concepto de la “**pauta que conecta**” también ha sido un aporte importante para la terapia familiar, ya que en ésta se ha dado un interés terapéutico por las pautas que conectan las interacciones de los sistemas familiares, pues toda acción terapéutica que no se interese por las pautas de interacción no debería considerarse sistémica dado que se limita a un intento de hacer terapia individual en presencia de otros miembros de la familia.

Además Bateson aporta el concepto de “**cismogénesis**”, con el cual resalta que para comprender el comportamiento de un individuo es necesario tomar en cuenta los lazos entre dicho individuo y las personas con las que está en relación, es decir, que la conducta de un ser humano está determinada por la respuesta del otro. Habla además de la cismogénesis complementaria, en la que el comportamiento de un individuo o grupo es el complemento del otro y la cismogénesis simétrica, en la que el comportamiento de un individuo o grupo de individuos es el reflejo del otro, conceptos que son retomados después, principalmente por Watzlawick, en la Teoría de la Comunicación Humana (Wittezaele y García, 1994).

Pero la cismogénesis, no es el único aporte de Bateson, sus ideas son diversas e incluyen distintos ámbitos, entre ellas se encuentran: “**la diferencia que crea la diferencia**” con lo que se refiere a que de la infinidad de diferencias que existen en el entorno, solo serán significativas para el individuo las que tengan un efecto sobre su organismo; los distintos **tipos de codificación de la información** entre los que se encuentran la codificación analógica, digital, icónica, la parte del todo y la holográfica; **la interacción, diversidad, redundancia y reglas interaccionales**; la **puntuación** como fenómeno que consiste en dividir las secuencias interaccionales para descubrir sus efectos y causas; **la comunicación y la metacomunicación** y las **paradojas** en el ámbito de la comunicación.

Bateson (1991) también aporta la teoría de los **tipos lógicos** y la enfoca al abordaje de la comunicación patológica que se da en los procesos de esquismogénesis, expresada en las modalidades de escalada simétrica y escalada complementaria. De acuerdo con la línea de los tipos lógicos, Bateson plantea 4 niveles de aprendizaje:

Aprendizaje cero: se caracteriza por la especificidad de la respuesta, que -correcta o incorrecta- no está sujeta a corrección.

Aprendizaje I: es el cambio en la especificidad de la respuesta por medio de la corrección de errores dentro de un conjunto de alternativas.

Aprendizaje II: es el cambio en el proceso de aprendizaje I, por ejemplo, un cambio correctivo en el conjunto de alternativas a partir de las cuales se hace la elección o un cambio en la forma de puntuar la secuencia de la experiencia.

Aprendizaje III: es el cambio en el proceso del aprendizaje II, por ejemplo un cambio correctivo en el sistema de conjuntos de alternativas a partir de los cuales se hace la elección (Fishman y Rosman, 1990).

Con los aportes de Bateson, el comportamiento humano pasa de una visión intrapsíquica a una consideración del sistema relacional del individuo, la unidad de análisis ahora es la interacción.

Por último, uno de los principales aportes de Bateson y sus colaboradores fue la **teoría del doble vínculo**, la cual fue de suma importancia para el desarrollo de la terapia familiar ya que fue uno de los primeros trabajos en los que se demostró la influencia de la familia en el desarrollo de patologías tan serias como la esquizofrenia.

Un doble vínculo es una situación en la que, haga lo que haga una persona, no puede "ganar". Los ingredientes de un doble vínculo pueden describirse de la siguiente manera:

- Dos o más personas participan en una relación intensa complementaria que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas.
- En ese contexto, se da un mensaje que está estructurado de tal modo que: se afirma algo a nivel digital, después se afirma algo de la propia afirmación a nivel analógico y ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.
- Se impide que el receptor del mensaje se salga del marco establecido por ese mensaje, ya sea meta comunicándose o abandonando la situación.
- La experiencia es repetida en el tiempo, de modo que todo el conjunto de componentes ya no es necesario cuando la persona ha aprendido a percibir su universo en modelos de dobles vínculo.

No cabe duda de que el mundo en que vivimos está lejos de ser lógico y de que todos hemos estado expuestos a dobles vínculos, a pesar de lo cual casi todos nosotros nos la hemos ingeniado para conservar nuestra cordura. Sin embargo, la mayoría de tales experiencias son aisladas, aunque en su momento puedan ser de naturaleza traumática. Es muy distinta la situación cuando el contacto con los dobles vínculos es duradero y se convierte gradualmente en una expectativa habitual. Aquí, entonces, no se trata de un trauma aislado, sino más bien de un patrón definido de interacción. La cualidad interaccional de este patrón quizá se vuelva más clara si se recuerda que el doble vínculo no puede ser, en la naturaleza de la comunicación humana, un fenómeno unidireccional. Si un doble vínculo da lugar a conducta paradójica, entonces esa misma conducta, a su vez, crea un doble vínculo para quien lo estableció.

Una vez que dicho patrón ha comenzado a actuar, virtualmente carece de sentido preguntar "cuándo" y "por qué" se estableció, pues los sistemas patológicos exhiben una cualidad de tipo círculo vicioso, curiosamente autoperpetuadora.

De todas estas teorías, conceptos y autores surge lo que hoy conocemos como terapia familiar sistémica.

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Es un método psicoterapéutico que se utiliza para el tratamiento de familias. En ésta se considera que la patología no radica en el individuo, sino en su contexto y las interacciones que tiene con el mismo es lo que crea situaciones sintomáticas que se convierten en la forma perceptible de un problema que abarca, en este caso a toda la familia.

Por lo mismo, trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación. Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional. Para comprender el síntoma comprende no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. Además estudia la percepción que se tiene de las interacciones y los contextos internos y externos a la familia. En este tipo de terapia el terapeuta se incluye dentro del sistema y sus interacciones.

La terapia familiar sistémica se diferencia de la mayoría de las expresiones terapéuticas, en que éstas se interesan en el psiquismo humano. La terapia sistémica en cambio plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así no le interesa un individuo "enfermo" sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención.

No se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una "patología de la relación". La persona se encuentra inserta en un sistema, siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente y cumple la función de mantener el equilibrio del sistema.

El foco de la intervención sistémica, tanto si en la sesión está presente toda la familia como si sólo se cita a un miembro, ya no es el individuo como supuesta "fuente" de la patología, sino las características de la organización del sistema en el que el motivo de demanda tiene sentido.

La terapia familiar sistémica busca llegar a la formulación de una hipótesis sistémica sobre el problema de la familia; hipótesis que debe conectar la conducta de cada miembro con la de todos los demás. Una vez obtenida esta hipótesis, la intervención sistémica se centra, consecuentemente, en un intento de introducir un cambio significativo en la interacción familiar que haga innecesaria la manifestación sintomática del paciente identificado (Minuchin, 2003).

Se diferencia también de otras maneras de intervención grupal o familiar en que no considera a los miembros de un grupo familiar como apoyo del individuo enfermo, pues la terapia sistémica utiliza la interacción como elemento de trabajo y comunicación. Por lo mismo, no atiende el "¿por qué?" sino el "¿cómo?".

La terapia familiar sistémica tiene una abundante historia (ver ANEXO 2) ya que han sido muchas las personas que han participado en su creación e innovación y en esta incansable búsqueda de los protagonistas de intentar encontrar la mejor forma de tratar a las familias, han aparecido diferentes enfoques y posturas que han contribuido a que dentro de la Terapia Familiar surjan diversas escuelas y modelos terapéuticos que según Sánchez y Gutiérrez (2,000) varían en:

- Posición de interacción del terapeuta con la familia.
- Posición verbal del terapeuta con la familia.
- Posición del terapeuta con respecto a la estructura familiar y su organización.
- Posición del terapeuta con respecto a la duración y lugar de tratamiento.
- Posición de interacción del terapeuta con el problema.
- Objetivos finales del tratamiento o la terapia.

Por su lado, Madanes (1982) plantea una serie de dimensiones en torno a las cuales discrepan los diversos enfoques de Terapia Familiar, como son:

- Pasado o presente.
- Interpretación o acción.
- Crecimiento personal o problema presentado.
- Método general o plan específico para cada problema.
- La unidad problemática: una, dos, tres o más personas.
- Igualdad o jerarquía.
- Comunicación digital o analógica.
- Intervenciones directas o deliberadamente paradójicas.

Aparte de las contradicciones y discrepancias que se daban dentro de los distintos enfoques de terapia familiar, existía la contraposición externa a muchas de las posturas de las terapias pertenecientes a la cibernética de primer orden. El mundo empieza a tomar un giro posmoderno, esta transición significa la incorporación de diversos cambios significativos en los que las estructuras y las verdades universales ceden el paso a una pluralidad de ideas sobre el mundo (Maturana y Varela, 1997).

La visión de la familia 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, 1998).

Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas y se estima que los problemas existen en el lenguaje y son mediatizados por él (Anderson y Goolishian, 1988).

La familia ya no es el objeto de tratamiento y tampoco se le considera con independencia del observador o como fuente de problemas, sino que es una entidad flexible compuesta por personas que comparten significados.

Keeney (1983) describe algunas de estas contradicciones que se empiezan a percibir y prende fuertes luces que se transforman en algunas de las concepciones

básicas de los posmodernistas hacia la terapia, la postura del terapeuta y el cambio. A raíz de sus cuestionamientos y otros de diversos autores surgen entonces los principales temas de conflicto entre los terapeutas de primer orden y los de segundo, entre los sistémicos y los posmodernos, en donde se empiezan a debatir y cuestionar algunas temáticas como lo son:

- El crear dependencia en los pacientes o hacerlos crecer.
- Si la responsabilidad del cambio recae en el terapeuta, en la familia o es compartida.
- El terapeuta como guía del proceso terapéutico con hipótesis, objetivos y metas claras o el terapeuta siguiendo a la familia a través del lenguaje y la conversación.
- La “realidad” del terapeuta o la co-construcción de la realidad por la familia y el terapeuta.

A partir de estos cuestionamientos que se basan en la idea que la realidad no puede ser percibida por un observador porque su marco de referencia le limita lo que observa y a través del entendimiento que no puede haber una vinculación precisa de la palabra con la realidad, surgen entonces los posmodernistas quienes van en contra de aquellas escuelas que proponen que es posible el hallazgo de una realidad objetiva.

Para ellos, el lenguaje deja de ser un medio donde se encierra una verdad objetiva y se convierte en una herramienta mediante la cual vamos construyendo la realidad, una realidad que está dependiendo de un acuerdo social.

Bajo este nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades es que Kenneth Gergen retoma las ideas sobre el sí mismo y la construcción compartida con el medio social, creando así una de las teorías posmodernas con más auge: el Construccinismo Social.

De esta nueva teoría, ideas y concepciones surgen los enfoques posmodernos, abriendo así el paso de la modernidad a la posmodernidad, del Constructivismo al Construccinismo.

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

El Construccinismo Social se remonta al trabajo de los sociólogos Berger y Luckman. Gergen su principal representante define al construccinismo social como una indagación que busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en el que vive. El construccinismo social no ve el discurso sobre el mundo como un reflejo del mundo, sino como un recurso para el intercambio social.

Para Mc Namee y Gergen (1996) la relación es el locus del conocimiento. Los significados que atribuimos a las cosas, acontecimientos, las personas y a nosotros mismos son el resultado del lenguaje que usamos, del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente.

Los supuestos básicos del construccionismo que relatan McNamee y Gergen (1996) son:

- Los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones.
- Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos, son artefactos sociales, productos de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.
- El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo, no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social.
- La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación.
- Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales.

Estos presupuestos de la Construcción Social hacen hincapié en la construcción de las realidades y su mantenimiento a través de un proceso social. Se ven la construcción y el mantenimiento como procesos creados con otros en la comunicación y mantenidos también gracias a la misma.

Según estos autores las formas en que narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dicen sobre un mundo real, sino que dependen de los acuerdos sociales que se tienen y que deben ser mantenidos constantemente por las personas con quienes nos relacionamos.

Todo esto pone en evidencia que la forma en que las personas cuentan a los demás sus experiencias está de alguna manera pautada por una lógica local. Se necesita entonces entrar en diálogo con los demás y que las otras personas nos tomen en serio a partir de nuestro relato o narración.

McNamee y Gergen (1996) dicen que hay cuatro tipos básicos de narraciones que hacen las personas, dependiendo su forma progresiva o regresiva y progresiva y regresiva; y se refiere a si el estado de sentimiento general de bienestar es ascendente o descendente. Estas formas de narración pueden ser:

- Trágica.
- Comedia-novela.
- Y fueron felices...
- Epopeya-heroica.

Por lo que si esta modalidad de narrar que utilizamos no es efectiva y nos limita al actuar, en la pragmática, la labor del terapeuta será ayudar en la consecución de formas más adecuadas o eficaces de narrar.

Sobre el proceso terapéutico McNamee y Gergen (1996) opinan que la psicoterapia puede pensarse como un proceso de semiosis, es decir la forja de un significado en el contexto de un discurso de colaboración. El proceso terapéutico se trata entonces de un proceso en el que el significado de los acontecimientos se transforma, se desarrollan modos alternativos de narrar los acontecimientos y evolucionan posturas respecto al yo y los demás.

El construccionismo sugiere que en el proceso terapéutico se debe buscar forjar significados que están contruidos por un contexto microsical, en esta relación con la persona y donde el terapeuta pasa a ocupar un lugar en el mismo contexto, donde será introductor de nuevos significados.

Aquí se presta fundamental atención a la construcción que la familia hace del problema y se piensa que la construcción de la realidad es la que acarrea el sufrimiento o malestar que la familia trae a la consulta.

En este tipo de terapia el terapeuta construccionista pondrá su empeño en que la persona pueda construir la realidad de una manera diferente, menos enajenante. Se piensa que hay construcciones potenciales que se pueden desarrollar a partir del diálogo conjunto paciente/terapeuta o familia/terapeuta y que las mismas podrán facilitar a la persona un mayor desarrollo o un uso de potencialidades aun no aprovechadas. Se piensa que hay otras maneras de construir la realidad (McNamee y Gergen 1996).

El terapeuta no sólo debe poner el acento en la construcción que el paciente hace o que lleva puede ser errada, sino también el terapeuta puede dar una construcción que pueda no ser del todo adecuada, por lo que los terapeutas construccionistas deben ser más autorreflexivos y tomar una posición en donde intenten ayudar al paciente a crear, a construir una realidad nueva, pero una realidad donde no se pierde de vista la inmiscusión y el compromiso que tiene el terapeuta en ella. Esta nueva construcción será una co-construcción en donde terapeuta y paciente forjarán una nueva forma de narrar.

Los construccionistas trabajan fundamentalmente con lo verbal, esto debido a que piensan que el lenguaje es la herramienta más importante para la construcción del mundo y de nosotros mismos. Pues lo que decimos o narramos influye en nuestro campo de acción.

Según Sluzki (1998) los terapeutas sistémicos influidos por el construccionismo social operan con las siguientes ideas específicas:

- La historia contada por las familias expresa las restricciones que contribuyen a mantener la razón por la que consultan, la razón de consulta forma parte de la historia de manera recursiva.
- La terapia procura facilitar a través de la conversación terapéutica, la producción de una historia diferente por parte de la familia.

Por lo tanto, la terapia consiste en ayudar al individuo o la familia a transformar su historia colectiva o individual. El cómo depende de la adecuación entre el estilo y la forma de la historia original contada por la familia y las idiosincrasias y preferencias del terapeuta. El proceso de transformación de la historia se ve favorecido por una serie de actitudes de parte del terapeuta como pueden ser: asociaciones reflexivas, preguntas lineales, preguntas circulares, señalamientos y observaciones.

Todas estas ideas del Construccinismo Social han sido aplicadas en la creación de nuevos enfoques de terapia, conocidos como los enfoques posmodernos.

En la búsqueda de una mayor comprensión de los modelos sistémicos y posmodernos y de sus diferencias y similitudes, a continuación se describirán los principios básicos, principales conceptos, metas, estrategias, intervenciones, alcances y limitaciones de cada uno de ellos.

2.1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

A continuación se presenta una síntesis y análisis de los modelos sistémicos y posmodernos vistos a lo largo de la Maestría. El contenido de cada modelo se presenta siguiendo el mismo orden estructural el cual inicia con una breve descripción de los principales representantes del modelo, exponiendo después los principios básicos, principales conceptos y metas terapéuticas. También se incluyen las estrategias y técnicas o intervenciones que propone el modelo y por último se presentan las consideraciones finales en la que se incluye alcances, limitaciones y críticas del modelo así como una breve reflexión personal. Al final del capítulo se presenta una integración de los modelos.

MODELO ESTRUCTURAL

Los principales representantes de este enfoque son Salvador Minuchin, Charles Fishman y Braulio Montalvo, aunque el creador y mayor precursor del enfoque es sin lugar a dudas el argentino Minuchin.

Según Sánchez y Gutiérrez (2000) fue en los 60's cuando Minuchin junto con Edgar Auerswald y bajo el apoyo y supervisión de Nathan Ackerman, iniciaron el programa *La dinámica de las familias pobres*. De esta experiencia en el sur de los Estados Unidos se publicó la obra *Families of the Slums*, en donde se empiezan a apreciar sus primeras contribuciones a lo que más tarde se conocería como la Terapia Estructural.

En su trabajo con familias de bajos recursos Minuchin descubrió que había dos patrones comunes en las familias con problemas. Unas eran "aglutinadas", caóticas y fuertemente interconectadas y otras eran "desligadas", aisladas y casi sin ninguna relación. Así empiezan a estudiar a diferentes familias que funcionan "bien" o familias "normales" con el objeto de descubrir qué es lo que las diferencia de las familias disfuncionales. Según Minuchin, una familia apropiadamente organizada tiene límites claramente marcados y está estructurada en subsistemas también marcados por límites. De estos estudios y autores surge lo que hoy en día se conoce como el Modelo Estructural.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Según Minuchin (2003) la terapia familiar estructural está basada en los siguientes principios:

- La terapia estructural de la familia es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social.
- El hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Por lo tanto, la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio, el hombre es influido por su contexto social, sobre el cual también influye.

- La patología no se encuentra en el interior del paciente, más bien puede encontrarse en su contexto social o en el feedback entre el paciente y su contexto. La visión de la patología dentro de la terapia estructural se basa en tres axiomas:
 - La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, el individuo influye sobre su contexto y es influido por este por secuencias repetidas de interacción.
 - Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema.
 - Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en este contexto por lo que los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema.
- El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar.
- El terapeuta se asocia al sistema familiar y utiliza a su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas.
- El terapeuta estructural confía en las siguientes propiedades del sistema:
 - Una transformación de la estructura del sistema permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.
 - El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. El terapeuta se une a la familia para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.
 - El sistema de familia tiene propiedades de auto-perpetuación, por lo que el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta.

PRINCIPALES CONCEPTOS

A lo largo del tiempo Minuchin (2003) y Minuchin y Fishman (2004) han desarrollado algunos conceptos que se consideran básicos para entender a la familia:

Estructura: la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico.

Estructura Familiar: es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema.

Subsistemas: unidades o subpartes del sistema familiar que delimitan su estructura con los límites.

Subsistema conyugal (matrimonio): se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Cada miembro posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua.

El subsistema conyugal debe tener límites que lo protejan de las interferencias de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular los hijos. Y la función del terapeuta es proteger los límites que rodean al subsistema conyugal.

Subsistema parental (padres): se constituye al nacer el primer hijo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. Ello se convierte en un laboratorio de formación social, para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual. El apoyo a la responsabilidad y obligación de los padres para determinar las reglas de la familia estimula el derecho y la obligación de los niños de crecer y desarrollarse autónomamente. La tarea del terapeuta consiste en asistir a los subsistemas para que negocien y se acomoden mutuamente.

Subsistema fraterno (hermanos): es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir. Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración.

En algunos momentos el terapeuta debe actuar como traductor, interpretando el mundo de los niños para los padres o viceversa.

Jerarquías: organización ordenada en la que unos elementos de la familia tienen mayor peso que otros.

Límites: son las fronteras entre los subsistemas, que se constituyen por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites es la de proteger la diferenciación del sistema. Existen tres tipos de límites: claros o flexibles, difusos o sin límites y rígidos.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros de un subsistema y los otros.

Familias Aglutinadas: familias que se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia, como producto de ello la distancia disminuye y los límites se esfuman. Los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados en que el sentido de pertenencia requiere un importante abandono de su autonomía.

Familias Desligadas: familias que se desarrollan con límites muy rígidos, por lo que la comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se

ven perjudicadas. Los miembros de familias desligadas pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia, carecen de sentimientos de lealtad, de pertenencia, de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando lo necesitan.

Reglas: patrones de conducta que se repiten constantemente. Existen las reglas implícitas y las explícitas.

Roles: papeles que se asignan a cada uno de los miembros de la familia, ya sea por tradición, idiosincrasia o cultura y que les ayudan a funcionar.

Significancia: el espacio emocional que ocupa cada miembro familiar.

Alianza: se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas dentro de una familia. La alianza supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie.

Coalición: es la unión de dos miembros de la familia contra un tercero. Es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero. La coalición divide a la tríada en dos compañeros y un oponente.

METAS TERAPÉUTICAS

La meta principal de esta terapia es la reorganización de la estructura familiar, que puede lograrse de diferente forma dependiendo de la familia con que se esté tratando, y que en general puede conllevar según Minuchin (2003) una o más de las siguientes reestructuraciones:

- Reubicar a los miembros individuales de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios, en la perspectiva de que puedan formar alianzas y estructuras nuevas y más sanas.
- Flexibilizar los límites rígidos o aclarar los límites difusos que existen entre los diferentes subsistemas y entre la familia y el exterior.
- Establecer reglas claras y explícitas que definan la relación de los miembros.
- Devolver jerarquía a quienes no la tienen y restar jerarquía a quienes no les corresponde.
- Convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista que admita la diversidad de un universo simbólico más complejo.

En la terapia estructural se hace especial hincapié en el proceso de diagnóstico el cual se convierte en la principal fuente para la creación de metas y objetivos claros para la familia. El diagnóstico se convierte en la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas en su proceso de unión con la familia.

Minuchin (2003) plantea que para evaluar las transacciones familiares y establecer un diagnóstico completo el terapeuta debe concentrarse en seis áreas fundamentales:

- La estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.
- La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración.
- La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de sus miembros.
- El contexto de vida de la familia, sus fuentes de apoyo y de estrés.
- El estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio.
- La forma en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Una herramienta muy útil es el mapa estructural, el cual permite al terapeuta organizar el material diverso que obtiene, formular hipótesis acerca de las áreas en que la familia funcionan correctamente y las que no y determinar metas y objetivos terapéuticos.

El terapeuta estructural se considera a sí mismo un miembro actuante y recreativo del sistema familiar. Por lo tanto, en la terapia, el cambio se produce a través del proceso de asociación (unión) del terapeuta con la familia y la reestructuración de ésta se da en un forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas y transaccionales disfuncionales.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

Existen según Minuchin y Fishman (2004) tres estrategias principales que el terapeuta estructural utiliza para lograr sus metas y efectuar cambios en la familia y cada una contiene diversas técnicas para lograrlo y son:

1. Cuestionamiento del Síntoma

Consiste en modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas cognitivas, afectivas o conductuales que sean diferentes. Esto se logra a través de las siguientes técnicas:

Escenificación: técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Aquí consigue que los miembros de la familia interactúen para discutir algunos de los problemas que consideran disfuncionales lo que desencadena secuencias que escapan al control de la familia. Las reglas habituales prevalecen y los componentes interactivos se manifiestan. Esta técnica consta de 3 movimientos:

- El terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar.
- El terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él.
- El terapeuta propone modalidades diferentes de interacción.

Enfoque: en esta técnica el terapeuta seleccionará y organizará los datos obtenidos de la familia, dentro de un esquema que les confiera sentido. Esta organización debe ser al mismo tiempo un esquema terapéutico que promueva el cambio. En consecuencia, el terapeuta organizará los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre

ellos y posean también pertinencia terapéutica. El terapeuta selecciona un enfoque y elabora un tema para trabajar sobre él, escogerá ciertos elementos de la interacción de esta familia y organizará el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica.

El terapeuta presta atención a lo que la familia le expone, organiza estos datos según modalidades que interesan a la terapia y decide acerca del valor jerárquico de ese conjunto de datos. Esta reorganización jerárquica del tema familiar suele modificar la idea que la familia se ha formado sobre lo que es importante.

Intensidad: el terapeuta necesita hacer que la familia “oiga” y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia. También puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero sin asimilarlo dentro de su esquema cognitivo como una información nueva. Por lo mismo el mensaje terapéutico tiene que ser “reconocido” por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas.

Las técnicas que el terapeuta puede utilizar para hacerse oír son diversas e incluyen:

- *Repetición del mensaje:* el terapeuta repite su mensaje muchas veces en la terapia, esta repetición puede recaer sobre el contenido o sobre la estructura.
- *Repetición de interacciones isomórficas:* incluye mensajes que en la superficie parecen diversos pero que son idénticos en un nivel más profundo. Aunque su contenido es diferente, están dirigidos a interacciones isomórficas de la estructura.
- *Modificación del tiempo:* en esta técnica el terapeuta alienta a la familia para que continúen interactuando después de que las reglas del sistema han puesto luz amarilla o roja, ya que el paso de lo habitual a lo no familiar abre la posibilidad de que experimenten modos diferentes de interacción. También se puede reducir el tiempo en que las personas suelen participar en una interacción.
- *Cambio de la distancia:* el terapeuta puede mover su posición o puede incrementar la intensidad cambiando la posición recíproca de los miembros de la familia juntándolos o separándolos según se requiera.
- *Resistencia a la presión de la familia:* en ocasiones el no hacer puede producir intensidad en la terapia. Con la resistencia del terapeuta a ser absorbido por el sistema éste introduce intensidad.

2. Cuestionamiento de la Estructura Familiar

Permite poner de manifiesto los holones, coaliciones, alianzas, conflictos implícitos y explícitos que se dan dentro del sistema familiar.

Este cuestionamiento se logra a través de las técnicas que son:

Fijación de fronteras: la cual está destinada a modificar la participación de los miembros de los diferentes holones. Con esta técnica se regula la permeabilidad de los límites que separan a los holones entre sí.

Las técnicas de fijación de fronteras pueden ser de los siguientes tipos:

- *Distancia Psicológica:* el terapeuta se ocupará de trazar fronteras entre tres personas en caso de que interacciones diádicas disfuncionales se mantengan en virtud de la intervención de un tercero como desviador, aliado o juez. Puede utilizar: constructos cognitivos o maniobras concretas
- *Duración de la Interacción:* esta técnica consiste en extender o alargar un proceso, pero puede ser utilizada con dos fines: incrementar la intensidad de la interacción

o como recurso para demarcar subsistemas o separarlos. Esta técnica puede ser utilizada dentro de la sesión o dejarse como tarea.

Desequilibramiento: la cual modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón, la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta entra en coparticipación y apoya a un individuo o a un subsistema a expensas de los demás, se alía a un miembro de la familia situado en un lugar inferior de la jerarquía y le confiere poder en lugar de quitárselo. Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres categorías:

- *Alianza con miembros de la familia:* el terapeuta confirma a las personas, pone de relieve su lado fuerte y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. Se utiliza para apoyar a un miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia. También se puede utilizar la alianza con un miembro dominante como técnica de desequilibramiento que extrema la situación.
- *Ignorar a miembros de la familia:* es la capacidad de hablar y obrar como que ciertas personas fueran invisibles, éstos se rebelarán contra tan radical falta de respeto recurriendo a alguna modalidad de demanda o de ataque. Más a menudo consistirá en una llamada a cerrar las filas con los demás miembros de la familia.
- *Coalición contra miembros de la familia:* en esta técnica el terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia. Esta participación impone al terapeuta poseer la capacidad de llevar adelante un enfrentamiento y de utilizar su posición de poder como el perito del sistema para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia.

Complementariedad: la cual cuestiona la idea de la jerarquía lineal. Esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia cuestionando la idea íntegra de jerarquía.

Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:

- *Cuestionamiento del problema:* el terapeuta puede con una simple declaración arrojar una luz diferente sobre la experiencia compartida de que un paciente es el problema. El terapeuta puede utilizar la autoridad de su pericia y declarar que la experiencia que él tiene con las familias le ha enseñado que siempre la familia participa en el mantenimiento del problema y a menudo lo hicieron en su origen.
- *Cuestionamiento del control lineal:* el terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar al sistema familiar. Existe una técnica genérica para apuntalar el concepto de reciprocidad en la que el terapeuta expone la conducta de un miembro de la familia y atribuye a otro la responsabilidad de esa conducta.
- *Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos:* el terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto.

3. Cuestionamiento de la Realidad Familiar

Una familia no sólo tiene estructura sino un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. La estructura y la estructura creída se apoyan y se justifican entre sí y cualquiera de ellas puede ser la vía de acceso para la terapia. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo y todo

cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura.

El terapeuta es un creador de universos, ofrecerá a la familia una realidad diferente. Sólo utilizará los hechos que la familia reconoce como verdaderos y a partir de ellos edificará un ordenamiento nuevo.

Las técnicas que le permiten al terapeuta cuestionar la manera en que la familia legitima su estructura son:

Constructos Cognitivos: la familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos en el que iba manteniendo su ordenamiento, escogió un esquema explicativo preferencial. Este puede y debe ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia nuevas modalidades de interacción. El terapeuta empieza por aflojar la rigidez del esquema preferencial. También desestima muchos de los hechos que la familia presenta y selecciona la realidad terapéutica de acuerdo a las metas terapéuticas.

Las técnicas para modificar la realidad de la familia se agrupan en tres:

- *Símbolos Universales:* el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución o en un acuerdo que rebasara el ámbito de la familia. Esto mismo se puede lograr apoyándose en el sentido común, la experiencia común o la tradición.
- *Verdades Familiares:* el terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.
- *Consejo Especializado:* el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría. El terapeuta puede desplazar también las posiciones de explicación incluyendo la perspectiva de un miembro o pasar a una diferente perspectiva familiar.

Intervenciones Paradójicas: es paradójica la intervención que obedecida, tendrá por consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder.

Las tres principales técnicas utilizadas para idear y aplicar una paradoja sistémica son:

- *Redefinición:* se propone modificar el modo en que la familia percibe el síntoma. Redefinido el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él.
- *Prescripción:* se prescribe como conclusión inevitable de la lógica de la propia familia aquel mismo ciclo de interacción que es el que produce el síntoma. Las reglas secretas del juego se ponen de manifiesto y la familia se ve precisada a asumir la responsabilidad de sus propias acciones.
- *Restricción:* cada vez que la familia presente signos de cambio, el terapeuta deberá refrenarlos, lamentarlos. No se cesa de enumerar las consecuencias del cambio y anticipa las dificultades nuevas que habrán de surgir, predice el modo en que afectarán al sistema y permite que la familia cambie a pesar de todo ello.

Lados Fuertes: toda familia contiene elementos positivos y algunos de estos son: promueve el crecimiento, procura apoyo y contribuye a afirmar el sentimiento que cada uno tiene de su propia capacidad y valía. El sondeo de los lados fuertes de la familia es esencial para combatir disfunciones de la familia. Si el terapeuta se enfoca en las capacidades curativas contenidas en la familia, el resultado puede ser una transformación de la realidad apprehendida por aquella.

Este cuestionamiento puede recaer en:

- *Respuesta al paciente individualizado:* la familia está respondiendo al paciente identificando, ocultando sus lados positivos y fortalezas y concentrándose únicamente en sus lados negativos o debilidades. El terapeuta debe cambiar la visión que la familia tiene del paciente ayudándolos a percibir sus lados fuertes.
- *Alternativas de interacción:* las familias tienden a estereotipar las interacciones interpersonales en errores repetitivos, con la consecuencia de reducir la visión que tienen de los otros y enfocar las deficiencias. El terapeuta puede cuestionar la definición que le presentan sobre la base de lo que él observa. También puede manifestar que no cree en el encuadre que la familia presenta formulado enunciados de curiosidad.

CONSIDERACIONES FINALES

Según Hoffman (1981) una de las fortalezas de este modelo es que tiene un método claro y una teoría consecuente con su método, así como técnicas específicas para lograr el cambio. Este modelo es de especial utilidad para familias que generalmente funcionan bien y que han perdido su estructura por alguna situación específica, asimismo, se tienen claras pruebas de que funciona en familias con niños con problemas graves (psicosomáticos, de conducta, etc.). También el modelo cuenta con formas específicas de realizar hipótesis e ir planteando metas y objetivos claros lo que permite de alguna manera evaluar los avances y cambios.

Algunas de las críticas que diferentes autores han hecho a este enfoque consisten en la tendenciosa idea que se tiene sobre lo que es una familia “normal” y el intento inminente de convertir a todas las familias en “normales”, sin tomar en cuenta las diferencias de culturas y de clases. El modelo se ha ido flexibilizando a lo largo del tiempo de tal forma que ya incluye y toma en cuenta las distintas formas de organización y las diferentes estructuras familiares, respetando las costumbres y creencias hasta el punto en que funcionen para el bienestar de los miembros de la familia. Yo considero que esta limitación tiene que ver más con la flexibilidad del terapeuta y su entendimiento de las distintas estructuras familiares, más que con el modelo en sí.

Una limitación del enfoque estructural según Hoffman (1981) es que parece sencillo, pero en realidad es difícil de enseñar. Los aspirantes deben ver a muchas familias antes de empezar a reconocer las pautas invisibles que un experimentado terapeuta estructural reconoce rápidamente. Para ser un buen terapeuta estructural se requiere experiencia y una intensa supervisión, con lo cual estoy de acuerdo, ya que tuve la oportunidad de observar en vivo a Salvador Minuchin y es impresionante la rapidez con la que él evalúa la estructura familiar y planea intervenciones acorde a su conceptualización. Considero que es un enfoque muy claro, que cuenta con técnicas que nos permiten a los terapeutas inexpertos intervenir de manera eficaz.

MODELO ESTRATÉGICO

Los principales representantes de este enfoque son Jay Haley y Cloe Madanes. Nichols y Schwartz (1998) describen a Haley como una de las figuras más importantes para el desarrollo del modelo de comunicación del grupo de Palo Alto. Haley estudió con tres de los más importantes pioneros en la evolución de la terapia familiar que son: Bateson, Erickson y Minuchin y combinó ideas de los tres para crear su terapia. En los años 70's se volvió popular por su terapia familiar estratégica.

Haley desarrolló un modelo de terapia breve centrado en el contexto y en el posible funcionamiento de los síntomas del paciente. Utilizaba directivas pues creía que era más importante lograr que los pacientes hicieran algo acerca de sus problemas que ayudarlos a entender el por qué tenían esos problemas. Centró su interés en las tríadas o triángulos perversos que se daban entre generaciones.

Después de trabajar 10 años con Minuchin en el *Philadelphia Child Guidance Clinic*, Haley se mudó a Washington en donde fundó el Instituto de Terapia Familiar junto con Cloe Madanes, el cual actualmente se ha convertido en uno de los mayores institutos del país para entrenamiento de terapeutas familiares.

De los estudios realizados, su experiencia con los 3 pioneros y experiencia en el Instituto al lado de Madanes surgen los principios básicos, conceptos, metas, estrategias y principales técnicas de este enfoque.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Existen una serie de principios básicos que rigen el pensar y actuar de los terapeutas estratégicos, según Haley (1980) estos son algunos de ellos:

- La existencia de un orden jerárquico es inevitable porque está en la naturaleza misma de la organización.
- Todas las familias deben organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más status y poder y quiénes ocuparan un nivel secundario.
- La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso y de que existe una lucha de poder entre sus miembros.
- La organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos o se dan jerarquías incongruentes.
- La terapia familiar estratégica se basa en la idea de que las familias son sistemas gobernados por reglas que se entienden mejor en su contexto.

- El problema o síntoma presentado tiene una función en la familia que debe ser reconocida.
- Los síntomas son los que mantienen al sistema y son representativos de la dinámica relacional de la familia.
- Más importante que la comprensión de por qué sucede el problema es lograr cambios conductuales y funcionales en la familia.
- Terapeuta y cliente se ponen de acuerdo en cuales serán las metas del tratamiento, definiéndolas en términos conductuales que permitan ser fácilmente alcanzables y evaluadas por ambos.
- El terapeuta es el causante de lo que sucede en las sesiones de terapia y es el encargado de diseñar una estrategia particular para cada problema.
- En este tipo de terapia la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta quien debe: identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.
- En esta terapia el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

PRINCIPALES CONCEPTOS

A lo largo del tiempo Haley (1980), ha desarrollado algunos conceptos que se consideran básicos para entender a la familia y su dinámica, como lo son:

Jerarquía: la jerarquía en una familia es mantenida por todos sus integrantes, cuando cambia, los de abajo se esfuerzan tanto como los de arriba por restablecer la jerarquía. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional, aunque pueden estar presentes otros factores como los son, sexo, ingresos económicos, inteligencia, capacidades y destreza.

Poder: en todas las organizaciones hay ciertas personas que poseen más poder y responsabilidad que otras, por lo que pueden determinar lo que se va a hacer (Madanes, 1982).

Lucha de Poder: es la lucha que resulta del esfuerzo por aclarar o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía de una organización.

Coaliciones: alianza inapropiada que se da entre alguno o ambos padres y los hijos contra una tercera persona (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Secuencias: una jerarquía puede delinearse observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una organización, pues una estructura está compuesta por actos

reiterados entre personas. La secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico.

Conflictos trigeneracionales: una de las secuencias problema más comunes es la trigeneracional, en cuya situación clásica interviene la abuela, la madre y el niño. Otra forma de este conflicto es el niño en función parental, en algunas familias hay una tercera generación que no está claramente definida como tal, pues en un nivel intermedio aparece un hijo o hija mayor que actúa en función parental con los más pequeños.

Conflictos bigeneracionales: hay dos pautas típicas que aparecen como conflictos bigeneracionales, una sería la de la madre agobiada, en la que la madre se ocupa de todos y cada uno de sus hijos sin que haya jerarquía entre los niños. Cada niño se maneja con sus hermanos a través de la madre. La otra pauta es la oposición entre los progenitores en el que un progenitor se coliga con el niño contra el otro progenitor.

Comunicación Digital: integrada por mensajes donde cada formulación posee un único referente específico. Ocurre o no ocurre algo, pues cada mensaje se refiere a una cosa, sin incluir otras distintas.

Comunicación Analógica: tipo de mensaje que encierra múltiples referentes, cada mensaje se refiere a un contexto de otros mensajes o lo establece. Se puede expresar mediante un enunciado verbal (símil o metáfora) o mediante una acción.

Comunicación Simétrica: es aquella en la que se intercambia el mismo tipo de conducta entre dos individuos y tiende a ser competitiva y a acentuar la igualdad (Haley, 1989).

Comunicación Complementaria: es cuando dos personas intercambian tipos diferentes de conducta, pues una se encuentra en posición superior y la otra en posición secundaria (Haley, 1989).

Ciclo vital de la familia: se refiere a los procesos vitales “normales” u ordinarios de las familias. Cualquiera que sea la etapa de la vida familiar, la transición a la siguiente etapa constituye un hito crucial en el desarrollo de una persona y de su familia (Haley, 1986).

METAS TERAPÉUTICAS

La principal meta terapéutica y obligación del terapeuta es lograr resolver o cambiar el problema presentado por la familia o paciente. Si esta meta no se logra entonces la terapia ha fracasado. Los terapeutas no se deben dejar distraer por otros asuntos que les hagan olvidar la meta principal. Si el terapeuta se enfoca en los síntomas tiene una mayor oportunidad de provocar un cambio. Por lo tanto, el terapeuta procederá por pasos que le permitirán ir alcanzando los objetivos hasta lograr la meta final.

Sánchez y Gutierrez (2000) explica que la meta de la terapia estratégica es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos, que ayuden a los pacientes a superar la crisis que presentan.

Para lograr los cambios en la terapia familiar estratégica el terapeuta debe observar la dinámica relacional de la familia, poniendo el foco de su atención en:

- Patrones o secuencias
- Coaliciones
- Comunicación
- Jerarquía y
- Poder

De esta forma el terapeuta podrá planear la estrategia adecuada que le permita alcanzar la meta principal del tratamiento, lograr algunos cambios en la familia y cumplir con algunos de los objetivos de la terapia que según Haley (1980) y Madanes (1982), pueden ser:

- Cambiar la secuencia, modificando así la jerarquía de la familia; impidiendo la repetición de secuencias e introduciendo mayor complejidad y alternativas.
- Cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los límites generacionales.
- Lograr una comunicación más clara y directa entre los miembros familiares, sin que tengan que recurrir al síntoma como forma de ejercer el poder y/o la comunicación familiar.
- Cambiar las jerarquías incongruentes a jerarquías congruentes que permitan una mejor dinámica relacional.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

Como su nombre lo indica el enfoque estratégico se basa en la creación de estrategias específicas para cada paciente o familia y su respectivo problema, de tal forma que se elabore un plan que tenga por finalidad ayudar al paciente o familia a resolver el problema presentado.

Haley (1980) resalta la importancia del buen inicio de la relación terapéutica y comprensión del problema por lo que propone 4 etapas fundamentales que deben llevarse a cabo en la primera entrevista y que permitirán la creación de una buena estrategia o plan de acción y son:

1. Creación de la relación terapéutica (etapa social)
2. Clarificar el problema presentado (etapa de planteo del problema)
3. Observar las interacciones familiares (etapa de interacción)
4. Establecer metas y objetivos (etapa de definición de los cambios deseados)

Cumplidas las etapas anteriores se procede a la creación de la estrategia terapéutica que según Fernández (1984) debe cumplir con los siguientes principios:

- **Flexibilidad:** la intervención debe adaptarse al problema y no el problema a un procedimiento rígido establecido de antemano por cualquier escuela.
- **Economía:** la intervención terapéutica se planeará con el mínimo de medios y el máximo de resultados.
- **Simplicidad:** consiste en evitar complejidades innecesarias en el trazo de los planes de acción, utilizando las tácticas o técnicas concretas que mejor se adapten.
- **Control:** se requiere de un encauzamiento de la acción para el logro de los objetivos planeados. El terapeuta deberá mantener la acción dentro de ciertos límites, los cuales se planean formando parte de la estrategia.
- **Seguridad:** necesidad de elegir adecuadamente los procedimientos concretos que van a emplearse durante la intervención.
- **Iniciativa:** convicción de que la intervención terapéutica debe de ser activa, manteniendo una constante actividad terapéutica.
- **Sorpresa:** el ataque inesperado del terapeuta al paciente aumenta la eficacia de algunas maniobras.

Una vez diseñada la estrategia terapéutica hay que instrumentarla, anticipándose y respondiendo las objeciones de los miembros de la familia, redefiniendo y reformulando la situación e impartiendo directivas. Es importante que una estrategia terapéutica combine varias intervenciones (Madanes, 1982).

Por lo mismo, dentro de la estrategia terapéutica se utilizan una serie de tácticas y técnicas que permitirán alcanzar los objetivos o sub-metas del plan. Según Haley (1986) las técnicas que se utilizan más frecuentemente en la terapia estratégica, para lograr la resolución del problema presentado por el cliente, son:

Aliento de la resistencia: cuando se acepta la resistencia de un sujeto e incluso se alienta, éste queda atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa, y una vez que está cooperando se le puede desviar hacia una nueva conducta.

Ofrecimiento de una alternativa peor: se dirige al paciente en un sentido pero haciéndolo de tal manera que en realidad lo incita a ir en otro. Se hace en forma calculada ofreciendo a la persona algo que no le gusta para que ésta elija otra cosa, a veces se emplea una amenaza u otro procedimiento que induzca a la persona a cambiar para ahorrarse algo peor.

Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas: cuando un sujeto resiste las directivas, es posible encarar el problema comunicándose con él en términos de una analogía o metáfora. Se trabaja en el terreno de la metáfora mediante parábolas, acciones interpersonales y directivas para generar cambios.

Aliento de una recaída: a veces cuando un paciente está mejorando y lo está haciendo con demasiada rapidez, es bueno prescribir una recaída. Así, la única manera en que el paciente puede resistirse es no tener una recaída y seguir mejorando.

Frustración de una respuesta para alentarla: se indica al sujeto una cierta manera de comportarse y cuando éste comienza a cumplir con la indicación se corta la respuesta y se pasa a otra área, para después retomar la directiva original y que el sujeto responda mejor debido a su frustración anterior.

Empleo del espacio y la posición: la conducta de cada miembro puede modificarse hacia otros si se cambia su orientación espacial. Por lo mismo es importante definir a la persona en términos de su posición y luego alterarla para que con ella cambie también la persona.

Énfasis en lo positivo: consiste en destacar lo que hay de positivo en la conducta de una persona. No se trata de minimizar las dificultades, sino encontrar en ellas algún aspecto que pueda aprovecharse para mejorar el funcionamiento de una persona o de su familia.

Siembra de ideas: es necesario sembrar o establecer ciertas ideas para después construir algo sobre ellas. De esta forma si se desea lograr una determinada respuesta, ya se ha establecido anteriormente su infraestructura.

Ampliación de una desviación: es vital primero tratar de alcanzar una pequeña respuesta y luego construir sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta. Esta técnica consiste en elegir un aspecto del sistema y provocar en él una desviación, que después es alentada y ampliada hasta que el sistema se descontrola y tiene que reorganizarse.

Amnesia y control de la información: en la sesión se organiza lo que se va a decir y cómo se va a decir, de modo que los sucesos se orienten hacia objetivos particulares. La estimulación del terapeuta puede dirigirse hacia diversas partes de la familia, con un cuidadoso control de cómo ha de distribuirse la nueva información entre los miembros.

Refrenamiento de la mejoría o advertencia de los peligros de una mejoría: se exponen las “consecuencias” que tendrá para la familia la solución del problema (Haley, 1980).

Directivas: aquella que puede darse en forma directa o implícita y que constituye un mensaje para que la otra persona haga algo en ese sentido. La finalidad de las directivas puede ser: hacer que la gente se comporte de manera diferente, intensificar la relación entre cliente y terapeuta y obtener información (Haley, 1980).

Metáforas: son formulaciones de una cosa que se parece a otra. Pero las metáforas no se expresan solo con palabras pues hay también acciones metafóricas (Haley, 1980).

Paradojas: son empleadas en los casos en que se espera que las personas se resistan y de ese modo cambien. Algunas familias que acuden pidiendo ayuda la rechazan, dado que son reacias al cambio de su situación problemática (Haley, 1980).

Redefinición del Problema: consiste en cambiar la definición del problema de tal forma que pueda ser solucionado. El propósito es plantear un problema resoluble (Madanes, 1982).

Coaliciones temporales del terapeuta: el terapeuta deberá unirse temporalmente en diversas coaliciones sin apoyar, en última instancia, a nadie contra nadie. Debe formar en otros casos múltiples coaliciones simultáneas o coaliciones prolongadas con algún miembro con el fin de provocar un cambio (Haley, 1980).

Tareas conductuales: consisten en reflexionar sobre el problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y hallar una directiva que cambie a ambos. Son una técnica muy utilizada en la terapia familiar estratégica (Haley, 1980).

Tareas basadas en la simulación: consisten básicamente en la simulación o representación del síntoma insertando algunos cambios en la secuencia sintomática. Son ocupadas principalmente por Cloé Madanes.

Partiendo de las técnicas generales, Haley (1980) también propone algunas técnicas específicas para el manejo de los conflictos bigeneracionales que son:

Utilizar a la persona periférica: el terapeuta trata de romper la intensa relación entre la díada, valiéndose de la persona periférica para lograrlo.

Quebrar la díada mediante una tarea: se orienta hacia ocupaciones diferentes al hijo y al progenitor integrantes de la díada, para que se debilite su vínculo. Otra forma consiste en impartir una tarea que estimule todavía más el involucramiento del progenitor, pero que en realidad rompa la díada debido al sobreinvolucramiento.

Penetrar a través de los progenitores: se rompe la díada sobreinvolucrada pasando directamente a una relación más intensa entre los padres. El terapeuta se desengancha dejando a los progenitores involucrados entre sí y al hijo relacionándose con sus pares.

Madanes (1982) por su parte, propone también algunas técnicas específicas para resolver los conflictos entre padres e hijos como lo son:

Cambio de la acción metafórica: consiste en modificar la conducta perturbada de un hijo reemplazando su síntoma por otra acción, de modo tal que la nueva acción metafórica cumpla una función positiva en la familia sin las consecuencias.

Suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso: un hijo sintomático expresa metafóricamente los fracasos de un progenitor, el terapeuta debe, por adelantado, recetar a ese progenitor la mejoría de su hijo, de tal manera que las conductas del hijo se conviertan en metáforas del éxito del progenitor.

Cambio de la solución metafórica: la conducta perturbada de un niño es a la vez una metáfora y una solución del problema de un progenitor, el terapeuta debe cambiar estas consecuencias de modo que se conviertan en un sacrificio para el progenitor o en una solución desagradable para el hijo, así su conducta perturbada ya no cumplirá su función y será desechada.

CONSIDERACIONES FINALES

El modelo estratégico es uno de los modelos que mayor controversia ha causado dentro de los terapeutas familiares, así como uno de los enfoques familiares que se ha visto sometido a diversas críticas por parte de otras escuelas y terapeutas.

Según González (2004) algunas de las críticas que se le hacen al modelo son que:

- El enfoque ubica al terapeuta en una posición superior al cliente, que da oportunidad a la manipulación.
- Hay a quien le parece un enfoque superficial al comparar su epistemología con la de terapias más convencionales.
- Resulta un enfoque no investigable, dada su neta individualización y consecuentes secuencias técnicas y contenidos estándares muy esenciales.

Asimismo, Hoffman (1981) comenta que algunas de las críticas que hacen los tradicionalistas a este modelo son: la excesiva manipulación a los pacientes y el enfoque teórico tan estrecho que manejan en comparación de otras escuelas. El mismo Haley (1980) ha respondido a estas críticas mencionando que actualmente se admite la imposibilidad de practicar terapia sin manipular a la gente, en el sentido de influenciarla para que cambie, puesto que el objeto de la terapia es justamente el cambio. Pero se cuestiona ¿hasta qué punto el terapeuta debe mantener sus maniobras fuera de la conciencia del paciente? y si ¿es ético manipular al paciente fuera de su conciencia?. Menciona que la diferencia crucial de opinión se centra en si el terapeuta cree o no que los pacientes necesitan educación y comprensión, pues según él, el paciente ya comprende su problema y lo que necesita es una forma de liberarse a sí mismo de él. Concluye mencionando que con la experiencia el terapeuta desarrolla una postura ética y aprende a juzgar cada situación según sus méritos y que los profesionales que han practicado terapia durante largos años saben discernir entre conducta ética y no ética; probablemente racionalicen e intenten engañarse a sí mismos y a los demás acerca de su comportamiento, pero saben qué están haciendo.

Por otro lado, Hoffman reconoce algunas de las mayores contribuciones de la terapia estratégica como son: la creación de un modelo elegante y ahorrativo para el cambio, los procedimientos que se utilizan para seguir los comportamientos en torno al problema, el entendimiento claro de la secuencia autopropagadora de la familia y el empleo de técnicas paradójicas para contrarrestar la resistencia. Para mí, como profesional, me ha dejado muchos aportes la terapia estratégica, como lo son: la importancia de la clara definición del problema y las metas terapéuticas, técnicas y estrategias específicas para la resolución de ciertos problemas (conyugales, de padres y adolescentes, conflictos bigeneracionales o trigeneracionales, etc.), técnicas específicas para el manejo de la resistencia, la comprensión de las jerarquías incongruentes, la idea de que es imposible pasar directamente de un estado anormal a otro normal y que es más eficaz pensar en términos de etapas entre anormalidad y normalidad.

Algunos de los riesgos que la autora reconoce en este enfoque, sobre todo para los principiantes, es que ofrece fórmulas engañosamente sencillas para identificar lo que se debe cambiar y cómo cambiarlo. Con este punto estoy en total acuerdo ya que

considero que al ser visto este enfoque de una manera superficial puede malentenderse, cuando a mi parecer es complicado planear una estrategia específica para la familia pues esto requiere de una excelente comprensión de la dinámica familiar, el problema, los comportamientos asociados y la perpetuación del mismo, ya que sólo en el momento en que se tenga una plena comprensión de la manera en que los factores anteriormente mencionados se entrelazan en la creación y mantenimiento del problema, es en ese momento en el que se podrá crear una estrategia que permita la mejor solución del problema. Una parte que me parece además admirable del enfoque y de este tipo de terapeutas es que asuman la responsabilidad del paciente con todo lo que esto conlleva, aunque estoy de acuerdo en que esta jerarquía debe ser utilizada de manera conciente, ética, respetuosa y responsable, para que la terapia no se convierta en una manipulación, sino en un intercambio terapéutico que permita a los pacientes lograr los cambios deseados y la más eficiente resolución de su problemática.

MODELO DE TERAPIA BREVE

Los iniciadores de este modelo fueron los terapeutas vinculados al *Mental Research Institute MRI* de Palo Alto (California), los fundadores de esta escuela son: Jackson, Watzlawick y Weakland.

Precursor de la terapia familiar breve fue el modelo de comunicación, cuyo auge se dió en los decenios de 1950-1979, los pioneros de este modelo fueron los miembros del estudio del modelo de comunicación de la esquizofrenia, desarrollado por Don Jackson y Jay Haley en el *Mental Research Institute* (MRI). Según Sánchez y Gutiérrez (2000), Jackson fue el fundador del MRI en noviembre de 1958, recibiendo su primer presupuesto para investigación en el 59. El grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se le unieron Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y profesor.

En 1967, diez años después de haberse establecido el MRI, algunos fundadores, desilusionados de la terapia familiar, se interesaron en la terapia hipnótica breve de Milton Erickson. Esto llevó a Jackson a constituir el "Proyecto de Terapias Breves" bajo la dirección de Richard Fisch, sus asociados fueron Bodin, Haley, Watzlawick y Weakland.

La terapia breve del MRI ha tenido algunos cambios a lo largo del tiempo, actualmente, se encuentra en su tercer decenio de trabajo constante. El MRI ha impartido cursos en diversas partes del mundo como lo son: Estados Unidos, Europa y Sudamérica. El primer libro que este proyecto editó fue *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), que ha sido traducido ya a nueve idiomas. A esta publicación le continuó *How to* (Fisch, Weakland y Seagal, 1994) libro que contiene "*Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*". Los asociados del MRI han publicado hasta la fecha más de diez publicaciones.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Algunos de los principios que rigen la terapia breve según Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) son:

- La patología de la familia se determina a través de la comunicación y, por lo tanto, toma como sinónimos el comportamiento patológico y la comunicación patológica.
- Los miembros de una familia se comunican tanto analógicamente como digitalmente, con lenguaje verbal y no verbal.
- La interacción familiar es como un sistema de información cerrado en el que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema.
- Cada interacción refleja un contenido y un aspecto característico de la relación familiar, a lo que se le llama metacomunicación.
- Las dificultades cotidianas pueden convertirse en problemas cuando se afrontan inadecuadamente y se sigue utilizando “más de lo mismo” para su solución.
- El comportamiento problemático inexplicablemente está ligado a la conducta de solución del problema y es la clave para comprender cómo éste último persiste. El problema persiste por las soluciones intentadas, que lo mantienen o exacerban.
- El terapeuta debe ampliar el foco con cada paciente, para comprender cada historia y cada problema, de manera que pueda desarrollar los métodos que cambien el comportamiento, las verdades y los sentimientos de las personas.
- El terapeuta es el agente activo del cambio y persigue objetivos específicos durante el proceso.
- Este enfoque hace especial énfasis en el cambio, para ser más específicos, en el cambio más rápidamente obtenible.
- Existen dos tipos de cambio que se pueden lograr en un grupo o sistema. Uno de ellos tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado (tipo 1); por otro lado, el otro es aquel en el cual su sola aparición cambia al sistema mismo (tipo 2).

PRINCIPALES CONCEPTOS

A lo largo del tiempo Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) y Fisch, Weakland y Segal (1994) han desarrollado algunos conceptos que se consideran básicos para entender a la familia y su dinámica dentro de esta escuela, como lo son:

Comunicación: toda conducta es concebida de manera relacional y representa una forma de comunicación.

Metacomunicación: comunicación sobre la comunicación. Significa que cualquier conducta de comunicación (lenguaje, gestos, facial, etc.) tiene la capacidad de diferenciar la información que se está transmitiendo. Todos los modelos de comunicación existentes pueden utilizarse como modalidades de metacomunicación.

Sintaxis: se centra en el modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación de ésta, además de los canales utilizados en la comunicación.

Semántica: es el significado de la comunicación. Aquí la habilidad para transmitir y recibir el mensaje es de suma importancia para que el terapeuta pueda observar la claridad de los mensajes de la familia, la incoherencia.

Pragmática: se refiere al comportamiento como consecuencia de la comunicación. Debe basarse en contextos reales y específicos. Cuando la comunicación no es clara ni coherente, se puede presentar el doble vínculo.

Doble vínculo: tipo de comunicación en la que nunca existe un mensaje aislado, sino que se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos, y por lo general transmitidos en diferentes canales. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí, crear pugnas y desconcierto, es decir, dar un mensaje ambivalente.

Dificultad: puede definirse como un estado de cosas indeseable, que bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común y para el cual no se precisan capacidades especiales para resolver problemas, o bien, se puede tratar de una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no hay una solución conocida y hay que sobrellevar (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Problemas: son los callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles o crisis, creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen tres modos de enfocar mal las dificultades y son:

- **Las terribles simplificaciones:** aquí el intento de solución es negar que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción. Este intento de solución consiste en no ver el problema, es una mezcla de negación y ataque.
- **Síndrome de utopía:** se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente. Es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- **Paradojas:** en este caso, se cae en un error de tipificación lógica. Es decir, se realiza un cambio tipo 1 en un problema que requiere un cambio tipo 2 para su solución, y viceversa; la acción es emprendida en un nivel equivocado lo cual crea una situación insostenible.

Más de lo mismo: error de tipo lógico en el que muchas veces interpretamos que la solución de un problema debe ser aplicar un efecto contrario al problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

METAS TERAPÉUTICAS

El proyecto de terapia breve, de diez sesiones, se inicia con tres objetivos o metas:

1. Solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenta la familia.
2. Transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros.
3. Estudiar los cambios en el sistema familiar.

Después de la primera entrevista y una vez que el terapeuta ha identificado con claridad los problemas familiares, es preciso que establezca objetivos o metas a cubrir a lo largo del tratamiento.

Los especialistas del MRI no especifican la universalidad del establecimiento de objetivos o metas a tratar, pero si establecen que lo importante es ayudar a la familia a resolver sus problemas, lo que usualmente se relaciona con situaciones o dificultades que se presentan dentro de las interacciones entre los miembros, tanto al interior de la familia como a nivel individual.

Las quejas de los clientes son el problema a tratar, por lo que los terapeutas del MRI siempre aceptan los objetivos terapéuticos del cliente, sus valores y creencias. Los terapeutas del MRI invariablemente propondrán junto con el cliente los objetivos o metas terapéuticas. Los objetivos son establecidos entonces por terapeuta y paciente y no por el modelo.

En este modelo se precisa que la resolución de los problemas que presenta la familia, debe basarse en la interrupción de los patrones de conducta que proveen un círculo vicioso en las conductas disfuncionales, es decir evitar que la familia realice más de lo mismo.

El tratamiento debe enfocarse en qué ocurre en las interacciones de las personas involucradas en la problemática, en cómo se mantiene el funcionamiento de esas interacciones y cómo se puede alterar de manera más efectiva. El terapeuta a través de la intervenciones que realice buscará prevenir por todos los medios posibles que algún miembro de la familia se sienta culpable debido a los problemas que presentan, por lo que debe poner énfasis en los beneficios que experimentarán en caso de que la terapia funcione, de este modo aumentará sus esperanzas y reducirá sus miedos.

Los objetivos y metas que se planteen en la terapia deben ser razonables, claros y a corto plazo para que el paciente experimente éxito cada vez que se logra un cambio, por pequeño que sea, ya que si los objetivos son a largo plazo los pacientes llegan a frustrarse debido a que no ven logros de manera frecuente y regular.

El objetivo final de la terapia breve es reducir o eliminar el estrés o sufrimiento del paciente y que su problema se solucione a satisfacción de éste, lo cual se puede lograr a través de: impedir que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema o rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

Para seleccionar el orden o la secuencia con la que se van a trabajar las diferentes metas a lo largo del tratamiento, es factible guiarse por la línea base que propusieron Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) para el seguimiento de los objetivos a cubrir en terapia:

- Satisfacción de los participantes.
- Sensibilización del terapeuta.
- Desplegar modestia para minimizar la posibilidad de fracaso en el tratamiento.
- Lograr que los pacientes sean objetivos en cuanto al tratamiento.

Con el fin de resolver eficazmente los problemas de una familia y que se logren las metas del tratamiento, el MRI establece algunos principios terapéuticos (Bateson y Ruesch, 1984) como son:

- Tomar nota del contexto en el que se evalúa la problemática familiar y en el que se va a dirigir la terapia.
- Poner atención a los aspectos tanto promotores como no promotores de un buen funcionamiento familiar.
- Basar la terapia en la remoción o disminución de los síntomas problemáticos.
- Brindar orientación a la persona que está conduciendo el tratamiento, para mantener un balance entre los pacientes y el terapeuta mismo.

Puesto que el objetivo o meta general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la dolencia que manifiesta el paciente, la claridad que el terapeuta tenga en la planificación del caso resulta decisiva para el mismo. En este enfoque de orientación estratégica la planificación requiere una mayor precisión, en especial en lo que se refiere a los objetivos, las estrategias del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en marcha dichas estrategias. (Fisch, Weakland y Segal, 1994)

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

La terapia breve está constituida por una serie de estrategias, actividades y técnicas que buscan ayudar a la familia en el problema presentado, la clasificación de algunos autores se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1
Estrategias Básicas del Enfoque de Terapia Breve

Según Watzlawick, Weakland y Fisch	Según Sánchez y Gutiérrez
Establecer el problema del cliente.	Identificar cuál miembro de la familia está motivado para el tratamiento.
Establecer la solución intentada por el cliente.	Recopilar la mayor y más clara información del problema y su posible solución.
Decidir que se debe evitar.	Establecer objetivos específicos.
Formular un enfoque estratégico.	Formular un plan o estrategia para realizar cambios benévolos.
Formular tácticas concretas.	Implantar intervenciones para interrumpir los intentos de solución.
Encuadrar la sugerencia en un contexto.	Valorar la eficacia del tratamiento.
Formular objetivos y evaluar resultado.	Terminar el tratamiento.

Elaboración Propia: Tomado de Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) y Sánchez y Gutiérrez (2000)

Según Fisch, Weakland y Segal (1994) dos cosas importantes que deben tomarse en cuenta a lo largo de un proceso terapéutico de terapia breve son:

La capacidad de maniobra: que consiste en la libertad que tiene el terapeuta para actuar en la forma que considera más adecuada. Significa tener la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos que se presenten, lo que implica mantener el control sobre el tratamiento de manera que permanezcan abiertas las opciones y al mismo tiempo reducir la capacidad de maniobra del cliente. Algunos de los medios que puede utilizar el terapeuta para aumentar su capacidad de maniobra son:

- Oportunidad y ritmo
- Tiempo necesario
- Uso del lenguaje condicional
- Buscar que el cliente concrete
- Mantener una actitud igualitaria
- Sesiones individuales y conjuntas

Postura del paciente: una estrategia importante de esta terapia es respetar la postura del paciente lo que implica entender que éste tiene sus propias creencias, valores y prioridades consolidadas que determinan su actuar. La postura del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia y persuadirlo utilizando su postura permite facilitar su colaboración.

Aparte de estas estrategias a las que se recurre constantemente durante el proceso el terapeuta breve puede hacer uso de una serie de técnicas como las mencionadas por Fisch, Weakland y Segal (1994) y Sánchez y Gutiérrez (2000) entre las cuales se encuentran:

Prescripción del síntoma o Prescripción paradójica: se aumenta el ángulo de desviación de los pacientes ante el resto de la familia, prescribiendo que incremente el síntoma como medida terapéutica.

Diferencias desconocidas: en esta técnica se requiere que cada uno de los integrantes de la familia expresen su punto de vista particular de una lista determinada de aspectos a evaluar de los demás miembros.

Carta en blanco: la cual consiste en dar al terapeuta una carta en blanco en la que el paciente está de acuerdo en hacer cualquier cosa que se le pida sin rehusarse a ello.

Llamar la atención: técnica en la que se hacen notar las características que enorgullecen al paciente con el fin de eliminar el temor.

Deshecho de conductas incomprensibles: técnica a través de la cual se pretende evitar los términos que etiquetan al paciente con el fin de lograr que la situación que lo rodea se normalice en todos los aspectos.

Redefiniciones o reformulaciones: es cuando el terapeuta coloca etiquetas a las conductas de los individuos las cuales son facilitadoras del cambio, el terapeuta utiliza estas etiquetas sin preocuparse de si son verdad o mentira, pues la finalidad es el cambio.

Intento de forzar algo que solo puede ocurrir espontáneo: mediante esta técnica se pretende invertir el intento del paciente para superar el problema a través de provocar el síntoma, definir el síntoma indeseado como beneficioso o incorporar un ritual o un ritual aversivo.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: aquí se pide la exposición a la tarea exigiendo una ausencia de dominio o dominio completo en ella.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: mediante una “venta” atractiva de la intervención se pide al solicitante que se coloque en una actitud de inferioridad o bien se solicita el sabotaje benévolo.

Sabotaje Benévolo: consiste en sorprender a la persona que presenta una conducta poco usual, molesta o frustrante para los demás, de manera que se reclama cualquier intención hacia una acción que provoque molestia hacia uno o todos los miembros de la familia.

Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: aquí se busca la redefinición del síntoma como inconscientemente destructivo.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: por medio de la cual se busca la interferencia de la acusación o la aceptación de las acusaciones por parte del defensor.

Algunas técnicas o intervenciones más generales propuestas por Fisch, Weakland y Segal (1994) son:

No apresurarse: donde el terapeuta debe ofrecer razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa y eviten en el paciente una sensación de urgencia y tendencia al sobreesfuerzo.

Los peligros de una mejoría: en donde el terapeuta puede exponer algún posible inconveniente de la mejoría, para el cliente o para alguien que se halle próximo a él.

Un cambio de dirección: el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y al hacerlo ofrece al cliente una explicación de dicha variación. Es importante para la terapia breve aceptar lo que el cliente ofrece y considerar cómo puede ser utilizado, en vez de discutir acerca de ello.

Cómo empeorar el problema: prescripción extrema a previas soluciones fallidas, en la que se sugiere específicamente en que forma puede lograrse que el problema empeore, haciendo que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y se subraya de forma clara cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

CONSIDERACIONES FINALES

Según Sánchez y Gutiérrez (2000) la práctica de la terapia breve del MRI es difícil porque se aparta de los modelos tradicionales de tratamiento. Este modelo no etiqueta a los pacientes o familias como “enfermos” o “sanos” o como familias “disfuncionales” o “funcionales”, tampoco da a sus clientes diagnósticos de acuerdo a manuales médicos de patología, por lo que los terapeutas que quieren practicar la terapia breve, deben suspender su concepción tradicional para tratar los casos clínicos, lo cual es complicado para la mayoría.

Por otro lado, como la mayoría de los modelos éste ha recibido algunas críticas por su frialdad, superficialidad, su falta de manejo de las emociones y el hecho de que no resuelve el verdadero problema, críticas a las que han dado respuesta los autores a lo largo de sus obras publicadas. El mismo Wendel Ray actual director del MRI en una entrevista que se le hizo, menciona que el hecho de que el modelo no trabaja con las emociones es un mito y que la pregunta que uno debe realizarse es cómo un terapeuta "breve" maneja las emociones en la sesión; no, si las toma en cuenta, porque indefectiblemente se incluyen en el trabajo terapéutico. El tema de la frialdad es un mito no una realidad, menciona Ray y probablemente ha sido creado por alguien a quien le conviene que el modelo de Terapia Breve MRI sea visto como algo frío y que no explora el plano emocional. Comenta que a través del tiempo, el modelo ha recibido críticas, y eso es esperable en cualquier desarrollo, pero que muchas de estas críticas sólo tienden a descalificar este modelo (Ceberio, 2005).

Indudablemente el grupo del MRI ha sido uno de los principales pilares en el desarrollo de la terapia familiar a través de los aportes que ha proporcionado con sus vastas investigaciones. Y a través de la creación de un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio.

A mí parecer es un modelo que puede ser de mucha utilidad para la resolución de algunos problemas específicos y que debe ser usado con mucho cuidado y respeto a la problemática de la familia o el paciente. Considero que son muchos los aprendizajes que me llevo de este enfoque principalmente: la capacidad de definir claramente un problema, estar atenta a las alternativas de solución intentadas por la familia y tomar en cuenta en todo momento la postura del paciente.

MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

Los principales representantes del enfoque centrado en soluciones son Steve de Shazer e Insoo Berg que trabajan en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee; William O'Hanlon, Michelle Weiner-Davies, Ben Furman y Mathew Selekman, entre otros.

En sus inicios este modelo fue influenciado por algunos de los principios de la Terapia Breve del *Mental Research Institute (MRI)* de Palo Alto y por Milton Erickson con su firme creencia y profundo respeto hacia las capacidades y fortalezas de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de que el enfoque partió inicialmente de las ideas del MRI, hubo una evolución de éste, el equipo del BFTC dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, para dedicarse a buscar lo que funcionaba a fin de identificar y ampliar estas secuencias de solución. Además, mantienen que no es necesario saber mucho de la naturaleza de los problemas para resolverlos, pues es más importante la naturaleza de sus soluciones. Un desarrollo importante de este grupo fue declarar la muerte de la resistencia, declarando que ésta no existe y que los clientes realmente quieren cambiar.

Del trabajo de todos estos autores y su evolución surgen los principios, conceptos, estrategias y técnicas que se conocen hoy como la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Algunos de los principios que rigen la terapia breve centrada en soluciones según O'Hanlon y Wiener-Davies (1990) son:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. Es necesario centrarse en la salud mental de los clientes, en sus éxitos, en el manejo de sus problemas, poniendo de relieve sus capacidades, recursos y habilidades y no sus carencias e incapacidades.
- Se debe aceptar el marco de referencia del cliente y trabajar dentro de éste, pues esa será la mejor manera de sacar del cliente la fuerza, recursos y habilidades que necesita para resolver el problema en marcha.

- El cambio es constante, el cambio forma parte de la vida y los clientes no pueden dejar de cambiar, ya que nada sucede siempre y es allí donde están las excepciones.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- Sólo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. El cambio o la resolución de los problemas pueden ser rápidos.
- Es importante la utilización de los medios más simples y directos para llegar a un fin, realizando cambios mínimos que empiecen a resolver las dificultades, ya que después de iniciado el cambio el cliente generará lo demás.
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. Incluso no es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Los clientes definen los objetivos de la terapia, no el terapeuta.
- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- Es necesario centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.
- Una visión atórica, no normativa y determinada por el cliente es necesaria, sin creer en las grandes teorías que aplican a todos los individuos, sino determinando un nuevo tratamiento para cada individuo. Cada encuentro es único y no se puede abordar adecuadamente si se sigue de forma ciega los métodos terapéuticos.
- Por útiles y catárticas que sean las exploraciones y expresiones emocionales, el principal mecanismo del cambio es la modificación fundamental de los constructos que permiten realizar las distinciones y destilar la experiencia (Cade y O’Hanlon, 1995).
- El proceso de evaluación es crucial para la dirección que toma cualquier terapia, y a menudo para su éxito (Cade y O’Hanlon, 1995).

PRINCIPALES CONCEPTOS

Constructos: constituyen el modo singular en que cada uno de nosotros traza distinciones y categoriza sus experiencias (Kelly citado en Cade y O’Hanlon, 1995).

Clientes: la terapia centrada en soluciones no considera oportuno referirse a pacientes, pues parte del hecho de que todas las personas colaboran de una forma u otra para cambiar.

Recursos: fortalezas, capacidades y habilidades que tiene el cliente para poder resolver los problemas que se le presentan.

Excepciones: intentos de solución que ha llevado a cabo la familia y que les han dado buenos resultados para resolver el problema u otros problemas anteriormente.

METAS TERAPÉUTICAS

En este enfoque es de suma importancia la definición clara de metas y objetivos. Estas metas y objetivos deben de ser alcanzables y lo suficientemente concretos para saber cuándo se habrán alcanzado. Para que las metas sean alcanzables, es preferible alentar al cliente a formularlas en términos controlables objetivamente. Las metas bien formuladas consisten en acciones del cliente o en condiciones que esas acciones pueden generar y suelen incluir elementos temporales: cuán a menudo, cuándo, dónde y por cuánto tiempo (Cade y O'Hanlon, 1995).

Según estos autores, una regla fundamental para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. Es decir, partir de un cambio mínimo hacia la meta final. El proceso de negociación de las metas del tratamiento es esencial. Es importante recordar que en la terapia centrada en soluciones son los clientes y NO los terapeutas los que identifican los objetivos o metas a conseguir en el tratamiento. En la terapia se debe trabajar para conseguir los objetivos que han indicado los clientes, sin imponerles las ideas del terapeuta de cómo deberían vivir una vez que el tratamiento haya tenido éxito.

Para O'Hanlon y Wiener-Davies (1990) lo que distingue a este enfoque de los otros, es que en la primera etapa de la terapia, la evaluación, se inicia una búsqueda incesante por las excepciones, en vez de centrarse en el problema y en los intentos fallidos de solución, la terapia se centra en las soluciones que ya están dando resultado, en las excepciones, los recursos y habilidades que ya muestran los clientes en la resolución de su problemática. El proceso mismo de la entrevista inicial se convierte entonces en una intervención, pues mediante el uso de técnicas de entrevista centrada en soluciones, los clientes pueden experimentar durante el transcurso de la sesión cambios importantes en la forma de ver su situación.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

En la terapia orientada hacia las soluciones son tres las cosas que se intentan hacer:

- Cambiar la "forma de actuar" en la situación percibida como problemática.
- Cambiar la "forma de ver" la situación percibida como problemática.
- Evocar recursos, soluciones, capacidades que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática (O'Hanlon y Wiener-Davies 1990).

Para esto se hace uso de una serie de técnicas que han sido descritas por los diversos representantes del enfoque. Para O'Hanlon y Wiener-Davies (1990) las principales técnicas en este enfoque son:

Preguntas presuposicionales: tipo de preguntas que están diseñadas para funcionar como intervenciones, pues buscan encaminar a los clientes hacia respuestas que promuevan y enriquezcan sus recursos. Deben de ser preguntas abiertas.

Excepciones al problema: consisten en evaluar lo que es diferente, buscar las actividades de las que existe constancia que han conseguido el objetivo deseado. Al preguntar por las excepciones al problema no sólo se intenta redirigir la atención hacia lo que ya funciona, sino también orientar a las personas con respecto a lo que nosotros pensamos que es importante saber y sobre qué es importante hablar en la terapia. Algunas de las preguntas que son útiles para recabar información sobre las excepciones son:

- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que... (ocurre la excepción)?
- ¿Cómo conseguiste que eso sucediera?
- ¿De qué manera el que...(ocurra la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?
- ¿Quién más advirtió que... (ocurrió la excepción)? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?
- ¿Cómo conseguiste que dejara de... (el problema)? ¿Cómo conseguiste que...?
- ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace... (una semana, un mes, dos meses, etc.)?
- ¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?
- ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?

Normalizar y despatologizar: esta actitud influye sobre los clientes, llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían. Algunos modos indirectos de normalizar pueden ser: contar anécdotas de nuestra propia experiencia, interrumpir la descripción del cliente y terminar la historia con detalles de nuestro trabajo con otras personas, introducir la duda en las creencias sobre la patología, pedir la receta de la queja y utilizar elogios normalizadores.

Pausa: consiste en la separación que se hace entre el resto de la sesión y la intervención final. Esta separación da al cliente la impresión de que el mensaje es algo importante y concluyente.

Elogios: pueden darse directamente o a través de la reestructuración o la connotación positiva.

Preguntas de avance rápido: son las preguntas orientadas hacia el futuro, pidiendo a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Lo cual consiste básicamente en que los clientes fantaseen acerca de su futuro de una forma concreta y agradable.

Pregunta del milagro: consiste en preguntar al cliente que pasaría si sucediera un milagro y el problema se hubiera ido y averiguar qué cosas serían diferentes entonces (De Shazer, 1991).

Preguntar sobre el problema: se utiliza cuando los clientes no son capaces de describir excepciones o contestar preguntas orientadas hacia el futuro. Se recurre a investigar información muy específica sobre el problema como son los marcos de referencia en los que los clientes sitúan el problema, en qué sentido lo ven como problema, las circunstancias y las secuencias de eventos cuando sucede el problema.

Buscar recursos y soluciones como “más de lo mismo”: se utiliza cuando la actitud positiva del terapeuta sólo lleva a la familia o cliente a adoptar una actitud negativa, por lo que se recurre entonces a enfocarse en el problema.

Intervención sobre el patrón de la queja: consiste en alterar el patrón de la queja a través de alguna modificación pequeña o insignificante de su desarrollo. Esto se puede obtener a través de:

- Cambiar la frecuencia o tasa
- Cambiar el tiempo de ejecución
- Cambiar la duración
- Cambiar el lugar
- Añadir al menos un elemento nuevo al patrón
- Cambiar la secuencia de elementos/eventos
- Descomponer el patrón en piezas o elementos más pequeños
- Unir la realización de la queja a alguna actividad gravosa

Intervención sobre el patrón del contexto: consiste en alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a la queja, modificando patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja.

Tareas de fórmula: en estas se emplea la misma tarea en diversos casos para iniciar cambios en el mismo tipo de problema, estas tareas invariables pueden estar orientadas al problema como a la solución. Entre este tipo de tareas se encuentran:

- Tarea de la fórmula de la primera sesión
- Tarea de la sorpresa para parejas o familias
- Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces

Hipnosis orientada a las soluciones: a través de la cual se pretende despertar las capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema. Busca estimular y emplear procesos, recuerdos y experiencias mediados de forma inconsciente, para resolver las quejas de los clientes y crear la expectativa de cambio.

A parte de las técnicas mencionadas anteriormente Cade y O'Hanlon (1995) definen algunas otras como son:

Ubicación en una escala: es el empleo de preguntas sobre la posición en una escala sobre determinada cuestión. Esta técnica puede aplicarse en una gama de aspectos de la vida del cliente como pueden ser:

- Autoestima, autoconfianza
- Interés de cambiar
- Disposición a trabajar con empeño a fin de generar los cambios deseados
- Establecer el orden de prioridad de los problemas
- Percibir esperanza
- Evaluar el progreso, etc.

Reenmarcado: operación más básica para el cambio que consiste en el proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto.

Analogías: cuando se habla de una cosa que se asemeja a otra y se habla de ésta en vez de la otra. Esta técnica puede utilizarse directamente para amplificar algo que el terapeuta quiere transmitir.

Anécdotas, parábolas y relatos: se deben utilizar cuando los rasgos significativos del argumento y las facetas de las relaciones entre los participantes o componentes del relato tienen una correspondencia analógica directa con los hechos y relaciones de importancia para el cliente y con su situación.

Algunas otras intervenciones que se utilizan en las conversaciones para encontrar soluciones según Furman y Ahola (1996) son:

Inventar nombres y rótulos: consiste en ponerle algún nombre al problema, que le haga sentido a la familia y que permita evitar el caer reiteradamente en largas descripciones de la conducta.

Formular explicaciones: que sean distintas y no patologizantes sobre el problema, principalmente que sean explicaciones que no obstaculicen la solución del problema.

Rever el pasado: de tal manera que el consultante pueda darse cuenta que su pasado contribuyó a mejorar sus recursos, en vez de provocar sus problemas.

Deshacer las conexiones con otros problemas: consiste en abordar el problema en vistas a su solución por lo que se abstiene el terapeuta de presumir relaciones causales entre diversos problemas.

Sacar a relucir los recursos de los consultantes: hacer evidentes las capacidades, habilidades, talentos, intereses, rasgos de carácter admirables, etc. que pueden emplearse para resolver el problema.

Compartir experiencias personales: se utiliza si estas experiencias que se van a compartir son información útil que aliente el optimismo y la creatividad de los consultantes.

Generar soluciones creativas: se hace cuando en el trabajo están implicados más profesionales que puedan sugerir algunas soluciones para el consultante.

Repartir los méritos: se hace evidente la contribución de cada miembro a la solución, lo que elimina automáticamente la asignación de culpas y alienta el respeto y la gratitud.

Considerar el problema como un amigo: considerando que los problemas pueden sernos útiles al permitirnos resolver con más facilidad otros problemas futuros o enseñarnos algo valioso para la vida.

CONSIDERACIONES FINALES

Este modelo al tener una visión muy distinta de la terapia, de los individuos y sus problemas ha contribuido a reorientar el campo de la terapia familiar y a visualizar los problemas desde otra perspectiva, la de la familia y no la del terapeuta, enriqueciendo así la forma de trabajo.

En este modelo no se toma en cuenta los prejuicios que se presentan en la historia clínica del paciente, pues esto predispone la postura de los terapeutas, lo que contribuye a la despatologización del individuo, lo cual fue lo que más me impactó y gustó de este modelo.

Sin embargo, según Sánchez y Gutiérrez (2000) las principales críticas a este modelo se basan en la excesiva credibilidad que se le da a las demandas de la familia, dejando a un lado la visión del terapeuta, quien se considera que es el “experto” en las problemáticas familiares. Así también, otra de las críticas es la brevedad del tratamiento, considerando que en tan poco tiempo no pueden resolverse del todo los problemas.

A mi parecer es un enfoque que revoluciona la forma de hacer el trabajo terapéutico, ya que los demás enfoques se centran tanto en el problema que de alguna manera pueden confirmar a la familia o a la persona que no son más que el problema, sin embargo, en la terapia centrada en soluciones se cambia el foco de la familia o persona, la cual puede percibirse de una manera más integral y puede convertir en una forma de vida el centrarse en sus recursos, fortalezas y soluciones, en vez de en sus defectos y problemas.

Considero también que es un enfoque que debe manejarse con cuidado y no de manera indiscriminada, ya que en culturas como la nuestra, puede tomarse esta postura como una falta de respeto del terapeuta al dolor de la familia o como una forma superficial de abordar el problema, por lo mismo siempre es importante estar atentos a la retroalimentación del cliente. Asimismo, es una postura en la que podría caerse dentro del club de los optimistas. El profundo respeto por la situación del cliente y la honesta admiración por sus capacidades y recursos son, a mi parecer, las armas que se requieren para el éxito de este enfoque.

MODELO DE MILÁN

Este grupo fue formado inicialmente por Mara Selvini-Palazzoli quien invitó a otros psicoanalistas, al igual que ella, a trabajar en el Instituto de la Familia en Milán. Llegaron a trabajar con ella, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo.

Su trabajo se ve influenciado por Bateson y el trabajo del MRI, sin embargo, desarrollan sus propias ideas a lo largo de su experiencia en el trabajo con psicóticos y anoréxicas.

En los 80's el grupo se divide en dos centrándose las mujeres en la prescripción invariable y los hombres en la formación de terapeutas a través de la docencia y talleres alrededor del mundo.

Hace algunos años Palazzoli y Prata también se separan y Palazzoli en compañía de un nuevo grupo busca desarrollar una teoría general de los juegos psicóticos (Ochoa, 1995).

PRINCIPIOS BÁSICOS

Algunos de los principios que rigen este modelo según Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) y Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1990) y (1999) son:

- El terapeuta es el encargado de estimular a la familia para producir información significativa, lo cual lo puede lograr si conduce la sesión a través de tres grandes principios: la hipotetización, la circularidad y la neutralidad.
- Si el terapeuta se comporta de manera pasiva la familia impondrá su propio guión dedicándose exclusivamente a designar quién es el "enfermo" o el "culpable". Las hipótesis del terapeuta introducen el poder de lo inesperado y lo improbable.
- Las hipótesis del terapeuta deben ser sistémicas, esto significa que deben incluir a todos los miembros de la familia y dar una idea de la función relacional del síntoma.
- La hipótesis es un punto de partida que ayuda al terapeuta a guiar su investigación, a buscar más información nueva, a confirmar, refutar o modificar su planteamiento y a establecer los patrones de intervención.
- El terapeuta debe tener la capacidad de conducir su investigación con base en la retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que solicita sobre las relaciones, las diferencias y el cambio, es decir conduciéndose de manera circular.

- El terapeuta debe tener la capacidad de mantenerse neutral, evitando formar parte del juego familiar e introduciendo información nueva que favorezca el cambio, esto se logra a través de un proceso de alianzas sucesivas en las que se alía con todos y con ninguno a la vez.
- El juego familiar deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que no responden a los requisitos del momento evolutivo por el que atraviesan.
- El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o para reclamar la necesidad de que este cambio se produzca.
- El cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro menos perjudicial.
- La modificación de creencias familiares posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conducta y conseguir reglas para el cambio de juego.

PRINCIPALES CONCEPTOS

A lo largo del tiempo se han desarrollado algunos conceptos que se consideran básicos para entender la familia y su dinámica dentro de esta escuela como los mencionados por Selvini et al. (1990):

Juego Familiar: mapa de relaciones familiares que incluye las alianzas y exclusiones, las reglas que presiden las relaciones y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar. La metáfora del juego considera tanto las reglas de interacción de la familia como las estrategias individuales puestas en marcha por cada miembro y estas estrategias están en función del poder que tiene cada persona dentro de la familia. Este juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de los años, consolidándose en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia.

Embrollo: juego que se caracteriza por que uno de los padres suscita una relación privilegiada con uno(a) de los(as) hijos(as), a quien da a entender de forma encubierta que lo prefiere por encima de su esposo(a). Sin embargo, esta predilección no es auténtica, sino el móvil para atacar a su cónyuge, que es su verdadero centro de interés. Al principio el hijo como participante de esta situación tan complicada se siente cómplice, sin embargo, al descubrir la traición, ya sea por la evidencia de la innegable importancia que el cónyuge tiene para el padre o por el aumento de interés en otro hijo, éste se ve impulsado a hacer una reivindicación encubierta, mediante su síntoma, como venganza por la traición de la que fue objeto.

Impasse: posición de fuerzas equilibradas entre dos personas implicadas en un juego, de forma que ninguna gana ni pierde.

Instigación: juego que consiste en una provocación disimulada que obtiene como respuesta una rabia o coraje disimulado, en la que el instigador no consigue hacer explotar abiertamente al provocado, quien con su conducta elicitó nuevamente la provocación lo que establece un patrón recursivo de provocaciones indirectas y respuestas de rabia contenida, en la que generalmente implica la participación de un tercero, regularmente los hijos.

METAS TERAPÉUTICAS

A diferencia de otros modelos el de Milán no define objetivos ni metas concretas con la familia, ya que consideran que el terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que debe ser la familia la que encuentre una solución que le resulte adecuada (Ochoa, 1995).

Sin embargo, lo que se busca de alguna manera es romper el juego familiar de manera que la familia pueda cambiar sus secuencias e interacciones familiares y conseguir meta-reglas que les permitan cambiar las reglas que hasta el momento regulan el funcionamiento familiar, permitiéndoles salir del juego patológico en el que se encuentran.

A pesar de que no hay una meta específica que se desea obtener, una parte fundamental de la terapia es la evaluación, ya que a través de ésta se debe determinar el sistema de relaciones, creencias, reglas y valores de la familia dentro de los que aparece el síntoma y lograr así determinar el papel que éste desempeña en el sistema relacional, permitiéndoles de esta forma el esclarecimiento del juego familiar para su posterior revelación.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

A lo largo del tiempo el grupo (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999) ha ido trabajando con diferentes estrategias o métodos que han abandonando con el tiempo por distintas razones, entre estos están:

Paradójico: dirigido a toda la familia, los miembros recibían connotación positiva que prescribía a cada miembro persistir en su comportamiento por el bien ajeno y a la paciente designada se le daban elogios fuertemente provocadores.

Serie invariable de prescripciones: el trabajo se fundamentaba en la alianza con los padres como co-terapeutas, dándoles prescripciones de guardar el secreto de la sesión hasta desaparecer de la casa sin dar explicaciones por diferentes lapsos de tiempo, buscando así la separación de los subsistemas. Se concentraba en el estancamiento conyugal, apostando por la cooperación de los padres y des-responsabilizando a la paciente por los problemas familiares.

Revelación del juego familiar: consiste en comunicaciones explícitas de parte del terapeuta, en las que señala de forma clara y directa las responsabilidades de cada miembro dentro del juego familiar.

Según Selvini et al. (1999) en el actual trabajo con anoréxicas han desarrollado tres estrategias terapéuticas para cuando la familia colabora, estas son:

- El trabajo paralelo con la familia y con la paciente.
- El trabajo con toda la familia.
- El trabajo individual con cada miembro de la familia.

El uso de cada estrategia depende básicamente de la gravedad del síntoma, la composición familiar, el juego familiar, los recursos individuales y de la familia y el interés de participar en la terapia.

Las técnicas específicas que se utilizan este modelo de trabajo son:

Intervenciones ritualizadas:

Consisten en prescribir secuencias estructuradas de conducta que introducen nuevas reglas en la dinámica familiar. Las más importantes son:

- **Rituales:** prescripción específica que se realiza para cada familia en la que se establece la realización de un experimento, ensayo, gesto simbólico o rito de transición. Se propone una secuencia de conductas definidas con precisión en la que se establece lo que debe de hacer cada miembro de la familia, en qué momento y en qué lugar.
- **Tarea ritualizada de los días pares e impares:** se prescriben en días separados dos conductas contradictorias o dispares que coexisten habitualmente en el grupo familiar con el fin de bloquear una secuencia de interacción y demostrar la posibilidad del control voluntario.
- **Prescripción invariable:** pretende separar de forma gradual los dos subsistemas (parental y filial) introduciendo mensajes que clarifiquen los límites intergeneracionales y evitando la coalición entre progenitor e hijo.

Intervenciones conductuales:

Su finalidad es alterar los patrones conductuales del juego familiar. Entre estas podemos mencionar:

- **Prescripciones directas:** utilizadas para observar la capacidad de cambio del sistema y para afianzar las transformaciones ya conseguidas.
- **Prescripciones paradójicas:** se emplean en situaciones de orden y secuencias rígidas para crear confusión, y consisten en prescribir la secuencia patológica connotada positivamente.

Intervenciones cognitivas:

Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Entre estas se encuentran:

- **Redefinición:** consiste en modificar la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.
- **Connotación Positiva:** consiste en cambiar la atribución del problema de causas negativas a causas positivas generalmente, el síntoma se presenta como algo debido a razones altruistas (sacrificio o amor) por parte del paciente identificado y de los demás miembros familiares.

Cuestionamiento Circular: capacidad del terapeuta para visualizar el problema familiar a través de la retroalimentación de cada uno de los miembros de la familia y de las percepciones individuales de manera circular y sistémica, planteando a cada miembro la misma pregunta y obteniendo información a través de la exploración de las diferencias y conexiones relacionales de las conductas y las creencias de los miembros de la familia. Las preguntas circulares pueden irse girando temporalmente a través del pasado, presente y futuro. Entre estas preguntas se encuentran: las triádicas, clasificatorias, explicativas, de alianzas, de escala, de diferencias, hipotéticas, etc. (Penn, 1982).

CONSIDERACIONES FINALES

Muchos han sido los aportes del grupo de Milán a la terapia familiar y al entendimiento de tan complejas situaciones como son la anorexia, la psicosis y el suicidio. Según Sánchez y Gutiérrez (2000) entre sus principales contribuciones se puede mencionar: la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico durante la terapia, las connotaciones positivas, los rituales, la estructura de las sesiones de terapia familiar en pre-sesión, sesión, inter-sesión o discusión de la sesión, prescripción de la tarea y post-sesión, entre muchos otros.

Asimismo, Ochoa (1995) menciona como un aporte importante de Selvini la descripción de los estadios del proceso psicótico como: el *impasse* de la pareja conyugal, la entrada del hijo en el juego de los padres, la conducta inusitada del hijo, el viraje del presunto aliado, la eclosión de la psicosis y las estrategias basadas en el síntoma.

Es indudable e invaluable el legado que este grupo deja y aunque el grupo original se haya separado cada uno de los sub-grupos y las nuevas generaciones siguen contribuyendo de gran forma al desarrollo de la terapia familiar.

Una de las inquietudes y aprendizajes que me llevo de la forma de trabajo del Grupo de Milán es el cuestionamiento de cómo poder compatibilizar el trabajo clínico y la investigación, lo cual es de suma importancia para el campo de la terapia familiar y para encontrar formas eficaces de ayudar a nuestros pacientes.

MODELO NARRATIVO

Los principales representantes del enfoque narrativo son Michael White y David Epston. Este enfoque se desarrolla en la década de los 80's con el trabajo de Michael White terapeuta familiar que radica en Adelaida, Australia y David Epston antropólogo de Auckland, Nueva Zelanda.

Según Elkaim (1996) el modelo se inspira en diversos autores y trabajos como lo son: Gregory Bateson respecto a centrarse en el estudio de los procesos por los cuales una persona descifra el mundo, Derrida y su señalamiento sobre los terapeutas como deconstructores de verdades, las cuales están separadas de las condiciones y los contextos de su producción y las ideas de Foucault sobre los dominios de conocimiento como dominios de poder y que un dominio de poder es un dominio de conocimiento, en donde se considera la exclusión como consecuencia de la aceptación de una identidad atribuida socialmente.

Este enfoque está inserto en el movimiento del construccionismo social y se ha apoyado en ideas de diferentes disciplinas sociales como lo son: antropología, literatura, narrativa y la crítica social. Se centra en el estudio de los significados más que en la búsqueda de la "verdad".

De las ideas de estos autores y disciplinas y su aplicación a la terapia por White y Epston surgen los principios, conceptos e intervenciones que se conocen hoy como la Terapia Narrativa.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Algunos de los principios que rigen la terapia narrativa según White y Epston (1993) y White (1994) son:

- La persona no es el problema, el problema es el problema.
- Las personas y familias poseen destrezas, competencias, creencias, valores, conocimientos, compromisos y habilidades que los ayudarán a cambiar su relación con el problema.
- Las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo del problema.
- Ni las personas, ni las familias son las causantes del problema, es la relación que se tiene con éste, lo que lo causa, ya que se organiza la vida alrededor de determinados problemas.
- El problema es una entidad externa que está construida en los contextos culturales que incluyen relaciones de poder, raza, clase social, preferencia sexual, género y otros.

- Las historias dominantes y que dan sentido a los eventos de la vida de las personas, están determinadas por el contexto, la naturaleza y los patrones de acción.
- Las personas organizan su vida a través del relato, y es mediante éste que moldean sus vidas y relaciones.
- La terapia es una historia y re-historia de vida, en la que se da la co-creación de narraciones nuevas y liberadoras.
- La manera en que se utiliza el lenguaje dentro de la relación terapéutica posibilita cambiar la historia dominante del paciente.
- La curiosidad, el respeto y la transparencia son posturas y principios importantes para el trabajo narrativo.

PRINCIPALES CONCEPTOS

Algunos de los conceptos principales mencionados en White y Epston (1993) y White (1994) son:

Narrativa: revelación de una “verdad” con una lógica estructurada de comunicación.

Historias Dominantes: relato que aparece una y otra vez en el discurso, que atribuye significado a nosotros mismos, a los demás y a nuestras relaciones, el cual determina en gran medida la naturaleza de nuestras vivencias y acciones.

Historias Alternativas: nuevas historias que incorporan los logros aislados y que permiten a la persona o familia, describirse desde una nueva perspectiva, no saturada del problema.

Logros Aislados o Acontecimientos Extraordinarios: intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia o individuo. Incluyen los sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc. que tienen una localización histórica y que no son incorporables al relato dominante.

Deconstrucción: procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por sentadas. En este proceso se trata de identificar las diferencias contra marcos de referencia rígidos o preestablecidos, cuestionando lo que se cree y los hechos estructurados por el pensamiento social.

METAS TERAPÉUTICAS

A diferencia de los modelos sistémicos en el enfoque narrativo no se tienen metas pre-establecidas para las familias e individuos que consultan. Las personas que

asisten a la terapia juegan un papel significativo en determinar la dirección que va a tomar la conversación y el proceso terapéutico.

Sin embargo, de manera general se puede decir que hay algunos propósitos y metas que se desean lograr durante el proceso de esta terapia, como lo pueden ser:

- Externalizar el problema, de manera que ya no forme parte de la identidad de los consultantes, buscando así desetiquetar y despatologizar la conducta.
- Cuestionar las historias dominantes permitiendo historias alternativas que les admitan la atribución de nuevos significados sobre sí mismos, los demás y sus relaciones.

INTERVENCIONES

Las intervenciones que se utilizan en la terapia narrativa, más que técnicas únicas a utilizar, son procesos dialógicos, progresivos y recurrentes que se utilizan a lo largo del proceso terapéutico. Según White y Epston (1993), White (1994) y Suárez (2004) entre las más importantes se pueden mencionar:

Externalización del Problema: técnica que ayuda a los miembros de la familia a deshacerse de las descripciones saturadas del problema. Consiste en un abordaje a través del cual el problema se desliga de la personalidad del consultante, para convertirse en una entidad separada y externa a la relación o a la persona a la que se le atribuía el mismo. Al ayudar a los miembros de la familia a separarse y separar sus relaciones del problema se abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, permitiendo el desarrollo de historias alternativas.

Como se ha mencionado, más que una técnica en sí, la externalización es un proceso que se va desarrollando a lo largo de la terapia. El proceso incluye los siguientes tipos de preguntas:

Preguntas de influencia relativa: Son preguntas que incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema, la primera de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia y la segunda sobre la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema (White, 1994).

- **Preguntas sobre logros aislados:** incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia, esos *milagros atemporales o acontecimientos extraordinarios*. Esto redefine la relación que tienen los miembros de la familia con el problema.

- **Preguntas relativas a la explicación única:** instan a los miembros de la familia a dar sentido a los logros aislados, localizándolos dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y espacio. Estas preguntas se encuentran dentro del “*panorama de acción*”.
- **Preguntas relativas a la redescrición única:** estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Estas preguntas operan en el “*panorama de la conciencia*” y hacen que se manifiesten otros conocimientos.
- **Preguntas sobre posibilidades únicas:** permiten especular sobre el futuro personal y de sus relaciones. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir nuevos y valiosos destinos o metas y a descubrir indicios de estas versiones alternativas o *historias alternativas* que podrían suministrar posibilidades futuras y los pasos específicos de esas posibilidades.

Los primeros dos tipos de preguntas pueden hacerse de manera directa e indirecta, mientras que los otros dos tipos de preguntas pueden ser directas, indirectas, referentes a la relación con el sí mismo o referentes a la relación con los demás.

Durante este proceso, a través de las distintas preguntas y las conversaciones externalizantes se busca que el problema se convierta en una entidad separada de la persona, una entidad con vida propia que domina a la personas o a la familia. El terapeuta comienza a hablarle a la familia o a la persona, como si el problema fuera otra persona con su propia identidad, voluntad e intenciones, que están diseñadas para oprimir o dominar a la persona o la familia.

Una vez externalizado el problema los pacientes pueden advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema. El terapeuta los incita a escapar de la opresión que implica la rotulación y encauzar sus vidas en la dirección que prefieran. Las preguntas reflexivas instan en la familia la idea de que pueden decidir, elegir y ser un agente activo del curso de su propia vida.

Asimismo, mientras las personas se van separando de las historias dominantes que forman parte constitutiva de su vida, les es posible orientarse a experiencias de sus vidas que contradicen estos conocimientos, es decir, les es factible percatarse de sus logros aislados. Una vez identificados estos acontecimientos extraordinarios se puede estimular a las personas a atribuirles nuevos significados, para lo que se necesita que estos logros pasen a formar parte de una historia alternativa. Estas historias alternativas pueden fortalecerse además a través de las preguntas de difusión extraordinaria, que son preguntas que invitan a otras personas que puedan identificar y reunir un público ante el cual crear nuevos significados.

Para ampliar el alcance de las historias alternativas el terapeuta puede utilizar otras intervenciones, o convocar a una audiencia o “testigos” del cambio por diversos medios. Entre los medios utilizados por el terapeuta o los testigos se encuentran:

Cartas: se utilizan como un medio para lograr diversos fines, por lo que pueden utilizarse con distintos propósitos dependiendo del caso específico. Entre los distintos tipos de cartas que pueden utilizarse se encuentran las cartas de invitación, despido, predicción, contradicción, recomendación, ocasiones especiales, breves, como narrativa.

Historias propias: se pide a la persona que ponga por escrito su historia, para que pueda estar al alcance de otras personas, lo cual tiene el efecto de distanciar a la persona o la familia de su problema y les permite consultar a los demás y a sí mismos si el problema reaparece. Las historias deben de ser de éxito y no de tristeza. Se pueden hacer en diversos medios como: videos, cassettes, cartas testimoniales o personales, llamadas telefónicas, etc.

Contra-documentos: determinan el valor de las personas, implicando que adquieran un nuevo estatus en la comunidad. Estos documentos tienen la capacidad de reunir a un amplio público y pueden ser leídos para la representación de nuevos relatos. Entre estos están: certificados, declaraciones, diplomas, autocertificados, galardones, trofeos, etc.

Ceremonias de definición: ceremonias con testigos en las que se afirma, reconoce y autentifican los cambios de identidad e historias de los individuos o familias. Son estrategias que le brindan a cada sujeto oportunidades para ser visto en sus propios términos, reuniendo a testigos de su existencia, su mérito y su vitalidad (White, 2002).

CONSIDERACIONES FINALES

Según Sánchez y Gutiérrez (2000) el trabajo de White tiene elementos similares al modelo psicoeducativo, al centrarse en los efectos que los problemas tienen en las familias y a la terapia centrada en soluciones, explorando el tiempo y espacio en que no sucede el problema y resaltando las “excepciones” o “logros aislados” como los llama White. Sin embargo, a pesar de que tiene similitudes con otros modelos la postura de White implica una clara separación del problema y la persona.

A través de la externalización, los narrativos son capaces de aceptar el poder de las etiquetas y al mismo tiempo de evitar la trampa de reforzar el apego a las mismas. La externalización ofrece una manera de ver a los pacientes, con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto automáticamente crea una visión de la persona como no determinada y capaz de realizar elecciones y decisiones en relación al problema. Estas ideas permiten el surgimiento de respeto y autoestima no solamente para el paciente sino también para el terapeuta.

Algunas personas han criticado la simplicidad de la técnica y su falta de efectividad, sin embargo, es importante comprender que si la externalización es abordada simplemente como una técnica, probablemente no surtirá efectos profundos. Pues esta técnica es al mismo tiempo muy simple y extremadamente complicada. Es simple en el sentido de que representa una separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. Lo complicado y difícil es la manera delicada como se logra. Es a través del uso cuidadoso del lenguaje en la conversación terapéutica, que

la curación de la persona se inicia y finalmente se logra. Lo complicado es asumir en realidad la postura terapéutica que implica verdaderamente percibir al problema como una entidad separada del individuo o la familia y confiar plenamente en la capacidad de las personas de relacionarse de manera distinta con el problema de tal manera que sean capaces de repercutir en sus historias presentes y futuras. Esto para mí es el principal aprendizaje que me llevo del modelo de White.

El modelo narrativo es uno de los que más me gustan y me interesan y considero que son muchas las cosas que puedo aún aprender de él. Me gustan los recursos narrativos que se utilizan y considero que la posibilidad de crear historias alternativas que contradigan la historia dominante del paciente o la familia permite a las personas visualizarse y vivirse de una manera más productiva y benéfica.

MODELO COLABORATIVO

Los principales representantes del enfoque colaborativo son sin lugar a dudas Harlene Anderson y Harry Goolishian.

Harlene inicia su trabajo como terapeuta familiar en 1970 a raíz de su contacto con Goolishian y la terapia de impacto múltiple en la “*University of Texas Medical Branch*” en Galveston, Texas (Beltrán, 2004).

El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se da en 1977 cuando establecen el *Galveston Family Institute* en colaboración con Paul Dell y George Pulliman. Inicialmente su trabajo se ve influido por el trabajo de la comunicación humana del grupo de Palo Alto, sin embargo, le dan un giro totalmente distinto tras su acercamiento a la obra de Humberto Maturana sobre la biología del lenguaje, al construccionismo social y la hermenéutica, provocando esto el cuestionamiento de las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico-cibernético.

Dejan así de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, para considerarlo generativo, esencia del diálogo y por ende esencia del proceso terapéutico. De estas ideas surgen los principios, principales conceptos e ideas de lo que hoy se conoce como la terapia colaborativa o conversacional.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Algunos de los principios que rigen el enfoque colaborativo según Anderson (1999), Anderson y Goolishian (1996), McNamee y Gergen (1996) son:

- Las personas viven y entienden sus vidas a través de las realidades narrativas construidas socialmente, las cuales dan sentido a su experiencia y la organizan.
- Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social.

- El significado y la comprensión se construyen socialmente, no accedemos al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa.
- Los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto del que derivan su significado.
- Los problemas son acciones que se expresan en nuestras narraciones, de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal.
- En terapia todo sistema se consolida 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. Por lo que el sistema terapéutico es un sistema de organización y disolución del problema.
- La conversación terapéutica es una búsqueda y exploración mutua, a través del diálogo, un intercambio de doble vía.
- El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialógica.
- El terapeuta ejercita el arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas.
- El cambio en la terapia es la creación dialógica de una nueva narración que de apertura a 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.

PRINCIPALES CONCEPTOS

Algunos de los conceptos que se hace necesaria su comprensión para el entendimiento del modelo colaborativo según Anderson y Goolishian (1996) son:

Significado local: se refiere al lenguaje, el significado y la comprensión que se desarrolla entre las personas en el diálogo, y no a las sensibilidades culturales ampliamente compartidas.

Círculo hermenéutico o círculo del significado: se refiere al proceso dialógico a través del cual la interpretación empieza con los preconceptos del terapeuta. La terapia empieza con una pregunta basada en los significados ya creados por el terapeuta (experiencia, información, etc.), pero el significado que surge en la terapia se entiende desde una totalidad que incluye las partes emergentes (historia del cliente), por lo que terapeuta y cliente avanzan y retroceden dentro de este círculo de significado.

Autodescripciones o narraciones en primera persona: son las narraciones autodefinidoras que tienen lugar dentro de un contexto social y local y que implican la conversación con otras personas significativas, incluso uno mismo. La gente vive en y a través de las identidades narrativas siempre cambiantes que se desarrollan en la conversación.

Nuevas narraciones: a medida que el diálogo se desenvuelve, se crea la nueva narración, la de las historias aún no contadas (Anderson y Goolishian, 1988). La terapia brinda la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones que permitan una gama amplia de mediación alternativa a la di-solución del problema.

METAS TERAPÉUTICAS

Es importante comprender que en este tipo de terapia no existen metas preconcebidas por el terapeuta. No hay soluciones prescritas o dirigidas por el terapeuta, ya que éste considera que el cliente es el experto en su vida y, por lo tanto, adopta una posición de no saber, la cual le permitirá conocer las narraciones del cliente mediante una posición de profundo respeto. No se pone el énfasis en producir cambios, sino en abrir un espacio para la conversación (Anderson y Goolishian, 1996).

El sistema terapéutico co-productivo, será entonces una conversación entre compañeros, donde terapeuta y cliente co-deciden como participar, co-definen límites y co-seleccionan las metas del tratamiento.

En este modelo la terapia consiste en una aventura colaborativa, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas (Hoffman, 1989).

El cambio en este enfoque consistirá entonces en la creación dialogal de una nueva narración y por lo tanto la apertura de una nueva mediación, ya que el poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestra vida en el contexto de un significado nuevo y diferente.

INTERVENCIONES

En este enfoque el terapeuta y cliente mantienen una relación de colaboración, que tiende a ser menos jerárquica y autoritaria y más horizontal, democrática e igualitaria. Por lo mismo, el terapeuta no realiza intervenciones o técnicas mágicas construidas desde una postura de sabiduría y experiencia pues iría en contra del enfoque en sí.

Por lo mismo, más que intervenciones podemos hablar de posturas y conversaciones que se mantienen durante el proceso terapéutico y que según Anderson (1999), Anderson y Goolishian (1996) consisten principalmente en:

Papel del terapeuta: consiste en poner toda su pericia al servicio de un esfuerzo por desarrollar un espacio conversacional libre y por facilitar el inicio de un proceso dialogal dentro del que pueda producirse lo nuevo.

Posición de ignorancia: implica una actitud general, una postura en la que las acciones del terapeuta comunican una abundante y genuina curiosidad. Las acciones y actitudes del terapeuta expresan la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho y no transmiten de modo alguno opiniones y expectativas preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que debe cambiarse. Los terapeutas siempre tienen prejuicios debido a su experiencia, pero esta postura implica escuchar de tal modo que esa experiencia previa no les impida el acceso al significado cabal de las descripciones que el cliente hace de su propia experiencia.

Preguntas conversacionales o terapéuticas: son la herramienta más importante de la que se vale el terapeuta para expresar su pericia. Son el medio por el cual el terapeuta se mantiene en camino hacia la comprensión y surgen siempre de una necesidad de saber más acerca de lo que acaba de decirse. Con ellas, el terapeuta está siempre informado de los relatos del cliente y aprende siempre un nuevo lenguaje y una nueva narrativa.

Las preguntas terapéuticas no son ni retóricas (contienen dentro de sí sus propias respuestas) ni pedagógicas (implican la dirección de la respuesta). Son similares a las preguntas socráticas e implican muchas respuestas posibles.

Conversaciones terapéuticas: la conversación terapéutica se refiere a una empresa en la que está en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los “problemas”. Implican un proceso de participación conjunta, en el que cada persona habla “con el otro” no le habla “al” otro, por lo cual terapeuta y cliente participan en el co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Algunas de las principales críticas a los modelos posmodernos consisten en que sirven para estimular conversaciones más no ofrecen “otras” maneras de hacer terapia. Sin embargo, Lax (1996) considera que esta línea de pensamiento y práctica clínica, lo que busca es tener serias consecuencias para el papel del terapeuta como experto, para el significado del diagnóstico y para la planificación del tratamiento, razón por la cual estos enfoques no tienen una formulación fija, ni un modelo inamovible de trabajo.

Una de las críticas más importantes a estos enfoques la constituye Minuchin (1998) quien al participar en un taller de terapia familiar en que los posmodernos presentaron solamente casos individuales, menciona que éstos terapeutas en vez de observar la forma en que los miembros familiares afectan las transacciones de los demás, crean pautas que intensifican y limitan la visión del self y de los otros, tienden a privilegiar el discurso de los miembros individuales, convirtiendo en público a los otros miembros de la familia. Menciona que han perdido la idea sistémica de que los miembros de la familia co-construyen el significado y que se les puede observar en el proceso de construir las historias individuales y familiares. Por lo que en este tipo de

enfoques, la familia -ese contexto natural interpersonal en el que las personas desarrollan su visión de sí mismos- desaparece dentro de la práctica clínica.

Sin embargo, es importante comprender que la terapia colaborativa y los enfoques posmodernos son de reciente construcción y aún se transita en el camino de su elaboración por lo que es apenas el inicio de un tipo de terapia que se aparta radicalmente de la que se ha conocido durante los últimos 30 años y que busca cuestionar muchos de los principios de las terapias tradicionales y familiares.

EQUIPO REFLEXIVO

Es una forma de trabajo que ha sido ampliamente usada dentro del contexto de la terapia colaborativa. Esta fue desarrollada por Tom Andersen aproximadamente en 1984, cuando después de trabajar con el equipo terapéutico empieza a sentirse incómodo de adoptar una postura de terapeuta experto y enfrenta junto con sus colaboradores el dilema de escoger qué comentarios e intervenciones discutidas en el equipo darían a sus clientes y cuáles no (Andersen, 1994). Esto los lleva a cuestionarse por qué ocultar a la familia lo que discutía el equipo y deciden permitir que los clientes escuchen y vean la forma en que trabaja el equipo, descubriendo así que las posibilidades se ampliaban, permitiendo que los clientes encontraran sus propias respuestas y ellos ampliando su comprensión con respecto a los procesos terapéuticos.

El objetivo del equipo reflexivo es escuchar diversas voces e historias que les permitan a los consultantes construir nuevos significados y hacer cambios de acuerdo a sus intereses particulares. Por lo mismo, en el equipo reflexivo se destaca la importancia del lenguaje en la construcción de diversas versiones de la realidad, se valoran las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces.

Por lo mismo, el equipo reflexivo no esconde nada a sus clientes, pues terapeuta y equipo discuten abiertamente sus impresiones en relación con lo que la familia expone. En esta forma de trabajo el terapeuta mantiene una conversación con la familia, posteriormente se hace un corte en el que los observadores ubicados atrás del espejo cambian de espacio y se incorporan al ocupado por terapeuta y clientes. Una vez ahí el equipo discute sobre lo escuchado en la sesión, mientras el terapeuta y la familia escuchan. Al terminar la intervención del equipo, éste se retira, terapeuta y familia conversan sobre lo que escucharon, principalmente sobre cómo se sintieron y lo que les impactó de lo que escucharon.

Existen algunas normas que Andersen (1994) y Licea, Paquentin y Selicoff (2002) consideran pertinentes para las conversaciones reflexivas y son:

- Se permite a los clientes la decisión de escuchar o no la conversación del equipo.
- Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes.
- Las ideas se presentan de manera tentativa.

- Los comentarios se construyen como connotaciones lógicas o positivas y no como críticas, acusaciones o interpretaciones.
- Los miembros del equipo mantienen contacto visual entre ellos para mantener la diferenciación entre la postura activa (habla) y la pasiva (reflexiona).
- Se busca presentar los dos lados de una dilema, moviéndose de una postura de “o” a una postura de “y”.

A su vez, Lax (citado en Licea, et al., 2002) recopila algunas sugerencias en torno al equipo reflexivo, señalando dos momentos de trabajo que son:

1. Antes de la intervención del equipo reflexivo:

En donde los miembros del equipo pueden hacerse a sí mismos ciertas preguntas antes de hacer sus reflexiones como pueden ser:

- ¿Qué elementos de la entrevista estimularon mis ideas?
- ¿Hubo algo en especial de lo que vi u oí que me haya hecho pensar de esa manera?
- ¿Hubo algo de lo que oí que me haya emocionado personalmente?
- ¿Hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en este momento?

2. El equipo reflexivo en acción:

En el momento de ofrecer sus reflexiones se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Los miembros del equipo conversan entre sí de 10 a 15 minutos.
- Cada miembro del equipo sitúa su comentario, lo contextualiza en función de su experiencia, educación, sistema de creencias, etc.
- Se puede hacer una pregunta sobre algo novedoso que se notó en la entrevista.
- Cada pregunta puede referirse tanto a la historia de la excepción como a sus posibilidades a futuro.

El trabajo con equipos reflexivos no pretende llegar a una conclusión o cierre al final de la sesión, más bien se busca dejar abiertas distintas ideas y posibilidades sobre las cuales puedan reflexionar los clientes.

INTEGRACIÓN

Después de realizar el recorrido por los distintos modelos terapéuticos estudiados durante la Maestría es impresionante percatarse de la cantidad de conceptos, técnicas, posturas e ideas que vimos en tan corto tiempo.

Es interesante ir descubriendo las similitudes y diferencias existentes en los modelos y logrando clarificar a través del proceso el eje central de cada uno de ellos. Como sabemos, los modelos estudiados pueden dividirse según la epistemología que los sustenta, teniendo la clara división entre modelos sistémicos y posmodernos, entre modelos modernos y posmodernos.

Sin embargo, hay algo importante que recalcar, los modelos puramente sistémicos son tres: el Estructural, Estratégico y de Terapia Breve. Estos tres modelos manejan algunas similitudes que cabe la pena mencionar. Los tres modelos buscan una clara evaluación y definición del problema, tienen objetivos y metas claras de tratamiento, cuentan con una variedad inmensa de técnicas para lograr esos objetivos y requieren de una postura activa y directiva del terapeuta. Asimismo, tanto en el modelo Estructural como en el Estratégico las jerarquías son un concepto importante de trabajo.

Por otro lado, podría hablarse de dos modelos que marcan la línea intermedia entre lo sistémico y lo posmoderno que son: el de Terapia Breve centrada en Soluciones y Milán. Ambos modelos no sólo son los propulsores de una manera distinta de hacer terapia sino que a mí parecer son quienes toman o retoman ideas olvidadas en otras formas de terapia o ideas olvidadas por la psicología en general. El modelo centrado en soluciones incluye la parte del ser humano olvidada por la psicología y la psicopatología: los recursos del individuo, su parte sana, sus fortalezas y potencialidades, esto sin lugar a duda permite un giro impresionante y una nueva forma de percibir a la familia y los individuos. Por su parte, el modelo de Milán retoma lo intrapersonal, lo intrasujeto, una parte que la terapia sistémica dejó olvidada por mucho tiempo por centrarse plenamente en lo interpersonal. Obviamente estos no son los únicos aportes de estos dos modelos, cada modelo por su parte ha contribuido con una infinidad de ideas, pero éstas son las que más llaman mi atención.

Por último se encuentran entonces los modelos posmodernos: el Narrativo, el Colaborativo y el Equipo Reflexivo. Estos modelos se centran en el lenguaje y en la co-construcción de la realidad. Cuestionan la postura de experto y de directividad del terapeuta, buscando una relación más horizontal entre terapeuta y consultantes y considerando al cliente como el experto en su vida. Ambos modelos buscan construir nuevas historias que permitan al individuo la atribución de nuevos significados sobre sí mismos, los demás y sus relaciones.

De una u otra forma todos los modelos han contribuido al desarrollo de la terapia familiar, con los distintos aportes que han brindado a través de los años, razón por la cual cabe resaltar su importancia y los logros obtenidos por cada uno en el tratamiento de distintas problemáticas familiares e individuales. Así que este recorrido más que una búsqueda por el mejor modelo o el más útil es un tributo a las ideas novedosas y prácticas que nos permiten a los nuevos terapeutas contribuir en el entendimiento, atención y prevención de los problemas familiares.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

A lo largo de la Maestría tuvimos la oportunidad de desarrollar nuestras habilidades clínicas terapéuticas en el trabajo directo que hicimos con pacientes y familias en mi caso en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”.

Durante el primer semestre en el Centro de Servicios Psicológicos trabajamos con familias simuladas siendo el maestro o los residentes quienes fungían como terapeuta y como familias. Mientras que en el Centro Comunitario observábamos el trabajo con las familias que hacían nuestros compañeros de un año arriba. Del segundo al cuarto semestre ya tuvimos la oportunidad de ser terapeutas y contar con supervisor y equipo terapéutico detrás del espejo. En algunos casos trabajamos como co-terapeutas y en otros solos.

El trabajo de intervención clínica que hice durante los semestres puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2
Trabajo Clínico realizado durante la Maestría

FAMILIA	SEMESTRES	INSTITUCIÓN	MOTIVO DE CONSULTA
Familia 1: <ul style="list-style-type: none">• Padre• Madre• Hijo• Hija	2do. y 3er.	CSP “Dr. Guillermo Dávila”	Desacuerdos en la familia y problema neurológico de uno de los miembros.
Familia 2: <ul style="list-style-type: none">• Hija	2do. y 3er.	CSP “Dr. Guillermo Dávila”	Depresión y problemas de relación con familia y amigos.
Familia 3: <ul style="list-style-type: none">• Madre• Hijo	2do.	CC “Dr. Julián Mac Gregor”	Problemas del hijo, hiperactividad y posible abuso sexual.
Familia 4: <ul style="list-style-type: none">• Padre• Madre• Hija• Hijo• Tía paterna	3er. y 4to.	CC “Dr. Julián Mac Gregor”	Violencia intrafamiliar y divorcio de los padres.
Familia 5: <ul style="list-style-type: none">• Padre• Hija	4to.	CSP “Dr. Guillermo Dávila”	Problemas de relación entre los padres y la hija.

Elaboración Propia

A continuación se presenta detalladamente el trabajo que se hizo en dos de los casos atendidos. En ambos casos se omiten los nombres de los consultantes con el fin de mantener la confidencialidad del proceso.

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

1.1.1. FAMILIA 1

Es una familia conformada por cuatro miembros, papá, mamá e hijos. En la tabla 3 se puede observar la edad y ocupación de cada uno de los integrantes de la familia.

Tabla 3
Datos Generales de la Familia 1

INTEGRANTES	EDAD	OCUPACIÓN
Papá	47	Trabajador en un banco en el área de finanzas
Mamá	42	Ama de casa y trabajos eventuales en ventas
Hijo	15	Estudiante de 3ro. de secundaria
Hija	13	Estudiante de 6to. de primaria

Elaboración Propia

Esta familia se encuentra actualmente en lo que Haley (1986) reconoce como “la etapa de dificultades matrimoniales del período intermedio”, Mc Goldrick (2000) como “la familia con adolescentes” y Estrada (2003) como “la adolescencia”. La pareja lleva aproximadamente 15 años de matrimonio y cada uno de los miembros se sitúa en un momento de evaluación de logros alcanzados y/o ambiciones no cumplidas, lo cual genera mucha frustración en esta familia en especial por la inestabilidad constante a la que se han visto sometidos. Sus patrones de interacción son bastante rígidos y pueden estar resultando inadecuados lo que provoca crisis. Se presenta la acumulación de una conducta problemática recurrente, la enfermedad de la hija, que está superando el punto de la tolerancia de todos los miembros.

Además hay un hijo adolescente y una hija en transición lo cual está poniendo a prueba los mecanismos adaptativos de la familia y la aceptación de la desvinculación y búsqueda de autonomía de los hijos.

DATOS DEL EQUIPO TERAPÉUTICO

Terapeutas: Regina López Silva
Fania Delgado Coronado

Supervisoras: Mtra. Ma. Elena Rivera
Mtra. Mary Blanca Moctezuma

Equipo Terapéutico: Manuel Almanza, Edna Barrios, Marina Giangiacomo, Anel Gómez, Linda López, Susana López, Liliana Moreno y Arturo Sirgo

Modelo de Supervisión: Estratégico
Breve

SESIONES

Con esta familia se trabajó un total de 10 sesiones, espaciadas de 15 días a 1 mes. Además se tuvo una sesión de seguimiento y seis meses después de terminado el tratamiento se hizo un seguimiento telefónico. Las fechas exactas de las sesiones y los seguimientos se pueden observar en la siguiente tabla.

Tabla 4
Número y Fecha de las sesiones de la Familia 1

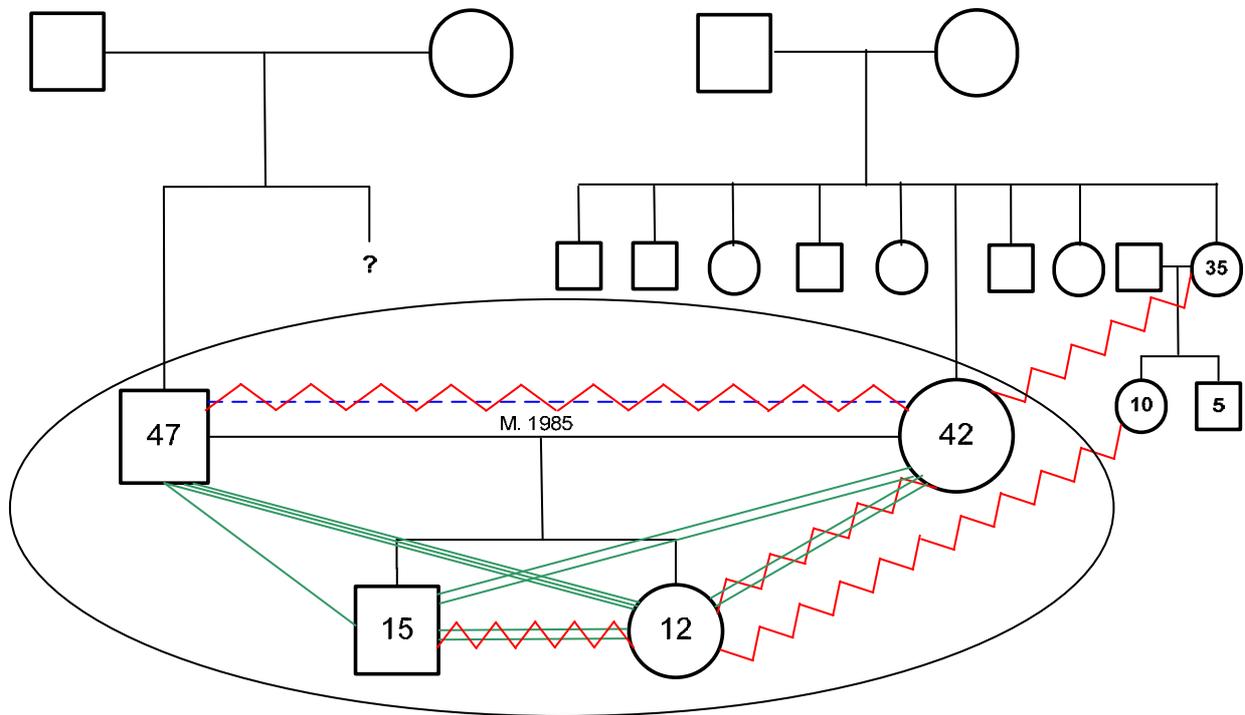
SESIÓN No.	FECHA
1	20/02/06
2	06/03/06
3	27/03/06
4	24/04/06
5	22/05/06
6	19/06/06
7	06/07/06
8	14/08/06
9	11/09/06
10	27/11/06
Seguimiento	02/02/07
Seguimiento Telefónico	08/05/07

Elaboración Propia

FAMILIOGRAMA:

En el esquema 6 se puede observar el familiograma trigeneracional de esta familia. Éste refleja la relación conflictiva de los padres y la triangulación de la hija.

Esquema 6
Familiograma de la Familia 1



Elaboración Propia: de información obtenida durante las sesiones

MOTIVO DE CONSULTA:

Según refiere el padre en la hoja de preconsulta: *“Desacuerdos en la familia y problema neurológico en uno de los miembros”*.

En la primera entrevista cada uno de los miembros de la familia planteó su propio motivo:

- **Papá:** Poder aceptarse, aprender a negociar y delimitar las funciones que cada uno tiene dentro de la familia.
- **Mamá:** Se siente sobrecargada de responsabilidades, quiere resolver los problemas y mejorar la comunicación con su esposo.
- **Hijo:** Mejorar su relación con su hermana.
- **Hija:** Necesita ayuda para regresar a la escuela, sentir menos miedo y mejorar la relación con su mamá y hermano.

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DEL PROBLEMA

Cuando la hija tenía 4 años se detectó cierto retraso en su desarrollo por lo que fue enviada a terapia de lenguaje, las personas encargadas trabajaron con ella pero en algún momento comentaron que el problema estaba relacionado con el ámbito emocional. También estuvo en tratamiento para mejorar su psicomotricidad, lo cual comentan los padres fue de mucha utilidad.

A los 6 años la refieren de la escuela a terapia emocional, los padres por su parte también tomaron terapia individual. La madre estuvo 3 años, el padre asistió algunas veces y después la dejó por motivos laborales.

A los 10 años empieza terapia en el CISAME y le realizan un electroencefalograma con el cual determinan que existe una alteración epiléptica sin convulsiones y que según reporta la madre afecta el área emocional de la hija. Por lo mismo, le prescriben tratamiento farmacológico, actualmente toma Paxil, 4 gotas de Clonacepan cada noche y Epival.

Debido a esto los padres reportan que la niña padece de “crisis emocionales”, “psicosis” y distintas “personalidades”. Hace 4 meses los padres reportan que tuvo una fuerte crisis en la que grita, avienta objetos y finalmente intentó hacerse daño al tratar de cortarse con un rastrillo las muñecas, profiriéndose un daño leve. Por este tiempo la hija deja de asistir a la escuela (fobia escolar) debido a su constante miedo a que le pase algo a ella o a sus padres (muerte). Actualmente está siendo tratada de forma individual con una terapeuta cognitivo-conductual, con el fin de eliminar su fobia.

Aunado a esto comentan que ha habido otros factores a lo largo del tiempo que han contribuido a complicar la situación familiar como lo son la inestabilidad laboral y económica del padre quien tenía un buen puesto en una de las televisoras más importantes del país, lo despiden de este puesto y desde ese entonces ha habido una serie de despidos y cambios de trabajo, encontrándose actualmente como ejecutivo de ventas en un banco. Esta inestabilidad laboral y económica ha conllevado constantes cambios de domicilio y escuela, lo cual ha afectado a la esposa e hijos, siendo motivo de fuertes reclamos principalmente de la madre.

Todas estas situaciones han complicado las relaciones familiares creando un clima de tensión, molestias, frustración y tristeza. La relación entre hermanos es bastante conflictiva y la relación entre esposos se ha deteriorado por problemas de comunicación y sexuales, según lo refiere la mamá.

Ante todo esto, ellos reportan haber intentado solucionarlo a través de la constante búsqueda de ayuda profesional y buscando comunicación y apoyo entre los miembros de la familia. Sin embargo, actualmente confiesan sentirse agotados ante todas las situaciones que los aquejan.

DIAGNÓSTICO

Hipótesis Sistémica:

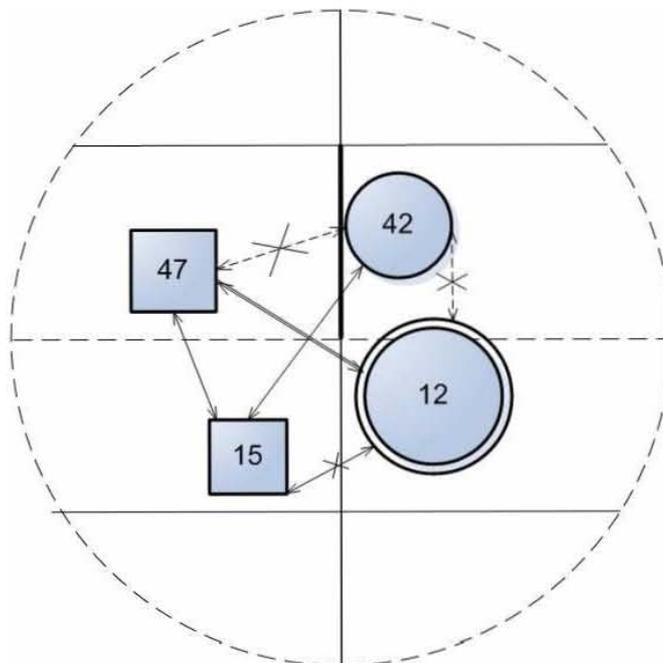
Existen conflictos jerárquicos, del manejo del poder y de comunicación en la pareja que son desviados a través de la coalición padre-hija vs. madre, a través de la enfermedad de la niña, el hijo queda fuera de esta triangulación y mediante su “buena conducta” y fungir como hijo parental ayuda a mantener la estabilidad familiar, dichos conflictos se ven exacerbados en el momento en que la hija entra en la adolescencia, por las dificultades económicas permanentes en casa y los constantes cambios (laborales, domiciliarios, escolares, etc.) que experimenta la familia.

Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural:

En este esquema se puede observar que los límites tanto al exterior como al interior de la familia son difusos, excepto en el subsistema conyugal en el que los límites son rígidos. Madre e hija son quienes poseen una mayor jerarquía y la significancia de la hija es mucho mayor que la de los demás miembros. Además la madre se encuentra sobreinvolucrada en la dinámica familiar.

Las relaciones son conflictivas entre los padres, los hermanos y la díada madre-hija. Existen relaciones de aceptación del padre a la hija y de la madre al hijo.

Esquema 7
Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural de la Familia 1



Elaboración Propia: de información obtenida durante las sesiones

Metas terapéuticas:

Tomando en cuenta los problemas detectados en el familiograma (esquema 6) y en el esquema de evaluación dinámico-estructural (esquema 7) se puede concluir que las metas terapéuticas del presente caso son:

- Disolver el síntoma y hacer consciencia de cómo contribuye cada miembro a mantener el problema.
- Redistribuir la jerarquía reubicando a la paciente en su rol de hija con una menor jerarquía que los padres y el hermano mayor, devolviéndole la autoridad a ambos padres de manera que puedan compartir el poder de manera más funcional.
- Establecer límites claros entre el subsistema conyugal-parental y filial. Fortalecer los límites de la familia con las familias de origen de ambos.
- Fijar y reevaluar las reglas familiares y las consecuencias establecidas por su incumplimiento.
- Hacer consciente la pauta interaccional que la familia utiliza actualmente, introduciendo interacciones alternativas para cada uno de los miembros de la familia, de manera que no necesiten recurrir a los roles estereotipados que tienen actualmente (padre: proveedor ineficaz, madre: mujer abnegada, sobrecargada y exigente, hijo: buen hijo y padre de su hermana e hija: la enferma y rebelde). Así como, redistribuir las responsabilidades de cada miembro dentro del hogar.
- Fomentar la individuación de los hijos adolescentes lo que permitiría el desamalgamamiento de la familia, dando oportunidad a los padres de tener espacios de pareja e individuales y a los hijos de ser más autónomos e independientes.
- Mejorar la comunicación entre los padres de forma que sea directa y no necesiten triangular a la hija para resolver sus diferencias.
- Enfatizar los lados fuertes de la familia y de cada uno de los miembros.

RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:

La familia llega a este espacio terapéutico mostrándose evidentemente preocupada y agotada por el problema de la hija, cargados de un indiscutible lenguaje psicológico y describiendo a la hija como la paciente identificada causante de la mayoría de los problemas familiares. Por lo mismo, sólo se presentan a la primera sesión padre, madre e hija.

La hija es percibida como una niña enferma, que presenta crisis, momentos de psicosis, diferentes personalidades y un grave problema de fobia escolar, razón por la cual lleva 4 meses sin asistir a la escuela.

Durante la **primera sesión** se busca esclarecer la evolución del problema y lograr una buena alianza terapéutica con la familia. A pesar de que no se rebate en un principio esta visión lineal del problema, si se busca desde esta primer sesión la redistribución del síntoma. Cuando la familia habla sobre las “crisis de la hija” se indaga de qué forma suceden, cómo se mantienen, quiénes participan y cómo se resuelven, lo que hace evidente la participación de todos en el problema, por lo que se incluye la idea de que estas “crisis de la hija” terminan siendo “crisis familiares”, pues lo que inicia como un pequeño conflicto entre hermanos, termina siendo un gran conflicto familiar en el que todos terminan peleando con todos. En esta sesión también se empleó el concepto de las distintas edades de la hija en vez de referirnos a ello como lo hacía la familia al llamarlo “las personalidades de la hija” buscando de esta forma despatologizar la conducta de la chica y enfocándolo más como un proceso de crecimiento susceptible de maduración. Asimismo, en esta sesión se deja una tarea paradójica en la que cada día uno de los padres es encargado de acostar a la hija y arroparla cual niña. Ya que todas las noches se convierte en conflicto el decidir quién va a llevar a la niña a dormir pues ella exige que la lleven a la cama y la arropen. Además, se invita a que en la siguiente sesión participe el hijo, recalcando la importancia de que asistan todos los miembros de la familia.

En la **segunda sesión** se presentan todos los miembros de la familia y comentan que no cumplieron la tarea pues les desagradó y cuando la iban a llevar a cabo el primer día la hija comentó que ella ya era grande y que no necesitaba que la llevaran a dormir. En esta sesión presentan nuevas quejas sobre la conducta de la hija y la forma en que logra salirse con la suya, enfrentando incluso a los padres entre sí, quienes reconocen sus dificultades de comunicación. Se cuestiona este poder de la hija y cómo hacen los padres para permitirle que esto suceda. Se les menciona el contraste y la incongruencia entre la edad de la hija y su jerarquía dentro de la familia, cuestionando además la edad de los padres y el hecho que son dos contra una. Durante esta sesión se realiza además un ejercicio de ordenación cronológica de los eventos familiares relevantes, dándole al hijo la dirección y organización de esta actividad. Se observa en este ejercicio las coincidencias cronológicas entre las “crisis de la hija” y las situaciones conflictivas que le suceden a la familia como los cambios de trabajo, escuela, problemas familiares, etc.

Durante la **tercera sesión** se menciona que la hija ha vuelto a la escuela, y se indaga lo que cada uno de los miembros familiares hizo para que esto sucediera. Se hace énfasis en los recursos que poseen como individuos y como familia. La temática de esta sesión gira alrededor de dos ejes, la gran conexión que existe entre la familia haciendo que lo que sucede a uno de los miembros afecte a todos y la sobrecarga que manifiesta la madre, pero que sienten cada uno de los miembros por la problemática familiar. Se les deja de tarea que cada uno escriba las razones por las cuales se siente sobrecargado y la ayuda que necesita y puede pedir a los demás miembros de la familia.

La **cuarta sesión** es clave durante el proceso, pues se trabaja con la tarea. Se separan los subsistemas y se pide que compartan las cosas que les producen esta sensación de sobrecarga y se solicita que como equipo se pongan de acuerdo en lo que quieren solicitar los padres a los hijos y los hijos a los padres para sentirse menos sobrecargados. Cada terapeuta trabaja con un subsistema. En el subsistema filial la hija

menciona que se siente cansada de que todos estén pendientes de ella, de ser el problema y de tener que ir a tanta terapia, además de la mala relación con su hermano porque éste actúa como su papá. Solicita al hermano que ya no sea su “papá” y actúe como su hermano. El hijo también menciona que está cansado de ser el papá de su hermana y que necesita que cada uno sea responsable de sí mismo y que los padres sean quienes establezcan los límites. Los padres por su lado muestran una clara dificultad para ponerse de acuerdo en la educación de los hijos, manifiestan querer imponer reglas en casa pero muestran temor a ser demasiado estrictos. Gran parte de la sesión hablan sobre esta dificultad para ponerse de acuerdo y la mamá acusa al papá de no respaldarla cuando ella impone algún castigo a los hijos, comentando que ellos se aprovechan de esta situación. Se ponen de acuerdo en una regla, que los hijos no pueden salir de casa cuando no esté ninguno de los padres presentes. Al terminar el trabajo en subsistemas se pide a los hijos que hablen directamente con los padres para solicitar lo acordado. Sus peticiones giran en torno a cuatro temas: 1) que el hijo ya no quiere actuar como padre de su hermana 2) que cada uno sea responsable de sí mismo y no tenga que estar pendiente del otro 3) que sean los padres quienes impongan los límites 4) que los castigos que se impongan no sean tan exagerados y vayan acorde a lo que se hizo. Se reconoce el trabajo de los hijos y se les informa que en la siguiente sesión se trabajará sólo con los padres. Se deja a los padres una tarea de inversión de roles, él deberá imponer la disciplina y ella apoyarlo en sus decisiones.

Al momento de confirmar la **quinta sesión** se nos informa que el padre no podrá asistir debido a un cambio de trabajo, por lo que se comenta en esta sesión el impacto que ha tenido en la familia este cambio y la forma en que lo están afrontando. A pesar de que ha sido un cambio difícil, pues este nuevo trabajo tiene un horario más exigente, cada uno ha afrontado estrategias útiles para manejarlo, se hace énfasis en éstas y la manera en que puede aprovecharse el día libre del padre. A raíz de este cambio los fines de semana conviven más con la familia de ella, por lo que se indaga sobre su familia y la relación con ellos. La madre reconoce una mala influencia de parte de su familia, principalmente de su hermana, al ser sumamente interesada en el dinero y menospreciarlos por no tenerlo. Se indaga cómo les ha afectado, mencionando que la hija es la más dañada pues al compartir tiempo con ellos la humillan y regresa a casa exigiendo una mejor economía. Se indaga cómo esto ha afectado la relación de pareja, comentando que al principio tenía un mayor impacto pues ella exigía y demandaba mucho de su esposo. Se menciona la tolerancia como una estrategia que ha funcionado para enfrentar esto y la importancia de reconocer el valor de las personas por lo que son y no por lo que tienen. Se reflexiona sobre la necesidad de establecer límites con la familia de origen.

Nuevamente el padre no puede asistir por su trabajo, aunque se comunica para informar que para la siguiente sesión solicitará permiso. Por lo mismo, para la **sexta sesión** se le propone a mamá e hijos que mediante una escala del cero al diez evalúen la evolución del tratamiento hasta el momento, así como el desempeño de cada miembro de la familia en él, acompañando su calificación con una justificación de la misma. Como continuidad a la fijación de límites y mayor claridad entre subsistemas, se trabajó en un primer momento solo con ambos hermanos, posteriormente con la madre y finalmente todos juntos.

En cuanto al avance personal en los objetivos iniciales de cada uno, la hija se califica con un 9 al haber logrado asistir a la escuela, lo que considera su logro más relevante. En función de su objetivo de dejar de tener miedo se califica con un 8 en el trabajo que realizó. Los hermanos coinciden en que la calificación debería ser un 0 en cuanto a mejorar la relación entre ellos, pues en realidad ha empeorado y no han hecho mucho por cambiarla, más reconocieron que pueden otorgarse un 10 en cuanto a que el hermano dejara de actuar como “papá de su hermana”. Se trabaja con los hermanos sobre su relación y las cosas que cada uno puede hacer para empeorarla y mejorarla. La mamá en cuanto a la sobrecarga que sentía al asumir responsabilidades de otros miembros de la familia se califica con un 6; comenta que ha delegado algunas de estas, sin embargo, esto le sigue representando una gran dificultad pues no cree que los otros cumplan debidamente. En lo referente a la relación entre esposos califica con un 8 y explica que ha optado por asumir una postura de mayor tolerancia y respeto a las diferencias, evitándose así discusiones entre ellos. Se solicita al papá que envíe su evaluación por e-mail, él considera que como familia merecen un 10 por esforzarse en trabajar en equipo.

Al trabajar todos juntos se pide que evalúen su propio desempeño y el de los demás en esta terapia, procurando hacer énfasis en los recursos de la familia y de cada uno; finalmente la evaluación queda conformada de la siguiente manera:

Tabla 5
Calificación del desempeño de cada uno de los
Integrantes durante la Terapia Familiar

Califica:	Hija	Hijo	Mamá	Papá
Hija	8	8	8	8
Hijo	7	8	7	8
Mamá	5	8	7	9
Papá	8	8	8	9

Tomado de la tabla elaborada durante la sesión

La hija comenta que se otorga un 8 porque todavía hace berrinche cuando no obtiene lo que desea, justifica la calificación a su madre por sus constantes regaños y a veces golpes comentando que desearía que la escuchara. La mamá justifica la calificación al hijo porque le falta involucrarse menos con la hermana y así misma, porque todavía debe delegar algunas responsabilidades.

En la **séptima sesión** se retoma el trabajo que había quedado pendiente con los padres solamente, se indaga sobre la tarea de inversión de roles, comentando que fue difícil de cumplir y que la mamá fue ahora quien interfirió la autoridad del padre. Se habla sobre la forma en que se interfieren mutuamente y no se dejan “ser padres” Se indaga sobre lo que han hecho y pueden hacer para no interferirse, mencionan que el papá actualmente ya no sede a las demandas de la hija sin antes consultar con la madre y la importancia de la comunicación entre ellos, además han seguido poniendo en práctica la regla que acordaron en la cuarta sesión sobre las salidas de los hijos, estando ambos pendientes de que se cumpla. Ambos hablan de su experiencia en su familia de origen y cómo aprendieron a ser padres, ella comenta que su familia fue

como un “régimen militar” sumamente rígida con las reglas, por su parte él vivió en un ambiente extremadamente flexible. Se discute sobre estas diferencias la forma en que les han afectado como pareja y padres y lo que tendrán que hacer para formar un equipo y lograr acuerdos en la educación de sus hijos, se hace énfasis en que la educación que ambos padres recibieron en vez de ser opuesta puede ser complementaria, permitiendo que ella sea más cariñosa y permisiva y él más autoritario.

Se habla sobre su miedo a ser malos padres, mencionan su impotencia ante las autolesiones y actitudes de la hija, comentando sobre la importancia del equilibrio entre el cuidado que requiere y la necesidad de límites. Se comenta también sobre el papel de padre que ha jugado el hijo y la necesidad de mayor presencia y autoridad del papá y las alianzas padre-hija, madre-hijo que han dificultado la relación entre los esposos y los hijos. Se discute la posibilidad de recaída o intensificación de conductas inadecuadas por parte de la hija ante la firmeza de los padres. Resulta ser una sesión muy productiva.

Posterior a un período vacacional de más de un mes, se cita a la familia para la **octava sesión**. Llegan los padres y la hija pues el hijo está en trabajo vacacional. Al hacer una revisión de lo ocurrido en ese tiempo mencionan que la hija aprobó sus exámenes para la secundaria que deseaba, lo que los hace sentir muy contentos y orgullosos; se trata con ella sobre cómo lo consiguió, cómo se siente al respecto y se reconoce su esfuerzo. Mientras tanto, en función a sus bajas calificaciones el hijo fue asignado a una preparatoria fuera de su elección. Lo anterior es descrito por los padres como algo difícil de aceptar para la familia, por lo que se cuestiona la manera en que cada miembro vive la situación. Llamen especial atención las posturas de ambos padres, pues la mamá se muestra muy afectada, asume que su hijo se “bloqueó” ante la presión escolar y la de ella misma, al sentirse defraudada reprendió a su hijo y se remite a su propia experiencia de poco apoyo de parte de sus padres. Por su parte, el papá apoyó desde el inicio a su hijo pues considera que lo más importante es cómo se siente éste, no obstante, hace alusión a la importancia que para él tenía que su hijo ingresara a las preparatorias de la UNAM como lo hizo él en su momento.

Ambos padres se muestran un tanto culpables al estar ocupados atendiendo los problemas de la hija y haber prestado menos atención a su hijo, por lo que se les cuestiona sobre cómo harán para que eso ya no suceda. Se discuten varias alternativas para hacer frente a la situación académica actual del hijo, cuestionándoles si las decisiones a tomar estarán ligadas a lo que quiere su hijo o a sus propias necesidades como padres.

Para la **novena sesión** se presenta la familia completa. En cuanto a la escuela del hijo, los padres manifiestan que respaldarán su decisión, quien parece optar por seguir con su educación en la preparatoria actual. Se enfatiza la disposición de los padres para ayudar al hijo en su educación y para atender las necesidades que éste les exponga. Ambos padres sugieren que el hijo reciba terapia individual, más terapeutas y equipo hacen ver que no consideran que esto sea necesario. La hija por su parte comenta que aún hay ocasiones en que llega a sentir el mismo miedo de antes, pero que ya no busca faltar a la escuela pues sabe que “tiene” que asistir, por lo que se le hace notar como ahora “la responsabilidad” es más fuerte que su miedo. Asimismo, se hace notar que el miedo de los padres se ha ido reduciendo también.

Previo a la sesión se les asignó la tarea de concretizar las reglas para los hijos en casa y las consecuencias de su incumplimiento. La mamá comenta que no la realizaron pues han comentado con su esposo la conveniencia de tener en un primer momento “reforzadores” para cada uno de sus hijos y por ende obtener las consecuencias. Se enfatiza en lo atinado de esta concepción y se les recuerda que necesitan detallar claramente un reducido número de requerimientos para que cada quién reciba su reforzador. Ya solo con el subsistema parental se sugiere mantengan en secreto la “nueva organización” hasta que ambos estén totalmente de acuerdo al respecto y el establecimiento de reglas claras para los hijos queda como consigna para la próxima sesión. Asimismo, se comunica a la familia que en función a los avances que han mostrado y la necesidad de que tales cambios sean asimilados, la siguiente cita se espaciará por un término de 2 meses y en ella se evaluará la conveniencia de citas posteriores o un cierre formal del proceso.

Para la **décima sesión** el padre no asiste pues en el trabajo tiene la posibilidad de un ascenso y un permiso podría resultar perjudicial. Inicia la sesión con la franca denuncia de la mamá acerca de un “retroceso” en la familia, y hace referencia específicamente a su esposo, a quien percibe incapaz de “darse su lugar” en el trabajo, refiriéndose a que no pone límites y esto ocasiona que pase todavía menos tiempo con la familia, mientras ella se ve orillada a tomar nuevamente “todas las decisiones”. Se aclara que la condición de trabajo actual del papá no obedece a una incompetencia individual sino a una responsabilidad de equipo, por lo que se resalta la influencia de factores ajenos al control de la familia y la incongruencia entre las solicitudes de mayor tiempo de convivencia y mejores condiciones económicas que se hacen al papá. La mamá reconoce esto y agrega que ella y su esposo han adoptado una nueva y eficiente organización donde ella se hace cargo de la administración de los gastos de la familia, lo cual ha dado buenos resultados.

La mamá aún se muestra muy afectada ante las dificultades de la familia, más reconoce su sobreinvolucramiento y menciona que poco a poco se está procurando mayor tiempo para ella. Agrega además que ha sido descartada la epilepsia en la chica a raíz de los más recientes estudios por lo que están considerando que deje los medicamentos. Se hace notar la capacidad de cambio de la familia, pues la sesión giró en torno a varios temas, a diferencia de antes en que se trataba acerca de la problemática de alguno de los hijos y en un principio sumamente centrados en la hija; todos están de acuerdo con esto. Las terapeutas mencionan que los padres parecen tener discusiones más directas y ya no con la intervención de los hijos, y que además mantienen los límites claros obtenidos ante la familia extensa. Se reconoce que hay algunas cosas que faltan, más se les cuestiona si para esto necesitan continuar con la terapia o si consideran que pueden por sí mismos. Mencionan que a diferencia de otras ocasiones ahora están seguros que pueden hacerlo solos y que van superar lo que venga. Se reconoce esta nueva postura. Solo la hija solicita terapia de manera individual para tratar asuntos personales. Se comenta con la madre que deberá considerar con su esposo el momento oportuno para atender las dificultades conyugales y se cita a la familia a tres meses para un seguimiento.

Se concertó la **sesión de seguimiento** con la familia para explorar los objetivos potenciales de una terapia individual para la chica, la cual tomaríamos a cargo como continuación de la terapia familiar en caso de ser necesario, evitando así que la familia

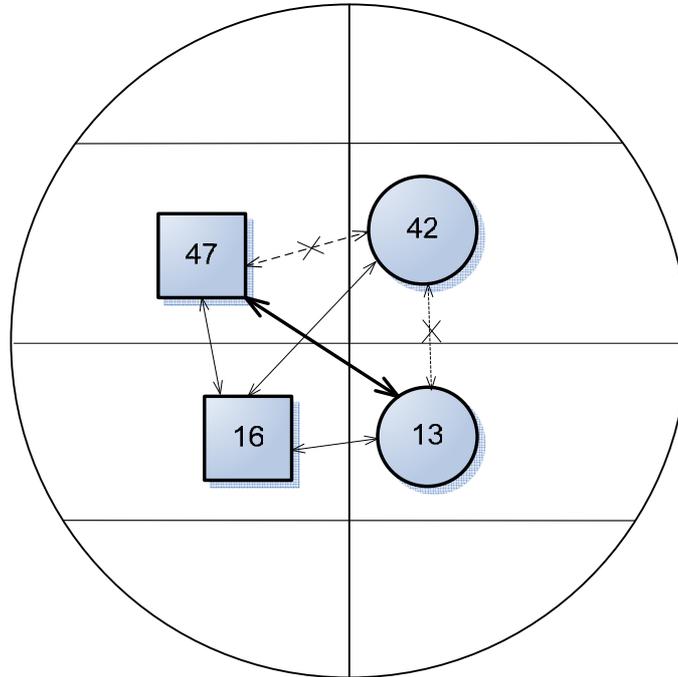
continúe con su historial en diversas terapias. Se presentan ambos padres y la chica, atendiendo a esta última de manera individual al inicio. Al explorar sus necesidades, que concretamente eran de mayor socialización, junto con ella se concluye que no necesita de una terapia individual, sino trabajo grupal con adolescentes o alguna actividad relacionada. Se comunica esto a los padres y se enfatiza que esto parece ser una muestra relevante del avance en su hija, ellos se muestran de acuerdo y evaluarán la opción. Aún cuando refieren que las cosas en general marchan bien, aprovechan para comentar sobre algunas conductas irresponsables de su hija que aún no logran modificar y en consecuencia terminan asumiendo responsabilidades por ella. Al cuestionárseles sobre sus propias experiencias como hijos concluyen que lograron asumir responsabilidades dentro de un ambiente donde no eran sobreprotegidos. Se habla sobre la necesidad de que cada uno asuma sus propias responsabilidades y mayor independencia. Se acuerda con ellos que la terapia familiar ha llegado a su fin y que un futuro contacto se realizará vía telefónica.

Se realiza un **seguimiento telefónico** en el mes de mayo y se habla con cada uno de los miembros. El hijo menciona que ha estado bastante bien, que se encuentra satisfecho de la decisión que tomó al quedarse en la preparatoria que le habían asignado. Menciona que renunció a ser el papá de su hermana y que la relación entre ellos ha mejorado mucho, que aunque a veces pelean, ya no es tan seguido, se llevan mejor y hay más confianza entre ellos. La hija comenta que ha estado muy bien y que no ha vuelto a faltar a la escuela aunque sus notas han bajado un poco. Comenta que la relación con su hermano ha mejorado y que con la mamá siguen discutiendo principalmente por la escuela. El papá comenta que fue despedido de su trabajo y se encuentra buscando uno nuevo pues tiene algunas opciones. Menciona que con su esposa tomaron la decisión de que ella buscará también un trabajo para apoyar la economía familiar. Menciona que los hijos han estado bien, aunque la hija con altibajos en las calificaciones, sin embargo, ahora ya no la ayudan con la escuela pues desean que ella asuma su responsabilidad y afronte las consecuencias. La mamá comenta que la etapa más difícil ya pasó, que la hija ha avanzado, que está más calmada, ya no ha vuelto a tener crisis y se ha mantenido bien. Comenta lo de las notas y menciona que ella tiene que aprender por sí misma y asumir las consecuencias de sus actos. Comenta lo del nuevo trabajo y parece estar ilusionada al respecto. Menciona que con el esposo han estado bien aunque la situación económica y de tanto cambio de trabajo sigue creando malestar entre ellos. Comenta la nueva decisión que tomaron para hacerle frente y que han estado evaluando distintas alternativas, han considerado la separación como una opción, aunque por el momento quieren intentar esta nueva opción de trabajar ambos. Se despide agradeciendo el servicio prestado y mencionando que ellos pasaron por muchas terapias pero realmente lograron cambiar en esta. Agradecen el interés por la familia y el profesionalismo con el que se les atendió.

Esquema Dinámico-Estructural Final:

Consideramos que gracias a la información obtenida en las últimas citas y en los seguimientos realizados, el esquema representativo de las interacciones de la familia es el siguiente:

Esquema 8
Esquema Dinámico-Estructural Final de la Familia 1



Elaboración Propia: de información obtenida durante las sesiones

Logros Obtenidos:

Se pueden observar en el esquema final (esquema 8) los siguientes logros:

- La significancia de la hija ha disminuido considerablemente, pues ha dejado de ser la paciente identificada, incluso podría decirse que la familia está en vías de prescindir de un paciente identificado.
- La mayor jerarquía permanece en la madre, quien se halla aún sobreinvolucrada con la familia, aunque mostrando cambios importantes hacia una mayor individuación. Tal jerarquía es experimentada con menor malestar y se empieza a tomar consciencia de las dificultades reales para que ésta sea modificada, como lo es el empleo del padre y el tiempo que la madre debe dedicar aún a los hijos y el hogar. Los hermanos poseen una jerarquía casi similar actualmente.
- Los límites entre subsistemas están más definidos actualmente y los límites hacia el exterior conservan la claridad obtenida.
- Se ha propiciado una reevaluación de las reglas familiares y las consecuencias establecidas por su incumplimiento, no obstante este parece ser un tema frente al cual los padres se mostraron especialmente renuentes a abordar con concreción.

- La relación entre hermanos ha mejorado bastante y se observan también interacciones afectivas entre ellos.
- Relaciones antes conflictivas como esposo-esposa o madre-hija no han dejado de serlo por completo, no obstante, estos enfrentamientos se dan con una comunicación más clara y directa, donde sin perder sus posturas jerárquicas ambas partes tienen derecho a réplica.
- Aún cuando permanecen alianzas preferentes, la coalición ya no ha sido un tema recurrente, saliendo la hija de su triangulación.
- La familia reconoce actualmente sus capacidades y lados fuertes, considerándose capaz de enfrentar y resolver lo que falta, por lo que se opta por respetar la decisión de la familia de abordar los temas pendientes por sí mismos.

ANÁLISIS DEL CASO:

Este en particular me pareció un caso sumamente interesante, en el que pudimos visualizar mucho de lo propuesto en la teoría. Me parece que el modelo se pudo ajustar de una buena forma a la familia. Fue el primer caso que atendimos por lo que la expectativa e ilusión fueron fuertes.

Aunque en un principio fue difícil no entender la problemática familiar de la misma forma que lo hacían ellos, viendo a la hija como la paciente identificada, considero que la postura sistémica fue de gran utilidad, al poder entender la manera en que cada miembro de la familia participaba. Creo que una de las cosas más importantes fue poder desprenderse de las etiquetas que traían como familia y la hija como “enferma”.

Aprendí muchísimo de este caso, de la co-terapia, de la supervisora que fue muy clara y estructurada en su trabajo y del equipo terapéutico. Pudimos utilizar diversas técnicas que parecieron útiles en muchas ocasiones, pero lo más importante fue poder conservar esta visión sistémica durante todo el proceso.

Varios fueron los logros obtenidos, sin embargo, en varias ocasiones discutíamos sobre la necesidad de trabajar los temas de pareja y algunas cosas que todavía considerábamos importantes, creo que lo más difícil fue aceptar el tiempo, los deseos y el interés de la familia, pues no quisieron abordar los temas de pareja. Creo que un aprendizaje importante fue confiar en los recursos de la familia pues ha pasado el tiempo y han logrado mejorar en muchos aspectos. Además aunque no quisieron trabajar los temas de pareja y esto podría tener consecuencias en un futuro, aprendí a aceptar y respetar las decisiones de ellos.

Considero que la terapia familiar es una forma muy distinta de trabajo en la cual he encontrado teorías y prácticas que me hacen sentido para abordar las distintas problemáticas.

1.1.2. FAMILIA 2

Es una familia compuesta por 6 integrantes, papá, mamá y cuatro hijos, como se puede observar en la tabla 6. La hija mayor se casó y vive por separado, por lo que los cinco miembros restantes son quienes viven bajo el mismo techo.

Tabla 6
Datos Generales de la Familia 2

INTEGRANTE	EDAD	OCUPACIÓN
Papá	47	Trabajado de tiempo completo en una empresa
Mamá	46	Ama de casa
Hija 1	25	Ama de casa
Hija 2	20	Estudiante de Licenciatura en Psicología
Hija 3	18	Estudiante de Preparatoria
Hijo	15	Desertó la escuela

Elaboración Propia

Esta familia se encuentra en lo que Haley (1986) reconoce como “la etapa de dificultades matrimoniales del período intermedio”, Mc Goldrick (2000) como “la familia con adolescentes” y Estrada (2003) como “la adolescencia”. La pareja lleva aproximadamente 25 años de un matrimonio extremadamente conflictivo, con al menos 10 años de violencia entre los cónyuges.

Los hijos adolescentes están poniendo a prueba los mecanismos adaptativos de la familia y la aceptación de la desvinculación y búsqueda de autonomía de los hijos, la cual no es aceptada, pues son requeridos dentro del hogar para intervenir en el conflicto de los padres.

DATOS DEL EQUIPO TERAPÉUTICO

Terapeuta: Regina López Silva

Supervisor: Dr. Raymundo Macías

Equipo Terapéutico: Manuel Almanza, Edna Barrios, Fania Delgado, Marina Giangiacomo, Anel Gómez, Linda López, Susana López, Liliana Moreno y Arturo Sirgo

Modelo de Supervisión: Caso Continuo

SESIONES

En este caso, por la problemática tan compleja, se sugirió un tratamiento familiar, sin embargo, ninguno de los miembros tuvo interés en participar en la terapia, por lo que se llevó a cabo un tratamiento individual-sistémico con la hija de 20 años -la paciente identificada- a quien me referiré de aquí en adelante como "A".

Fueron 12 sesiones espaciadas por 15 días o 1 mes y una sesión de seguimiento que se realizó 3 meses después de terminado el tratamiento. Las fechas exactas de las sesiones y los seguimientos se pueden observar en la tabla 7.

Tabla 7
Número y Fecha de las sesiones de la Familia 2

SESIÓN No.	FECHA
1	19/04/06
2	03/05/06
3	24/05/06
4	07/06/06
5	05/07/06
6	16/08/06
7	30/08/06
8	13/09/06
9	27/09/06
10	11/10/06
11	22/11/06
12	05/12/06
Seguimiento	27/02/07
Seguimiento Telefónico	28/05/07

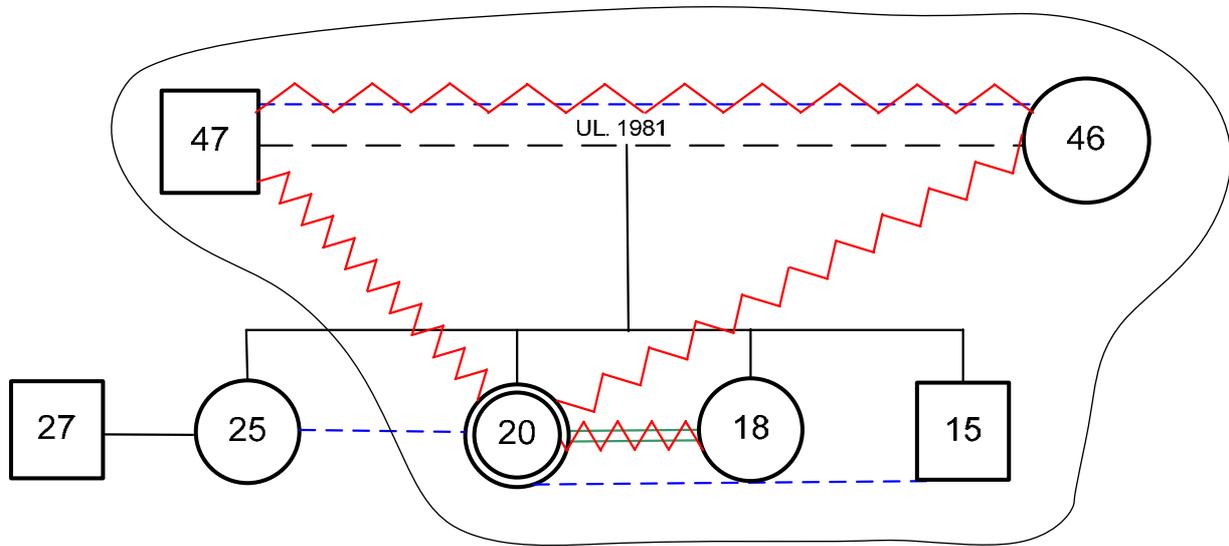
Elaboración Propia

FAMILIOGRAMA:

A continuación en el esquema 9 se puede observar el familiograma de A. Aquí se muestra de manera muy clara la triangulación que sufre A y la relación tan conflictiva que existe entre los padres.

Además se puede constatar que todas las relaciones de A son conflictivas o distantes, lo cual hace que su ambiente familiar sea muy complejo y poco satisfactorio.

Esquema 9
Familiograma de la Familia 2



Elaboración Propia: de información obtenida durante las sesiones

MOTIVO DE CONSULTA:

“Vengo por que estoy deprimida, me siento triste todo el tiempo e insegura y tengo problemas con todos, me llevo mal con mis amigos y no soporto a mi familia, quiero que ya no me afecte tanto la forma en que se portan conmigo.”

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DEL PROBLEMA:

Las primeras dos sesiones A llega triste y muy confundida, habla de que todo está mal en su vida, sin ser muy específica al respecto. Habla a gran velocidad, de muchos temas a la vez y tiene constantemente una risa nerviosa aunque esté hablando de cosas dolorosas. Se busca indagar un poco más de lo que le sucede y comenta que tiene dos meses sintiéndose muy triste, que llora casi a diario y que nada de su vida la motiva.

Con respecto a sus amigos dice que siente que no tiene verdaderos amigos, que sus relaciones son muy superficiales y que sus amigos se aprovechan de ella. Que le demandan mucho pero cuando ella necesita de ellos no la ayudan. Incluso ha dejado de relacionarse con algunas personas que pensó que realmente eran sus amigos, pues muchas veces la engañan, traicionan y decepcionan.

Comenta también que sus relaciones de pareja son un desastre que hace nueve meses terminó con una pareja con quien duró 4 meses, debido a una infidelidad. Y que antes de esto tuvo un novio al que quiso mucho, con quien duró 2 años. Refiere que fue una relación muy conflictiva y destructiva, con muchos problemas entre ellos pues él era muy celoso, controlador y posesivo, la maltrataba psicológicamente e incluso en algunas ocasiones la golpeó. Dice que generalmente sus novios la tratan mal y ella lo

aguanta, pero que cuando la hartan ella empieza a tratarlos mal también como venganza.

Por último, menciona que su familia no la quiere y son muy malos con ella. Comenta que en su casa todo es problemas, que sus papás pelean todo el tiempo e incluso el papá ejerció violencia contra la mamá durante muchos años. La relación con ambos padres es muy conflictiva, con los hermanos distante y con su hermana de 18 años con quien es un poco más cercana, se pelean todo el tiempo, incluso se pegan. Ella menciona que le echan la culpa de todo lo malo que pasa en casa y que se siente muy sola.

DIAGNÓSTICO

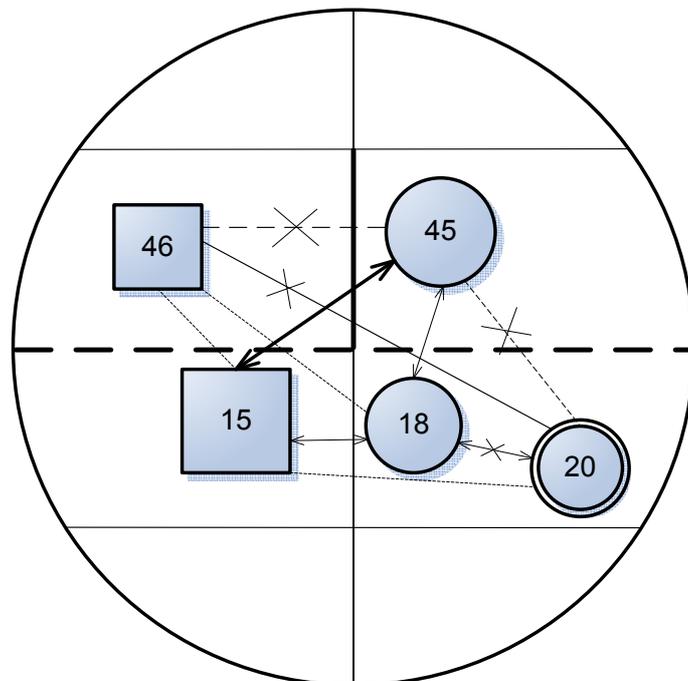
Hipótesis Sistémica:

A se encuentra triangulada en el fuerte conflicto parental lo cual hace que tenga relaciones conflictivas con ambos padres, los hermanos se alían con la madre por lo que excluyen al padre y a A. Los patrones de relación aprendidos por A en casa se han repetido en las nuevas relaciones de amistad o pareja que ella entabla, repercutiendo en formas de relacionarse violentas, conflictivas y con poca o mala comunicación.

Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural:

En el esquema 10 se pueden observar las relaciones y estructura de esta familia.

Esquema 10
Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural de la Familia 2



Elaboración Propia: de información obtenida durante las sesiones

El esquema refleja los límites claros hacia el exterior, difusos entre padres e hijos y sumamente rígidos en el sub-sistema conyugal. La mayor jerarquía y significancia la tiene el hijo menor. A se percibe bastante distante de la familia, sin embargo, sumamente involucrada en el conflicto de los padres.

La relación en la pareja es distante y aún así muy conflictiva. El papá lleva una mejor relación con A, mientras que la madre mantiene relaciones más cercanas y aceptantes con los otros dos hijos.

Metas Terapéuticas:

Tomando en cuenta los problemas detectados en el familiograma (esquema 9) y en el esquema de evaluación dinámico-estructural (esquema 10) y que A es la única interesada en participar en el proceso terapéutico, se pueden definir las siguientes metas:

- Destriangular a A del conflicto parental, permitiendo que ella se salga del conflicto y forzando a los padres a que lo traten entre ellos. Ya que esto hace que A esté inmersa en un conflicto de lealtades que termina propiciando quedar mal con ambos padres y entrar en problemas y discusiones con ambos.
- Que A pueda establecer límites claros entre el subsistema conyugal-parental y filial. Asimismo, que sea capaz de establecer límites claros en sus relaciones de amistad y noviazgo.
- Hacer consciente a A de los patrones de relación y comunicación aprendidos en casa y que repite en sus relaciones actuales.
- Establecer pautas relacionales alternativas para las nuevas relaciones de amistad y pareja que tenga A.
- Mejorar la comunicación de A con cada uno de los miembros de su familia, para que sea clara y directa.

RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:

En la **primera sesión** llega sola, bastante triste aunque se ríe constantemente y habla a gran velocidad, pasa de un tema a otro hablando primero de la depresión que está experimentando, comentando que tiene más de dos meses que se siente triste y llora a diario, comenta que no tiene amigos y habla brevemente de una reciente decepción que sufrió con dos amigas de la universidad.

Habla de su familia y de la mala relación que tiene con ellos, menciona que no la quieren, no la escuchan y no la toman en cuenta para nada, comenta que en el día de su cumpleaños todos salieron a comer juntos, pero a ella no la llevaron porque “no la soportan”. Menciona que quiere irse de su casa, porque no sólo no la quieren sino la

recargan con tareas domésticas siendo ella la única que actualmente estudia y quien más ocupada se encuentra. Menciona que la mamá quiere a todos sus hijos menos a ella, pues a todos los atiende y platica con ellos y a ella nunca le ha hecho ni el desayuno, ni le ha demostrado cariño de ninguna forma.

Menciona que sus papás tienen una pésima relación, que pelean todo el tiempo y que no entiende por qué no se han separado, comenta que durante muchos años el papá le pegaba a la mamá, hasta que un día la mamá se cansó, llamó a la policía y lo denunció. Desde ese día el papá no ha vuelto a pegarle pero siguen teniendo una muy mala relación, se pelean, se gritan, se insultan y todo lo hacen frente a ellos. Los hijos, principalmente ella se mete en algunas ocasiones para evitar que lleguen a los golpes y logra parar la pelea, pero termina ella peleada con los dos papás.

Comenta que una prima de ellos vende droga y que ha querido involucrarla y actualmente está involucrando a su hermano pequeño. También habla sobre un primo que se encuentra en el reclusorio por robo.

Se busca esclarecer qué es lo que desea con la terapia y menciona: “que ya no me afecte tanto lo que pasa con mi familia”. Al final de la sesión se habla de cómo sus recursos han permitido que a pesar de todas las dificultades familiares que ha enfrentado esté bien, siga estudiando, trabajando, no se haya metido en drogas o problemas y busque ayuda terapéutica para estar mejor. Se le comenta que ya que muchos de los problemas tienen que ver con su familia, sino le gustaría que ellos también vinieran a la terapia. Ella dice que ninguno de ellos ha querido hacerlo, que ella ya se los ha mencionado y que incluso por el hermano en alguna ocasión los mandaron a terapia, sólo fue la mamá y dejó rápidamente el proceso. Dice que les comentará pero que de antemano cree que nadie va a querer acompañarla.

Para la **segunda sesión** nuevamente llega sola y menciona que nadie quiere ir con ella a terapia, pero que le gustaría poder trabajar sola, se acuerda tener un proceso individual sistémico.

Nuevamente habla muy veloz y pasando de un tema a otro. Inicia hablando del problema que tuvo con sus amigas de la universidad en el que una de sus compañeras sabiendo que a ella le gusta un chico, se acuesta con él, razón por la que se siente traicionada. Comenta que es común que sus “amigas” hagan cosas que le molestan y lastiman y que ella no diga nada.

Al cuestionársele sobre otras relaciones menciona que con sus novios ha sido igual, habla de su relación anterior en la que terminaron por una infidelidad. Menciona también un novio que tuvo antes con el cual duraron 2 años, comenta que fue una relación muy conflictiva, él era controlador, celoso, posesivo, la maltrataba psicológicamente e incluso la llegó a golpear en algún momento. Comenta que no estaba a gusto en la relación y que aguantó demasiadas cosas, que no sabe por qué no podía dejarlo, hasta que un día se cansó y lo dejó, no sin antes insultarlo, gritarle y decirle todo lo que no le había dicho en el tiempo de la relación.

Mientras cuenta la historia de sus relaciones de noviazgo y amistad se ríe constantemente, razón por la cual se le cuestiona la risa, comenta que nunca demuestra lo que siente, pero que hay veces en que ya no puede y explota. Empieza a tener mayor contacto con sus sentimientos y a hablar de la relación con su familia, comenta que algunas cosas que ellos hacen la lastiman; se trata de incluir el punto de vista relacional, hablando de las cosas que ella hace. Comenta que toda su vida ha sido de la misma manera, con su familia, amigos, novios, que pasan cosas que le hacen daño y ella trata de ignorarlas, pero llega un momento en que se cansa y explota, no le gusta la forma en que trata a los demás cuando explota, pues grita, ofende y es muy agresiva, menciona que en ese momento es cuando en casa le dicen que está loca.

Se le cuestiona que pasa con los demás cuando explota, menciona que la ignoran, le dicen que está loca, esperan a que se le pase y después las cosas siguen como si nada. Se habla sobre las relaciones y cómo ambos influyen en lo que pasa, en lo que se acepta y lo que no.

Se le hace un breve resumen sobre la manera en que en sus diferentes relaciones van pasando cosas a través del tiempo que no le gustan, le molestan, le entristecen, le decepcionan, le lastiman, etc. y ella calla, se ríe, no dice nada o hace de menos lo que sucede. Pero todo eso se acumula, ella estalla y entonces dice todo lo que ha pasado en el tiempo. Se deja de tarea que reflexione sobre lo que tienen en común las distintas relaciones y la forma en que se relaciona con las diferentes personas. Además de qué es lo que está haciendo en sus relaciones que no está funcionando como quisiera.

La **tercera sesión** se inicia retomando la tarea dejada en la sesión anterior, comenta que lo único que tienen en común sus distintas relaciones es ella. Que ha pensado mucho y que considera que el problema está en ella, en que no dice lo que siente. Menciona que ella nunca habla con nadie porque considera que sola tiene que poder con todo, que ella es fuerte. Al cuestionarla sobre el aprendizaje de estas ideas menciona que su mamá siempre aceptó y aguantó todo lo que le pasaba sin decir nada. Comenta también que cuando intentó hacerlo de una manera distinta no le hicieron caso, no la escucharon, en ese momento aprendió y se dijo a sí misma que ya no iba a decir nada a nadie. Se cuestiona sobre la validez de estas ideas en la actualidad y las dificultades que traen a sus relaciones.

Se pregunta sobre lo que le impide hablar con las demás personas, menciona que el miedo a que no la escuchen y su inseguridad. Se pide que reflexione al respecto. Se le pregunta cómo cambia su visión de lo que quiere para la terapia con lo que ha descubierto en las sesiones y menciona que quiere trabajar en ella para poder mejorar sus relaciones interpersonales.

Durante la **cuarta sesión** A comenta que su hermano ha tenido que irse del país y lo han enviado a vivir a Estados Unidos para evitar que se meta en problemas por las drogas. Se habla un poco de cómo se siente al respecto.

Se trabaja en esta sesión sobre lo hablado en sesiones anteriores, se indaga sobre la inseguridad y el miedo que siente en sus relaciones y el hecho de que no habla. A comenta sobre un abuso que sufrió cuando tenía 10 años en la que un

muchacho llegó a su casa diciendo que iba de parte de los papás y al entrar la empieza a tocar, ella se asusta y grita, la hermana pequeña que estaba en casa también comienza a gritar, razón por la cual el muchacho sale corriendo. Recuerda que en esa ocasión al llegar los padres no la apoyaron emocionalmente, que incluso no hablaron con ella sobre lo que había pasado y le dijeron que mejor no hablara con nadie. Recuerda haberse sentido muy sola, insegura, con miedo y haber estado sin hablar 3 días. Habla de que los papás no pudieron protegerla y que por eso ella debe protegerse ahora. Se le pregunta si desea trabajar sobre el abuso directamente, comenta que era algo que nunca había contado y que se sintió bien al hacerlo, pero que no quiere trabajar nada de lo que pasó sino la manera en que esto repercute en su presente. Se acepta la postura de la paciente y se habla sobre las formas de protegerse y el quedarse callada.

Menciona además que en casa nunca se hablan las cosas, se le pregunta si se habla de los sentimientos y reconoce que ni en esa ocasión ni en otras se ha permitido que hablen de lo que sienten, comenta que en su casa no se vale sentir y que sus papás nunca han dicho lo que sienten. Se cuestiona cómo les ha funcionado esa forma de ser y ella habla de los problemas que les ha traído y que a ella le gustaría empezar a expresar lo que siente.

En la **quinta sesión** comenta que ha pensado mucho sobre su miedo e inseguridad. Menciona que gran parte de su inseguridad viene de que la mamá siempre la ha hecho de menos, diciéndole cosas como “no sirves para nada”, “eres tonta”, “floja”, “distraída”, “fría”, etc. Se cuestiona cuántas de éstas cosas se repite a sí misma actualmente, después de un momento de reflexión reconoce que se las repite todas y que incluso ha permitido que amigas y novios la traten de esta forma. Se reflexiona sobre qué cosas puede hacer para ya no dejar que la traten de esta manera y no tratarse a sí misma de esta forma. Menciona además que esta inseguridad ha invadido otras áreas de su vida pues se siente insegura cuando le toca hablar en cualquier ámbito y por eso evita hacerlo, no participa en clase, no le gusta exponer frente a otras personas. Se identifican las cosas que se dice a sí misma que le impiden hablar y nuevamente se cuestiona qué puede hacer para sentirse más segura.

Por otro lado, menciona que se siente insegura y le da miedo expresar sus sentimientos, comenta que a veces no puede hablar de lo que siente porque ni siquiera sabe bien qué siente y que no le gusta expresarlo porque lo hace de una mala manera, siendo muy agresiva y lastimando a los demás.

Se trabaja sobre la expresión de sentimientos, remontándonos a un ejemplo cercano en el que expresó mal sus sentimientos, se busca a través de este ejemplo el reconocimiento de sus emociones, lo dañino de acumular los sentimientos y la forma adecuada de expresarlos. Se hace una escenificación sobre formas alternativas de comunicación de sus sentimientos y establecimiento de límites claros.

Se identifican momentos, situaciones y personas con las que podría empezar a hablar. De tarea se le solicita que practique la forma de expresar y comunicar sus sentimientos empezando por cosas sencillas y con personas que van a poder responder de buena manera. Debido a que por las vacaciones va a haber un mes de por medio entre esta y la próxima sesión, se le solicita que en este tiempo reflexione sobre la

manera en que han sido y quiere que sean sus relaciones interpersonales y como resultado de esta reflexión realice un plan de vida que incluya las siguientes áreas: Personal, Profesional, Familiar, Social y Espiritual.

Para la **sexta sesión** comenta que tuvo un golpe en la rodilla lo que le impidió salir de vacaciones, pero que aprovechó mucho el tiempo para reflexionar sobre la tarea y empezar a hacer cosas diferentes.

Comenta que siente que ya está bien, que el sábado terminó de cerrar muchas cosas, que en este tiempo se dio permiso a sentir todo aquello que no había querido sentir y que después de llorar mucho logró sentir un gran alivio, descansó como hace mucho tiempo no lo hacía y no ha vuelto a sentirse triste ni a llorar. Se comenta sobre algunas de las cosas que logró cerrar y cómo lo hizo. Habla de haber cometido muchos errores en sus relaciones, pero haberse perdonado, librarse de culpas, dejar de estar complaciendo a todos y empezar a pensar en lo que ella quiere. Comenta que además hizo un acuerdo consigo misma en el que ya no va a decirse cosas que la hagan sentir mal, que ya no se va a hablar de mala manera.

Además comenta que empezó a hacer cosas que ya no hacía desde hace mucho tiempo, ha opinado en clase y dio una conferencia para 40 jóvenes. Se indaga la forma cómo lo logro y se dejan claras las estrategias y recursos que utilizó siendo lo principal que ella se ayudó a sentirse más segura.

Menciona que estuvo profundizando sobre las distintas cosas que quiere lograr en casa, en la escuela, en el trabajo, con amigos, etc. Se revisa la tarea de la cual se extraen algunas conclusiones de lo que desea en las siguientes áreas: *Personal*: quiere trabajar consigo misma, escucharse más y permitirse sentir, aprender a manejar sus emociones y sentirse mejor consigo misma. *Profesional*: quiere enfocar su carrera al área social, porque no le gusta tanto la clínica. Tal vez sacar una maestría en antropología social. *Familiar*: ya no se quiere ir de casa, quisiera vivir cerca y tener una mejor comunicación con sus papás. *Pareja*: quisiera tener una pareja estable, pero reconoce que ella no está bien consigo misma por lo que no ha podido estar bien con nadie más. Por lo mismo, quiere trabajar y estar bien con ella primero antes de iniciar una relación. *Social*: quiere alejarse de aquellos que la están dañando, ha empezado a hacerlo y le ha costado mucho trabajo. Quiere relaciones de amistad más recíprocas y con mejor comunicación.

Se hace énfasis en que ya está dejando de ver hacia atrás y empieza a ver hacia adelante, lo que quiere en su futuro y cómo quiere estar. En relación con lo comentado en su área personal se le deja de tarea que identifique durante los siguientes 15 días cómo se está sintiendo, cómo lo ha manejado y como lo quiere manejar. Se menciona que seguramente lo ha estado haciendo bien en muchas ocasiones y hay que identificarlas para seguir aprovechando sus recursos.

En la **séptima sesión** menciona que se siente muy bien y que ha avanzado mucho, por lo que se decide hacer una evaluación de lo trabajado. Se hace una escala de cómo se siente en las distintas cosas trabajadas al día de hoy y cómo se sentía al llegar. La evaluación queda como puede observarse en las tablas 8 y 9 presentadas a continuación:

Tabla 8
Evaluación comparativa de los principales sentimientos experimentados

Sentimiento	Cómo se sentía al llegar	Cómo se siente ahora
Tristeza	9	2
Inseguridad	10	4
Miedo	10	5

10= Mucho 5=Regular 0=Nada

Tabla 9
Evaluación comparativa del manejo de sus sentimientos y relaciones

Sentimiento	Cómo se sentía al llegar	Cómo se siente ahora
Identificar sus sentimientos	1	7
Manejo de sus sentimientos	0	6
Expresión de sus sentimientos	3	6
Relación con amigos	5	8
Relación con la familia	0	3

0= Muy Mal 5=Regular 10= Muy Bien

Elaboración propia: de la evaluación realizada durante la sesión

Se trabaja toda la sesión con la evaluación aclarando en cada punto qué significa la puntuación que tenía y la que tiene, cómo logró moverse de un número a otro, por qué está ubicada en cada número y no en otro, lo que falta por lograr, a dónde quiere llegar y cómo puede llegar a donde desea. Menciona principalmente que se le dificulta el manejo y expresión del enojo, y controlar la agresividad hacia los demás y hacia sí misma por lo que se acuerda trabajar estos puntos en la siguiente sesión.

Para la **octava sesión** se trabaja un ejercicio de relajación para manejo del enojo y la agresividad y formas alternativas de expresión. Además se habla sobre la agresividad hacia sí misma por lo que se indaga de qué manera lo hace y se retoma el acuerdo que se hizo de no decirse cosas que la hagan sentir mal, se incluyen otros puntos en este acuerdo como son: evitar decirse groserías y hablarse de buena manera, decirse que es capaz y puede lograr lo que quiera, comer a sus horas y bien, dormir bien y evitar conductas autodestructivas como alcohol y drogas.

Habla de sus relaciones de amistad y menciona: “por primera vez me siento escuchada por mis amigos” “tengo voz y voto en mis relaciones”. Menciona además: “me da gusto saber que me basto a mí misma”. Comenta que se da cuenta que si ella no se quiere y respeta, nadie más la va a querer y respetar y que ha puesto esto en práctica. Comenta que en general todas sus relaciones han mejorado, sin embargo, con su familia no tanto. Aún se siente enojada y molesta con ellos. Se previene la recaída.

Por lo hablado en la sesión anterior se decide en la novena y décima sesión trabajar familia de origen, son dos sesiones sumamente intensas y productivas para el proceso.

En la **novena sesión** aprovechando que es psicóloga se pide que haga en el pizarrón un familiograma trigeracional. Se habla de cada uno de los integrantes de su familia cómo son, qué hacen, cómo se lleva con cada uno de ellos. Tras una intensa revisión de la familia de origen de sus padres llega a las siguientes reflexiones: “mi mamá a comparación de mi abuela ha sido una buena madre”, “mi papá vivió mucho tiempo en la calle por eso es tan duro”, “mis papás no son así porque hayan querido, las circunstancias los hicieron así”, “han sufrido mucho y los he juzgado muy mal, muy duro”.

También reflexiona sobre la relación de sus padres, las circunstancias en las que se juntaron, la forma en que se llevan y cómo se relacionan. Comenta también sobre su abuelo paterno quien no se dejaba sentir y después estallaba, comenta que está repitiendo patrones de su familia y que hay cosas que quisiera cambiar. Se deja de tarea que siga reflexionando sobre su familiograma tratando de descubrir qué le dice su familia en cuanto a cómo son o deben ser las relaciones de pareja, las relaciones entre hermanos y las relaciones entre padres e hijos.

En la **décima sesión** ha reflexionado bastante sobre su familia y comenta que se siente más tranquila con ellos, que incluso ha sentido que ellos también se están acercando más. Se trabaja sobre diferentes temas como el conflicto, el dominio de la mujer, la sumisión, el machismo, la culpa, la mala comunicación o la ausencia de la misma, la no expresión de sentimientos, la violencia, las peleas y separaciones constantes en su familia, la inmiscusión de los hijos en los problemas de los padres, etc.

Se busca establecer una separación entre lo que ha vivido, lo aprendido, lo que piensa y lo que quiere para su vida. Se trabaja sobre estos temas y se fortalece la posición de A ante estas temáticas. También se habla sobre como el conocimiento de esto puede ayudarle para establecer formas de relacionarse distintas a las aprendidas en casa. Se establecen algunas acciones concretas. Se deja de tarea que establezca otras formas concretas para cambiar lo aprendido y que ponga en práctica algunas de estas estrategias, se deja un mes entre sesiones para ver como funciona el lapso.

Durante la **onceava sesión** se revisan las estrategias que ha pensado y llevado a cabo para cambiar la forma de relacionarse con su familia y amigos, las cuales menciona le han funcionado muy bien. Comenta que sus relaciones han mejorado significativamente y que ella ya se siente mejor. Menciona diversos ejemplos.

Entre las estrategias más importantes menciona permitirse sentir e identificar lo que siente, expresar lo que siente y comunicarse de una manera más clara y directa con las personas. Si hay enojo y no puede hablar en el momento respirar, calmarse, salir a dar una vuelta, escribir, dibujar, etc. Espera un momento más oportuno para hablar.

Menciona también el cambiar la manera de hablar con las demás personas evitando las groserías o las cosas que sabe que le molestan al otro. Buscar la mejor forma de decir las cosas. No caer en el juego de las demás personas de “me hacen y les hago”. Comenta que se ha dado cuenta que en la medida en que ella ha cambiado en la forma de compartir más sus sentimientos y cómo reacciona, los demás también han cambiado y en algunos casos han empezado a hacer lo mismo.

Comenta que se dio cuenta que ha repetido la actitud sumisa y de aguantar todo como su mamá, pero al cansarse se vuelve como su papá, violenta, por lo que menciona que necesita encontrar un equilibrio y que puede lograrlo si establece límites en sus relaciones de lo que quiere y no quiere, principalmente lo que no está dispuesta a aceptar es violencia y agresiones y empezar por no agredirse ella misma. Decirse cosas para sentirse más segura en las distintas situaciones.

Una de las estrategias finales que menciona y sobre la que se profundiza bastante es el no meterse en las peleas de sus papás. Se habla sobre las ventajas y desventajas de esta posición y comenta que ya lo ha empezado a hacer y le ha funcionado.

Se previene la recaída y se plantea la posibilidad de un cierre a lo cual A accede mencionando que ya tiene las herramientas que necesita y que ya sólo es cuestión de seguir poniéndolas en práctica.

En la **doceava sesión** se hace una revisión de lo trabajado durante el proceso, comentando sobre cada una de las áreas trabajadas, cómo llegó al inicio y cómo se siente ahora. Se retoman todas aquellas cosas que le han funcionado y lo que no. Asimismo, se habla sobre lo que le hace falta conseguir y cómo va a lograrlo. Se evalúa de manera general el proceso terapéutico.

La terapeuta enfatiza la capacidad de reflexión y cambio de la paciente y resalta otras fortalezas vistas en A. Se previene la recaída y se deja abierta la puerta para que se comuniquen con la terapeuta en cualquier momento. Asimismo, se establece una sesión de seguimiento tres meses después con el objetivo de ver cómo se encuentra y si se cierra definitivamente el proceso.

Durante la **sesión de seguimiento** se hace un resumen del motivo de consulta, los cambios específicos y los logros obtenidos. Menciona que ya no se ha sentido triste, que ya no deja que se le acumulen las cosas y que puede controlar mejor su enojo. Que va muy bien en la escuela y las relaciones con sus amigos han mejorado.

Comenta que las cosas en casa han mejorado, la relación con su papá es ahora más cercana incluso ha compartido con ella anécdotas y algunos sentimientos. Ella ya no pelea tanto con su mamá ni con su hermana, pueden platicar mejor e incluso han salido juntas. La familia está planeando un viaje todos juntos para ir a visitar al hermano en Estados Unidos, ella propuso la idea y está muy ilusionada con que la estén tomando en cuenta. Se da más tiempo para estar con su familia y tiene una mejor comunicación con ellos. Los papás han seguido peleando pero ella ya no se involucra tanto, incluso ahora mejor sale de la casa cuando esto sucede.

Comenta que ha aumentado su capacidad de disfrutar las cosas, que la tristeza que antes la inmovilizaba ahora la impulsa. Ha tomado decisiones más conscientes y es más empática con quienes la rodean. Menciona también que sabe decir NO y no permitir que los demás abusen de ella. Incluso físicamente se ha sentido mejor y no se ha enfermado en todo este tiempo. Comenta de una nueva relación de noviazgo que ha empezado en la que ha podido comunicarse abiertamente y establecer límites claros.

Se habla sobre lo que aún falta y cómo podría seguir mejorando, también se comenta sobre como podría empeorar y los altibajos que pueden darse, pero que lo importante es no perder lo ya ganado.

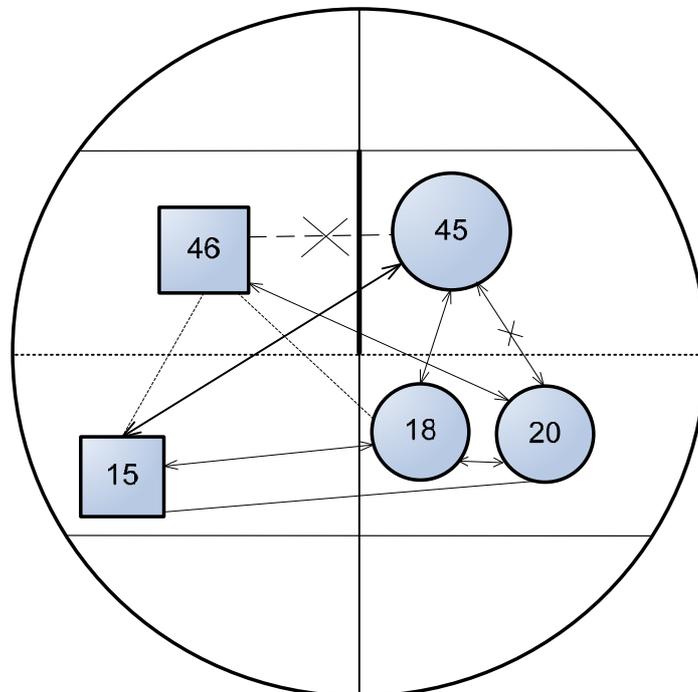
Se le cuestiona como se ve en unos cinco años y ella habla claramente sobre lo que desea en cada una de las siguientes áreas: Personal, Profesional, Familiar, Social y Espiritual. En esta ocasión ya incluye la relación de pareja mencionado en ella la equidad de género, la comunicación y respeto, entre otros. También habla más claramente sobre su área espiritual. Se decide dar por concluido el proceso.

En el **seguimiento telefónico** menciona que las cosas han seguido bien, que se han mantenido los cambios al interior de su familia y que ella se siente contenta y tranquila. Comenta que su relación de pareja sigue adelante y que ha podido establecer límites claros, lo cual a veces crea discusiones entre ellos. Habla de manera general sobre los logros obtenidos, agradece a la terapeuta y se despide cordialmente.

Esquema Dinámico-Estructural Final:

Según la información obtenida en las últimas citas y en los seguimientos realizados, el esquema representativo de las interacciones de la familia es el siguiente:

Esquema 11
Esquema Dinámico-Estructural Final de la Familia 2



Elaboración Propia: de información obtenida durante las sesiones

Logros Obtenidos:

Se pueden observar en el esquema final (esquema 11) los siguientes logros:

- Cuando los padres están discutiendo o peleando A permanece al margen de la situación y por ende no se ve metida en conflicto de lealtades. De esta manera se busca que ellos tengan que tratar sus problemas entre ellos y que A pueda tener una relación más directa y armoniosa con ambos.
- A ha logrado establecer límites más claros entre ella y sus padres marcando la distinción necesaria entre la relación conyugal y la parental. Además A ha puesto límites en sus relaciones de amistad, pudiendo decir NO y no permitiendo que abusen de ella. Además en la nueva relación de pareja que inicia ha podido establecer límites y reglas claras.
- A tiene ahora una mayor consciencia de los patrones de relación y comunicación aprendidos en casa y la forma en que los ha repetido en sus nuevas relaciones. Tiene mayor claridad en la forma en que temas como la violencia, el machismo, la sumisión, el silencio y el conflicto han impactado su vida y la forma en que quiere enfrentar estos temas.
- Ha identificado una serie de estrategias y acciones concretas para establecer mejores relaciones de amistad y noviazgo.
- A ha sido capaz de comunicarse de una manera más clara y directa con las personas de su casa. Con las cosas que le molestan o lastiman ella no espera a que se acumulen y las comenta de una manera tranquila pero firme. Asimismo, ha tenido un mayor acercamiento a su padre, madre y hermana, siendo incluso más afectiva con ellos, lo cual ha tenido un impacto importante en su familia quienes a su vez han establecido una comunicación más directa y afectiva con ella.
- Sus relaciones de amistad son actualmente más recíprocas y con una comunicación más profunda.
- El cambio se ha extendido a otras áreas de su vida ya que ha tomado algunas decisiones importantes con respecto a su trabajo y carrera que le acercarán más a lo que ella desea en esta área. Asimismo, ha iniciado acciones concretas para tener una vida espiritual más activa y satisfactoria.

ANÁLISIS DEL CASO:

Realmente este fue un caso muy importante y satisfactorio para mí. Por primera vez me topaba con querer trabajar con problemas familiares pero sin contar con la presencia ni el apoyo de los miembros de la familia. Por lo mismo, fue importantísimo descubrir la manera en que puede hacerse una terapia individual sistémica y la gran

diferencia que marca en la comprensión de la problemática y su abordaje, el tener una epistemología sistémica.

Asimismo, considero que en este caso pude combinar de manera productiva las técnicas y principios sistémicos con herramientas y técnicas aprendidas en otros enfoques lo cual me permitió descubrir la manera en que he ido integrándome como terapeuta.

Definitivamente fue particularmente enriquecedor contar con Raymundo como supervisor del caso ya que su conocimiento y experiencia fueron de mucha utilidad para mi persona. El método de trabajo de Raymundo es diferente a lo aprendido en la maestría y es un método con el que me siento muy cómoda y a gusto. Asimismo, su Esquema de Evaluación Dinámico-Estructural ha sido de mucha utilidad para la comprensión de los casos y como guía en el proceso terapéutico. Además resulta una herramienta muy clara para determinar los logros obtenidos y por obtener.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con las dos familias

Los dos casos que he presentado anteriormente los escogí porque tienen cosas en común: el tipo de supervisión, la problemática inminente entre los padres y la hija tratada como la paciente identificada. A lo largo de esta discusión buscaré centrarme en estas similitudes y a su vez intentaré establecer algunas de las diferencias más importantes.

El caso de la Familia 1 fue supervisado casi en su mayoría por la Mtra. Ma Elena Rivera bajo el Modelo Estratégico, el caso de la Familia 2 fue supervisado completamente por el Dr. Raymundo Macías, bajo su particular modelo de supervisión en el cual se utiliza bastante del Modelo Estructural.

En el momento en que se inician ambos procesos terapéuticos las hijas llegan a la terapia identificadas como el “problema”. En el caso de la familia 1 la hija está identificada como la “enferma” y por ende causante de los problemas. La hija de la familia 2 llega identificada por su familia como la “loca”, “problemática” y la “culpable de todo lo que sucede en la casa”. Ambas desde esta posición presentan síntomas que confirman que ellas son el problema. En el caso de la hija 1 padece de epilepsia, tiene fobia a la escuela, presenta “crisis emocionales” y “distintas personalidades”. La hija de la familia 2 padece depresión, inseguridad, miedo y malas relaciones interpersonales.

En ambos casos a lo largo del proceso se busca la **Redefinición del Síntoma** integrando la percepción sistémica y relacional de que todos contribuyen al problema, pues como lo menciona Minuchin (2003) la patología no se encuentra en el interior del paciente más bien se encuentra en su contexto social. Por lo mismo, la manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso y de que existe una lucha de poder entre sus miembros (Haley, 1980). Este es uno de los retos principales de la terapia sistémica, que la misma familia o paciente puedan identificar la manera en que cada uno de los miembros participa en la creación y mantenimiento del problema.

Aunque como técnica la redefinición del síntoma o del problema suena muy sencilla, implica un serio y constante trabajo en la comprensión de la dinámica y estructura familiar y la manera en que éstas están relacionadas con el problema.

Una parte vital de este trabajo incluye el apoyo en otras técnicas cómo pueden ser el **Cuestionamiento del Control Lineal** y el **Cuestionamiento de las Realidades Familiares**. Establecer de manera clara que un solo miembro de la familia no puede de ninguna manera controlar el sistema familiar entero y descubrir la manera en que cada uno de los miembros es responsable del mantenimiento del problema es de utilidad para poder mover a la familia en una dirección distinta, que ya no lleguen a terapia únicamente a quejarse del paciente y asuman la responsabilidad del cambio.

En el caso de la familia 1 fue de especial importancia que los padres comprendieran la manera en que le otorgaban la jerarquía y el poder a la hija para hacer lo que ella quería. El cuestionarlos acerca de cómo una pequeña de 13 años lograba ganarle a dos adultos y terminaba haciendo lo que ella quería, fue crucial para establecer una mejor alianza en el subsistema parental. En el caso de la familia 2 incluir esta visión sistémica permitió que la hija no se sintiera culpable por todo lo que pasaba en casa, pero que asumiera la responsabilidad de lo que ella estaba haciendo para establecer relaciones conflictivas con su familia y con otras personas. Esta visión permitía incluir que la capacidad de cambio y la responsabilidad de éste recaen en toda la familia y no sólo en un miembro.

Un eje central del trabajo en ambos casos fue el **Establecimiento de Límites o Fijación de Fronteras**, ya que en ambas familias la pareja tenía conflictos no resueltos que desviaban hacia la hija triangulándola. Por lo mismo, fue de vital importancia establecer límites claros entre el subsistema conyugal y parental y entre el subsistema conyugal y el filial. En este trabajo en la Familia 1 se utilizaron otras técnicas que ayudaban a aclarar y mantener los límites establecidos como fue el **Cambio de la distancia entre los miembros, Escenificación** y el **Trabajo con subsistemas por separado**.

En el caso de la familia 2 como no se contaba con los demás miembros de la familia en la sesión, el establecimiento de límites se trabajó a través de la **Escenificación y Tareas Conductuales**. Además de trabajar con los límites al interior de la familia, también se trabajó con los límites externos, en la Familia 1 para que pudieran establecer límites claros hacia la familia de origen y en la Familia 2 para aprender a establecer límites en sus relaciones de amistad y noviazgo.

Otro eje fundamental fue el trabajo con la **Comunicación**, el cual en ambos casos se trabajó a través de **Escenificación y Tareas de Comunicación**. Se buscó establecer patrones de comunicación más claros y directos. Por lo mismo, fue importante prestar atención a la comunicación tanto digital como analógica de las familias y establecer las contradicciones que se daban en ellas. De la misma manera, en ambos casos, se revisaron los intercambios comunicacionales simétricos y complementarios, buscando en el primer caso, poder establecer una mayor complementariedad entre los estilos de crianza de ambos padres para el establecimiento de reglas y consecuencias en común y en el segundo caso revisando la complementariedad rígida (sumisión, violencia) y las escaladas simétricas (violencia)

aprendidas y experimentadas inicialmente en su hogar y que se han repetido en sus nuevas relaciones de noviazgo y amistad.

Un trabajo crucial que se hizo con ambas familias fue **Familia de Origen**. En la Familia 1 esto se realizó en la séptima sesión, con el trabajo de la familia de origen de los padres, indagando sobre la forma en que ellos aprendieron a ser padres. En esta ocasión se hacen evidentes las formas tan distintas en que fueron educados, ella en una familia extremadamente rígida y disciplinada, con reglas muy claras y rígidas y él en una familia extremadamente flexible, desligada y sin reglas. Este trabajo permitió que se cuestionaran las **Realidades Familiares**, a la vez que cada uno comprendiera mejor la historia del otro y por qué educaba cómo lo hacía. Este intercambio abrió la puerta para buscar la complementariedad y una mayor intimidad en la pareja.

En la Familia 2 el trabajo se hizo con la hija, en la novena y décima sesión, a través del familiograma trigeracional. Esto permitió reflexionar sobre los aprendizajes recibidos con respecto a los siguientes temas: cómo aprendieron sus papás a ser padres, el conflicto, dominio, sumisión, machismo, no expresión de sentimientos, mala comunicación, culpa e inmiscusión de los hijos en los problemas de los padres, entre otros. Esto permitió el cuestionamiento de lo aprendido y de las **Realidades Familiares**, permitiendo a la hija establecer su propia postura ante estos temas y encontrando estrategias concretas para no repetir los patrones aprendidos.

En ambos procesos se recurrió en diversas ocasiones a la **Alianza con un miembro de la Familia**, buscando la terapeuta confirmar a este miembro, poniendo de relieve su lados fuertes y convirtiéndose en fuente importante de autoestima para este miembro. Asimismo, constantemente se buscó el **Énfasis en los recursos** de la familia o de algún miembro en especial, con el afán de lograr ampliar la visión que cada miembro tenía de los otros o de la familia en general y fortaleciendo así sus capacidades y potencialidades, buscando además las cosas que han hecho bien para repetirlos.

Cuando el proceso terapéutico ya había avanzado y las familias presentaban cambios importantes y logros claros se utilizó la **Prescripción de la Recaída y los Peligros de una Mejoría**, ya que los cambios fueron bastante rápidos se buscaba, poder prevenir la recaída y de alguna manera paradójica también alentarlos a que siguieran cambiando y evitaran recaer. También se analizaron los peligros de la mejoría buscando comprender que en muchas ocasiones algunas personas no están preparadas para el cambio y buscan lograr que todo vuelva a la normalidad.

En el caso de la Familia 1, por el manejo estratégico que se le dio, se puso especial interés en las jerarquías y las luchas de poder, temas que fueron revisados y trabajados durante las sesiones. En el caso de la Familia 2 además de los temas anteriormente mencionados se hizo un importante trabajo con las emociones, que consistió en su reconocimiento, manejo y expresión.

Ambos casos se trabajaron con el apoyo importantísimo de la Supervisión y el Equipo Terapéutico y según los seguimientos hechos se ha logrado comprobar que los cambios han permanecido en el tiempo y se han ampliado a otras áreas importantes de sus vidas.

1.3. Análisis y discusión de un tema

UNO MÁS UNO... SON DOS O ¿SON TRES?¹

En muchas ocasiones se ha mencionado que la familia es el núcleo de la sociedad, pero ¿no es acaso la pareja el núcleo de la familia? O incluso en países en los que cada vez se tienen menos hijos o no se tienen hijos ¿no es la pareja el núcleo más importante?

Infinidad de parejas se forman a través del tiempo, pero igualmente infinidad de parejas rompen, se separan, fracasan en su intento de vivir y convivir. Por lo mismo, hay una pregunta que siempre queda en el aire: ¿qué es lo que se necesita para desarrollar una pareja funcional, estable, duradera, satisfactoria...?

Según Willi (1978) existen tres principios fundamentales para el desarrollo exitoso de una pareja que son: el principio de deslinde, es decir, el principio de los límites, ya que para que una pareja funcione adecuadamente es necesario que se defina claramente respecto al exterior y al interior de la pareja. Los límites al interior de la pareja se refieren a la distancia y permeabilidad entre los cónyuges y los límites respecto al exterior se refieren a la relación de la pareja con el mundo externo. Este principio tiene que ver con la intimidad, es decir, cuánto renunciar a uno mismo por el otro y cuánto permitir que los demás entren en la relación. La relación de pareja debe diferenciarse claramente de cualquier otro tipo de relación de amistad o familiar.

El principio de adoptar papeles “maduros” e “infantiles” alternativamente, ya que en toda relación de pareja sana y satisfactoria es fundamental que cada uno de sus miembros pueda adoptar alternativamente papeles “progresivos” y “regresivos”. Cada uno debe permitirse la posibilidad de cuidar del otro y la posibilidad de ser cuidado, teniendo papeles flexibles dentro de la pareja. Finalmente, el principio de igualdad de valor, es un requisito fundamental para una relación de pareja sana que los cónyuges tengan la sensación de igualdad en la autoestima. Este sentimiento de igual valoración descansa sobre la semejanza en cualidades sociales y personales.

Aunado a estos principios diversos autores consideran que la satisfacción de las necesidades emocionales, la aceptación de la ambivalencia, el crecimiento de la intimidad, la adquisición de la congruencia, la relación sexual satisfactoria, la negociación adecuada del poder y un igual nivel de compromiso, son factores que predicen un buen funcionamiento en la pareja. Sin embargo, nada está escrito pues en repetidas ocasiones las parejas no logran contar con lo necesario para mantener una relación estable y satisfactoria, ya que esto muchas veces depende de una serie de factores procedentes de cada uno de los miembros de la pareja y de su interacción.

Por lo mismo, situaciones que en algunas parejas pueden solucionarse de manera clara y directa, en algunas otras son factores de interminables discusiones y conflicto. Cualquier cosa puede ser causa de conflicto: la economía, el comportamiento de los hijos, la disciplina, la distribución de las responsabilidades dentro del hogar, el tiempo compartido, la sexualidad, las respectivas familias de origen, etc. ya que lo que

¹ Título similar al utilizado por Caillé (1992).

se discute a nivel de contenido en muchas ocasiones no es el verdadero problema, pues lo que realmente se está discutiendo es a nivel de la relación.

Por ende, en estas batallas campales por el dominio y el poder en la relación o en la búsqueda ineficaz de desviar el conflicto, otras personas u objetos son incluidos en la relación. Esta inclusión puede ser de los hijos, los padres, los amigos, amantes, alcohol, drogas, trabajo, etc.

Bowen (1970) definió esta situación como **triángulo** y menciona que se configura cuando dos personas (pareja) tienen un problema acerca del cual no pueden ni hablar ni resolver, por lo que la tensión se desplaza hacia algo externo al conflicto o a la relación. Ya que un triángulo permite encubrir incertidumbres, ansiedades, frustraciones y distintas problemáticas no enfrentadas ni resueltas directamente.

A esta situación de recurrir a terceras personas para que interfieran y desvíen el conflicto que hay entre la pareja, se conoce como **triangulación**. Al incluir a otras personas, generalmente lo que se busca es el establecimiento de alianzas a cualquier precio, pero lo más complicado surge cuando se busca a los hijos como aliados y se crea en ellos un conflicto de lealtad hacia los padres, debido a que tienen que escoger a quién apoyar. Según Haley (1980) esto sucede porque una díada es inestable y necesita la intervención de un tercero para evitar desbocarse, pues las disputas y rivalidades de creciente intensidad demandan la intervención de un tercero ajeno a la díada para estabilizarla.

A nivel familiar, Haley (1960, citado en Linares, 2002) acuñó el término **triángulo perverso** el cual se refiere a la coalición negada de dos personas, pertenecientes a generaciones diferentes, contra una tercera. Más tarde, Haley (1980) habla del **conflicto bigeneracional de oposición entre los padres**, en el que un progenitor se coliga con el niño contra el otro progenitor y menciona que un niño con síntomas siempre está manteniendo la unión de un matrimonio problema.

Por su parte, Minuchin (2003) llamó **tríada rígida** a la configuración relacional en la que los hijos son utilizados sistemáticamente para resolver, evitar o desplazar los conflictos existentes entre los padres. Minuchin, distinguió tres modalidades: a) **Triangulación** en la que cada uno de los cónyuges le pide al hijo que se alíe contra el otro. El hijo se encuentra paralizado ya que todo movimiento que realiza es definido por uno de los padres como un ataque b) **Coalición Estable** en la que hay un hijo aliado a uno de los progenitores en contra del otro y c) **Desviación o Rodeo** consistente en un acuerdo de los padres en la preocupación por los síntomas del hijo, ya sea para controlarlo porque es “malo”, ya sea para protegerlo porque está “enfermo”.

En estos casos la utilización de los hijos para el beneficio propio está por encima de la atención a sus necesidades, lo que significa que se pierden los papeles parentales en el fragor del combate conyugal. Es decir, una conyugalidad disarmónica termina deteriorando secundariamente la parentalidad. En este maltrato psicológico a los hijos, asociado a la triangulación, los padres inicialmente se encuentran comprometidos en el ejercicio de la parentalidad, razonablemente preocupados por sus hijos y nutriéndolos relacionalmente con su amor cognitivo, emocional y pragmático (Linares, 2002) Sin embargo, fracasan secundariamente cuando la disarmonía conyugal les hace perder su

papel de progenitores, lo cual se traduce en un cambio de prioridades, que debilita la protección de los hijos exponiéndolos a las consecuencias del conflicto conyugal.

De forma más o menos explícita, los hijos son invitados a participar en los juegos conflictivos de la pareja, como aliados y como antagonistas de sus miembros que no son otros más que sus propios padres.

Según Linares (2002) este tipo de maltrato triangulatorio puede presentarse de maneras diversas:

Triangulación Manipulatoria: Los padres envían mensajes a sus hijos requiriendo su colaboración. La demanda puede hacerse por parte de los dos progenitores o sólo uno y la oferta que completa el mensaje puede consistir en más atención, comprensión, estatus, prestigio, privilegios, mejor condición material, etc.

Este estilo de triangulación provoca que el hijo se sienta sometido a intensos conflictos que movilizan sus lealtades y sus temores a sufrir pérdidas relacionales importantes. Dependiendo de la respuesta del hijo triangulado y de las características de la oferta de los padres, pueden desarrollarse situaciones muy diversas, desde confrontaciones directas y actuadas, generadoras de violencia, hasta las diferentes modalidades de trastornos neuróticos.

Triangulación Desconfirmadora: es una situación relacional compleja en la que los hijos, tras ser invitados a participar en los juegos conflictivos de los padres, se ven abandonados o traicionados al ser mucho más importante la pasión inextinguible del conflicto que la efímera alianza de la que formaron parte. Fenómeno explicado por Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1990) en su libro *Los juegos psicóticos en la familia*. Este tipo de triangulación sirve de vehículo para la desconfirmación y como tal, abona el terreno para el desarrollo de la psicosis.

Triangulación Equívoca: sucede cuando ambos padres consideran que el otro se está ocupando del hijo y que el otro está satisfaciendo sus necesidades relacionales. Aunque esto puede ocurrir en plena convivencia, lo más frecuente es que se dé en parejas separadas.

Los hijos que sufren este tipo de triangulación viven en un territorio de nadie, pues es inminente la incapacidad de los padres para percibir su sufrimiento y carencias. Pueden por ende, desarrollar una desconfianza radical hacia los adultos y su sociabilidad, precaria y marginalizada, se dirigirá casi exclusivamente hacia los iguales, condenándolos a una adolescencia perpetua.

Triangulación Complementaria: A diferencia de las demás ésta sucede en parejas complementarias. Se da cuando se impone a la hija(o) víctima a abusos, explotación y favoritismo. Estas parejas son demasiado desiguales, para que tenga sentido una lucha de poder, por lo que la hija es seducida, engañada y utilizada como pretexto de establecer una relación especial, ofrecida muy a menudo como privilegio y que termina generalmente en el abuso sexual.

Bajo el efecto del *hechizo* (Perrone y Nannini, 2000) o del engaño, las hijas víctimas de abuso sexual creen en la promesa de una relación privilegiada y conscientes de las diferencias de poder existentes entre sus padres, aprenden pronto a despreciar a esa débil madre que no las protege y que a menudo las mira como rivales. En cuanto a sus relaciones con el abusador, no tardan en deslizarse hacia el fastidio, el enfado y el temor.

La triangulación complementaria se cuece en la intimidad y en el secreto del abuso y estalla cuando éste se hace público. Las consecuencias que aparecen después son infinitas y ampliamente manifestadas por las sobrevivientes de abuso sexual.

Como vemos, los efectos que estas triangulaciones causan en los hijos son diversos y complejos razón por la cual es necesario intervenir para asegurar una organización familiar más funcional. Dependiendo del tipo de triangulación que se presente será el tipo de tratamiento que se aplique.

En los dos casos presentados con anterioridad la triangulación fue de tipo manipuladora, sin embargo, presentan estilos diferentes. En el primer caso, retomando a Minuchin (2003) podría decirse que se dio una tríada de dos tipos, por momentos había una desviación o rodeo en la que ambos padres acordaban preocuparse por los síntomas de la hija y protegerla porque estaba enferma, sin embargo, fue tejiéndose a través del tiempo una coalición estable del padre y la hija contra la madre. Esta coalición permitía de alguna manera que el padre ganara poder frente a la madre y desviar el inminente conflicto entre ellos.

Retomando a Haley (1980) podría decirse que en el primer caso existía un conflicto bigeneracional de oposición entre los padres. Para este autor, la manera de intervenir ante dicha circunstancia es en etapas, primero, debe determinarse el tipo de secuencia que está manteniendo el problema presentado, después debe fijarse un objetivo específico relacionado con trazar un límite generacional e impidiendo la formación de coaliciones consistentes a través de él. La tercera etapa encierra llevar a cabo una idea nueva, que permita pasar de la anormalidad a la normalidad en etapas, creando entonces una anormalidad diferente. De igual forma, Ritvo y Glick (2003) consideran que es necesario convertir la coalición conyugal en la díada más fuerte de la familia y establecer límites generacionales claros.

En este caso la secuencia, de manera simplificada, se daba de la siguiente forma: la hija pedía algo a la madre quien se lo negaba, ésta recurría entonces al padre quien sin previa comunicación con la madre lo autorizaba. Al darse cuenta de esto la madre se molestaba y discutía con el padre por esta razón. Una vez determinada esta secuencia se llevaron a cabo una serie de intervenciones que pretendían pasar de una etapa de anormalidad a otra. Inicialmente se intervino de manera paradójica para acrecentar el síntoma pero con reglas diferentes, la hija iba a pedir que la acostaran, pero ya había un acuerdo implícito de quién lo haría por lo que la situación ya no provocaría conflicto. La hija reacciona entonces diciendo que ya está grande y no necesita que lo hagan.

Después se pide que hagan un intercambio de roles en el cual el padre deberá imponer la disciplina y la madre apoyarlo. A través de esta tarea se pone de manifiesto

la dificultad del padre para establecer límites y reglas y la madre actúa igual que el padre saboteando las decisiones que él toma. Esta etapa lleva a una seria reflexión y después del trabajo con familia de origen de los padres, límites, reglas y comunicación, se logra establecer una nueva manera en la que definen más claramente quién disciplinará en qué momentos, establecen reglas y consecuencias claras y acuerdan que antes de contestar a la hija tendrán comunicación entre ellos.

En el segundo caso, la situación era diferente, pues ambos padres buscaban la alianza de la hija a través de distintos tipos de manipulación, por lo que consistiría en lo que Minuchin (2003) denomina como una triangulación.

En este caso, lo recomendado por el mismo autor sería el establecimiento de límites claros, a través de reglas específicas que permitan a cada miembro de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas. Estos límites deben de permitir el acceso de la hija a ambos padres y al mismo tiempo excluirla de las relaciones conyugales.

Para Minuchin, el objetivo principal sería la reestructuración del sistema, a través de diversas estrategias como pueden ser: que el terapeuta bloquee la conducta habitual en las negociaciones entre los esposos, incrementar la fortaleza del límite del subsistema conyugal, reestructurar a los padres en una coalición contra la niña(o), estimular la asociación entre el padre implicado y el hijo hasta desequilibrar el sistema y desplazar a otro miembro de la familia a la posición del paciente identificado.

Sin embargo, en el caso había una dificultad, ninguno de los miembros de la familia estaba interesado en asistir al proceso terapéutico, lo que imposibilitaba la aplicación de las distintas estrategias mencionadas. Por lo mismo, se decidió que ya que no se podía mover a los padres, era necesario lograr que fuera la hija quien se moviera de la posición en la que la colocaban.

Por lo mismo, se buscó establecer un intercambio más directo con cada uno de los padres, fortaleciendo la comunicación clara y directa con cada uno de ellos, así mismo, desresponsabilizarla de lo que sucedía entre los padres, para finalmente lograr que fuera ella quien estableciera límites claros entre sí misma y el subsistema conyugal. Esto le permitió salir de esta paralizante posición en la que independientemente de lo que hiciera quedaba mal con alguno de los padres.

Es importante comprender entonces, que si las parejas no cuentan con los recursos personales e interaccionales para establecer una relación en la que puedan resolver sus conflictos de manera clara y directa entre ellos, podrán recurrir a diversas formas de triangulación, por lo que a nivel preventivo sería necesario tomar esto en cuenta para el trabajo con parejas y a nivel de intervención es útil resaltar que ya sea que llegue la familia completa o el miembro triangulado, es posible cambiar esta organización anómala que complica el buen desarrollo de los hijos, pues existen una serie de estrategias -criticadas, olvidadas o desechadas por las nuevas corrientes- que al ser utilizadas de manera responsable y respetuosa han demostrado a través del tiempo y aún en la actualidad su efectividad y posibilidad de mejorar la calidad de vida de los miembros de una familia, objetivo importante y primordial para todo terapeuta sistémico.

1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como terapeuta y como parte de los equipos terapéuticos

A lo largo de la Maestría tuve la oportunidad de participar en varios Equipos Terapéuticos y Equipos de Reflexión, lo cual me permite realizar un análisis más específico sobre el sistema terapéutico total.

Quisiera iniciar comentando que en todos los casos en que participé se utilizó un mismo sistema de trabajo que consiste en un equipo terapéutico conformado por terapeuta, a veces co-terapeuta, supervisor y equipo. Las sesiones se video-grababan y había un interfón a través del cual el supervisor y el equipo mandaban mensajes al terapeuta y/o a la familia. Todas las sesiones contaban con pre-sesión, sesión, inter-sesión, cierre y post-sesión.

Este sistema de trabajo me parece realmente inmejorable, muy difícil de utilizar en la práctica clínica privada, pero extremadamente útil para cubrir los objetivos de enseñanza y aprendizaje. Poder tener suficiente tiempo para planificar y comentar las sesiones y contar con tantas cabezas funcionando a la vez, fue una oportunidad irrepetible que permitió un gran beneficio para las familias, para el terapeuta, para el supervisor y para el equipo. Era un aprendizaje constantemente retroalimentado por todos los actores involucrados, lo cual ponía de relieve la cibernética de segundo orden.

Cuando fui terapeuta, contar con el apoyo de la supervisora y del equipo y con la retroalimentación de la familia me permitió sentirme más tranquila, segura y poder aprender de todos. Siendo parte del equipo, disfruté poder opinar sobre cada uno de los casos y planear juntos intervenciones que fueran útiles para el problema de la familia. Era impactante poder ver cómo la visión de la familia y del sistema terapéutico se engrosaba y enriquecía con el aporte de todos y como una sola mirada puede en muchos momentos limitar la visión y el trabajo que se realiza.

Por otro lado, poder participar en los equipos reflexivos fue para mí una experiencia nunca antes vivida que me impactó mucho y que me deja con una serie de cuestionamientos sobre la forma en que hacemos terapia. Fue impresionante ver el impacto que tuvo para las familias el hecho de poder escuchar a los terapeutas hablando del caso, compartiendo su experiencia y lanzando preguntas a las cuales no debían responder. Asimismo, me sentí libre de poder expresar frente a la familia lo que pensaba o sentía respecto a ellos. De la misma forma era interesante descubrir lo útil de este tipo de trabajo y las cosas con las que se quedaba o desechaba la familia. Realmente me parece una forma de trabajo sumamente interesante y respetuosa.

Otra cosa que me sirvió mucho durante el proceso fue la manera en que está estructurado el acercamiento a las familias, permitiéndonos en un primer semestre ser observadores únicamente o participar en familias simuladas. Y en los siguientes semestres ser parte de los equipos terapéuticos, ser terapeuta o co-terapeuta.

Sin embargo, considero que a parte de reflexionar sobre lo que nos fue útil en el proceso es importante también poder analizar lo que no funcionó o lo que faltó, lo cual permitirá que la forma de trabajo mejore cada vez más.

A mí parecer sería de vital importancia durante el primer semestre contar además de la observación de nuestros compañeros de un semestre arriba y de las familias simuladas, poder disponer de espacios en los que se lleve a cabo un proceso de observación de los profesores como terapeutas. Es decir que sean los maestros quienes den terapia a una familia, ya que si bien se aprende de la teoría, no hay nada comparado con el poder observar la teoría puesta en acción por personas que tienen años de experiencia en el trabajo con familias. Esta situación enriquecería de gran manera el aprendizaje, pues estaríamos participando en un sistema terapéutico distinto.

Otra situación que vale la pena mencionar del sistema terapéutico es el trabajo que se realizó en algunos casos en co-terapia. Considero importante y útil aprender a hacer este tipo de trabajo, sin embargo, esta metodología tiene sus particularidades y dificultades sobre las cuales sería necesario ahondar. Es decir, que si se va a trabajar en co-terapia previamente exista una revisión teórica de este tipo de trabajo.

Asimismo, sería importante que en todas las supervisiones se establecieran y definieran claramente los criterios de trabajo de esa supervisión. Como bien sabemos todos los sistemas necesitan reglas claras para su mejor funcionamiento, de lo contrario el caos puede reinar en el sistema, razón por la cual para evitarlo, es importante que aunque cada supervisor tenga su propio estilo de trabajo, delimite y aclare éste al inicio del proceso.

Por último, me gustaría reflexionar sobre una situación que me parece importante mencionar. Durante el trabajo con las familias es clara la circularidad y retroalimentación que se da en el sistema terapéutico, sin embargo, en algunos casos más que otros era evidente que situaciones personales del terapeuta incidían de una manera negativa en el trabajo que se hacía con las familias, en algunas ocasiones esto se evidenciaba en el equipo, sin embargo, considero que dentro de las supervisiones no se trabajó de manera constante y adecuada con la persona del terapeuta. A lo largo de las supervisiones y la maestría en general fue olvidada, ignorada y en algunos casos rechazado el trabajo sobre la persona del terapeuta, lo cual me parece de vital importancia y razonable de hacer, principalmente por la visión sistémica que poseemos y por que consideramos que todas las voces deben ser escuchadas.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

1.1. Reporte de la Investigación Cuantitativa

La investigación se titula ***Desarrollo de una Escala de Inteligencia Emocional*** el trabajo fue realizado en conjunto con Fania Delgado Coronado y Susana López Espinosa.

Este trabajo consistió en distintas fases que se fueron realizando a lo largo del curso. En un primer momento fue necesaria una completa investigación sobre el tema, así como de los instrumentos que se utilizan regularmente.

Una vez obtenida la información se inició con la redacción de los reactivos que podrían incluirse en la prueba, este trabajo dio como resultado una prueba de 110 reactivos, que pretendía medir las 5 habilidades de la Inteligencia Emocional.

Este instrumento se sometió a piloteo y jueceo lo que dio como resultado una prueba de compuesta de 75 reactivos la cual fue aplicada a 300 sujetos, mexicanos, mayores de 18 años con diferentes escolaridades y de diversos contextos socio-culturales. Cincuenta de estos sujetos se presumía tenían una baja inteligencia emocional pues fueron personas que solicitaron ayuda en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM por problemas interpersonales o estaban en un reclusorio.

A los resultados obtenidos de los 300 sujetos se les realizaron los diferentes análisis estadísticos como: análisis de frecuencias, Kurtosis, Skewness, prueba t, prueba k-s. Asimismo, se llevó a cabo el análisis factorial, que distribuyó los reactivos en 3 factores, se efectuó la prueba t entre el grupo de inteligencia emocional normal e inteligencia emocional baja y se identificaron y eliminaron los reactivos que no discriminaron entre grupos.

Se obtuvo el alpha de Cronbach de las sub-escalas y la escala total, quedando todas con una alta confiabilidad. Después se llevó a cabo la estandarización de la prueba y se establecieron los criterios para su aplicación y calificación.

Finalmente, todo este trabajo dio como resultado una Escala de Inteligencia Emocional compuesta por 35 reactivos que mide 3 competencias emocionales que son Autoconocimiento, Autocontrol y Empatía.

Es una escala que cuenta con validez teórica, de criterio y con una alta confiabilidad, que puede ser de utilidad para aplicaciones masivas y con personas que se encuentran en internamiento o cuyas relaciones interpersonales sean deficientes.

El artículo completo de la investigación se puede observar en el ANEXO 3.

2.2. Reporte de la Investigación Cualitativa

La investigación se titula ***Familias y Estilos de Manejo de Conflicto***. El trabajo fue realizado en conjunto Marina Giangiacomo Bolzán y Arturo Sirgo Cruz.

Diversos autores han abordado las distintas repercusiones que tiene el mal manejo de conflicto a nivel individual y familiar, razón por la cual decidimos en el presente estudio conocer de forma específica las maneras en que distintas familias manejan sus problemáticas, ya que consideramos que las familias cuentan con ciertos recursos que les permiten de una u otra manera manejar las diferencias y conflictos que presentan. Al conocer estos recursos de una manera más clara y específica, éstos podrían utilizarse como estrategias dentro de la terapia. Incluso, una de las herramientas que podría co-construirse en el proceso terapéutico tiene que ver con dicha capacidad para resolver los conflictos.

En esta investigación se realizaron entrevistas semi-estructuradas a dos familias mexicanas, tomando en cuenta un elemento clave a la hora de seleccionarlás: una de las familias asistía al Centro de Servicios Psicológicos, la otra fue recomendada por el psicólogo de una institución, por considerar que habían mostrado una adecuada habilidad para resolver los conflictos que habían atravesado. Se analizan ambas familias tomando en cuenta su estructura familiar, los conflictos que presentan y el estilo o estilos que utilizan para resolver sus conflictos.

Se realiza un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría. En dicho análisis, se resume lo dicho en las entrevistas y, con base al marco teórico, se infieren cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc., con el objetivo de comprender el mundo tal y como los propios participantes lo construyen. Finalmente, se discuten las implicaciones en relación a la población estudiada, señalando los alcances y limitaciones de la teoría existente y realizando una propuesta original que podría ser retomada en un siguiente estudio.

El artículo completo de la investigación se puede observar en el ANEXO 4.

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

1.1. Productos Tecnológicos

Durante la Maestría hubo algunas temáticas que considero no fueron abordadas con la suficiente profundidad teórica y práctica, razón por la cual decidí realizar los productos tecnológicos relacionados con estos temas.

Muchos de los casos que nos llegaron a la consulta estaban relacionados con dos temas principales: Violencia y Pareja. Sin tener una clara preparación en los temas, los casos fueron atendidos y los logros obtenidos en ellos tuvieron más que ver con la preparación del terapeuta o algunos miembros del equipo en el tema, con la capacidad o experiencia del supervisor y con los estupendos recursos con los que contaban las familias y parejas. Sin embargo, algunos de los casos fueron mal tratados y abandonaron la terapia. Siendo estas problemáticas tan delicadas, creo que es obligación tanto de los estudiantes como de la universidad prepararnos en estos temas.

Por lo mismo, pretendo contribuir de alguna manera con la elaboración de estos productos y esperaría así mismo que la facultad incluya estos temas como parte del pensum de la Maestría.

1.1.1. Taller de Terapia de Pareja Sistémica para estudiantes

Como lo expuse anteriormente, la problemática relacional de una pareja es sumamente compleja, las causas de los conflictos y las malas formas de resolverlos abundan y es necesario que un terapeuta familiar cuente con técnicas y herramientas específicas para el trabajo con parejas, ya que su particularidad y complejidad hace distinto el abordaje de estos casos.

Por lo mismo, diseñé un Taller de **Terapia de Pareja Sistémica** dirigido a psicólogos, psiquiatras y personas que trabajan en el ámbito de la Salud Mental de parejas, incluyendo claramente aquí a los estudiantes de Terapia Familiar Sistémica ya que las parejas son una buena parte de nuestros consultantes.

El taller dura 20 horas y fue pensado inicialmente para trabajarse en 5 sesiones de 4 horas cada una. Los ajustes de tiempo deberán hacerse dependiendo del grupo y de la disponibilidad de quien imparta el taller.

Los objetivos que busca cubrir el taller son los siguientes:

- Conocer qué es la terapia de pareja y los principales problemas que atiende.
- Comparar y contrastar los distintos enfoques terapéuticos de pareja.
- Determinar los principales enfoques para el trabajo de parejas y sus objetivos específicos.
- Conocer los enfoques sistémicos de terapia de pareja.
- Conocer y practicar un enfoque de terapia conductual-sistémica.
- Conocer y practicar el enfoque de terapia sistémica de parejas.
- Conoce y practicar el enfoque de terapia de parejas centrado en soluciones.
- Reconocer las fortalezas y limitaciones de la terapia de pareja

Los temas que se imparten el taller son:

- ¿Qué es la terapia de pareja?
- Principales problemas de las parejas
- Enfoques de Terapia de Pareja
- Principales enfoques en el trabajo con parejas
 - Conductual
 - Cognitivo-Conductual
 - Sistémico
- Teoría y Práctica del Enfoque Conductual-Sistémico
- Teoría y Práctica del Enfoque Sistémico de Terapia de Pareja
- Teoría y Práctica de la Terapia de Pareja centrada en Soluciones
- Alcances y Limitaciones de la Terapia de Pareja
- Características de los terapeutas centrados en la cura

Todos los temas son revisados a profundidad y aparte de la teoría también se contempla una parte práctica a través de simulaciones, ensayos y tareas. La carta descriptiva del taller se encuentra en el ANEXO 5.

1.1.2. Folleto de Violencia basada en Género

Otro tema no menos recurrente es la violencia y son ininidad los casos que se presentan en la clínica relacionados con ser víctimas o perpetradores de violencia. Durante la maestría tuvimos la oportunidad de hacer una revisión teórica sobre la violencia, sin embargo, en ningún momento recibimos un enfoque de trabajo dirigido específicamente a problemas de violencia o estrategias y técnicas específicas para el abordaje de estos casos.

Por lo mismo, en el taller de intervención comunitaria se proponen formas de trabajo específicas con sobrevivientes de violencia y como resultado de la necesidad de información y apoyo manifestado por las participantes del taller se prepara este producto tecnológico a través del cual se hace una pequeña revisión teórica de uno de los tipos de violencia que más afecta a nuestros países, la Violencia basada en Género.

El folleto consiste en un acercamiento a la Violencia basada en Género. El recorrido empieza por conocer qué es la Violencia basada en Género, las diferencias entre Sexo y Género y los distintos tipos de violencia. Este folleto además de brindar la información sobre el tema busca despertar en quien lo lee el auto-cuestionamiento sobre sus experiencias en las relaciones de pareja. Se incluye además el nombre de lugares e instituciones que trabajan con este tipo de violencia (Ver ANEXO 6).

Con este folleto se pretende que las mujeres que son víctimas de Violencia basada en Género cuenten con información sobre el tema, lugares específicos a los que puedan recurrir en busca de ayuda y que este material pueda funcionar como un pequeño motivador para la búsqueda de soluciones eficaces a tan compleja problemática. Asimismo, que en otros casos puedan servir como una señal de alerta y prevención para otras mujeres.

1.2. Programa de Intervención Comunitaria

3.2.1. TALLER: Amores que matan: ¿un paso ADELANTE o un paso ATRÁS?

El taller se realizó en un Refugio ubicado en la Colonia Doctores, durante el mes de abril y mayo del 2007. Tuvo una duración total de 10 horas, distribuidas en cuatro sesiones semanales, de dos horas y media cada una. El taller fue co-coordinado por Regina López Silva y Marina Giangiacomo Bolzán.

Este refugio alberga mujeres víctimas de violencia basada en género, que han tomado la decisión de terminar su relación de pareja. Las mujeres acuden al refugio principalmente canalizadas a través de otras instituciones, como el Instituto Nacional de las Mujeres, los Centros de Atención de Violencia Intrafamiliar (CAVI), etc.

Se trabajó con un grupo conformado por 8 mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 23 y 35 años. Cada una de ellas tenía entre dos y tres hijos. El tiempo de estadía en el refugio de cada una fue sumamente variable. Trabajamos con mujeres recién ingresadas y con otras que llevaban entre tres y seis meses allí.

El taller “Amores que matan” se sustentó en el reconocimiento de la violencia basada en género que -en sus diversas manifestaciones- ocasiona graves y variados problemas en el ámbito de la salud familiar y comunitaria, con costos individuales, familiares y sociales incalculables. También partimos de la base de que cuando una mujer realiza un proceso de revisión personal e identifica la dinámica de violencia que vive o ha vivido, se le facilita la toma de decisiones y la realización de acciones para incidir en la desarticulación de la violencia por medio de mecanismos que le permitan protegerse y proteger a los menores a su cargo.

Nuestra experiencia profesional, así como las opiniones de profesionales especializados en el tema, nos permitió reconocer que su tratamiento requiere de conocimientos específicos acerca de las construcciones culturales de autoridad, poder, las relaciones de género, etc. Por ello, trabajamos desde una perspectiva de género, que implica considerar el análisis de las relaciones sociales, los mecanismos socialmente construidos y legitimados que garantizan la jerarquía entre los géneros y la desigualdad en la distribución del poder entre ellos.

Es desde allí desde donde realizamos esta propuesta alternativa para trabajar con mujeres víctimas de violencia. El taller fue de tipo vivencial y se incluyeron dinámicas y ejercicios para favorecer la reflexión y expresión de las participantes, en un espacio de contención y seguridad.

Se trabajó siguiendo estos ejes centrales: conceptos básicos de la violencia basada en género, obstáculos y recursos para terminar una relación violenta, empoderamiento y perspectivas a futuro. Los criterios para elegirlos tuvieron que ver principalmente con la demanda específica de las autoridades del albergue, quienes nos expresaron sus necesidades en un reunión previa al inicio del taller. Además, nosotras incorporamos como objetivo central la prevención de “recaídas” (regreso a la relación violenta o establecimiento de futuras relaciones siguiendo el mismo patrón), entendiéndolo como un tema novedoso y poco desarrollado en el ámbito de la violencia

de género, que permitiría a las mujeres descubrir los recursos con los que cuentan para alejarse de manera definitiva de patrones de relación violenta.

En la parte metodológica, se crearon actividades específicas basadas en la terapia sistémica y el enfoque de género, pues consideramos que los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas se encuentran en gran parte determinadas por los micro y macro-sistemas en los que se desenvuelve el individuo, principalmente la familia, la comunidad, los contextos socio-económicos y culturales.

Además de estos enfoques, nos apoyamos fuertemente en otros métodos de trabajo con grupos humanos, como lo son el sociodrama y el psicodrama, haciendo uso de las diferentes técnicas y recursos que ambos utilizan.

Durante las cuatro sesiones, el desarrollo del taller fue fluido, contando con el compromiso y participación activa de las mujeres.

La **primera sesión** se enfocó a que las participantes pudieran reflexionar sobre las bases conceptuales de la violencia basada en género. Se inició trabajando con la definición de Violencia basada en Género, realizando una clara distinción entre lo que es el sexo y el género. Además, se construyeron las “recetas” de los machos y hembras versus hombres y mujeres enfatizando en que la receta de hombres y mujeres llevan ingredientes similares ya que obedecen a la equidad de género. En sub-grupos se analizó y reflexionó sobre los factores de riesgo y las tácticas de control que utilizan los hombres violentos. Todas estas actividades se realizaron buscando que se llevara a cabo un proceso auto-reflexivo que fuera ligado a su experiencia personal.

Durante la **segunda sesión** se realizó el trabajo con el Ciclo de la Violencia. Se hizo un trabajo con dramatizaciones, en el que las participantes armaron una escena representativa para cada una de las escenas del ciclo. Unido a esto, se llevó a cabo un trabajo psicodramático con cada una de las participantes. Cada una se ubicó en la etapa del ciclo en la que consideraba que se encontraba en ese momento y desde allí se indagaron los principales sentimientos involucrados, construyendo escenas representativas de los obstáculos principales que las paralizaban. Identificados y representados dichos obstáculos, se incluyeron en la escena los principales recursos internos y externos de las mujeres para terminar la relación violenta. Fue una sesión intensa, pero de mucha utilidad ya que el foco principal se puso en los recursos.

Durante la **tercera sesión**, se profundizó el trabajo sobre los obstáculos y recursos (tanto internos como externos) de las participantes para terminar una relación violenta, a través de una dinámica llamada “El juicio”. En este juego de roles, las participantes asumieron posiciones extremas que debían defender frente al jurado y un juez. Algunas defendieron la idea de “terminar la relación violenta (un paso adelante)” y las otras tuvieron que dar argumentos para defender la idea de “continuar con la relación violenta (un paso atrás)”. La actividad despertó sentimientos fuertes en torno a ambas ideas y permitió consolidar los recursos de las participantes para tomar decisiones, conscientes de sus consecuencias. Tomando al “amor propio” (autoestima) como un elemento clave para establecer nuevos tipos de relación, se realizó un ejercicio de autoestima, en el que las mujeres pudieron identificar sus fortalezas y sus debilidades, con el objetivo de realizar un profundo análisis personal de ambas.

En la **cuarta sesión**, se trabajó con los planes a futuro de las participantes, a través de las actividades “Mi álbum de recuerdos futuros”, “Haciendo mi sueño realidad” y el uso de esculturas. En los tres casos, se pusieron en juego aspectos diferentes para concretar las metas deseadas. El “álbum” fungió como disparador, favoreciendo un rico proceso de reflexión personal, imaginando un futuro deseado, involucrando distintas áreas. Las participantes se emocionaron al verse reflejadas en sus “fotos” y mostraron mucho interés en reparar su autoestima y la relación con sus hijos/as. La actividad “Haciendo mi sueño realidad” permitió concretar las metas imaginadas, definiendo todas las variables y estrategias involucradas en la consecución de un plan o proyecto de vida. Las esculturas se usaron al cierre de la sesión, para retomar los recursos personales con los que cuentan las mujeres para cambiar el curso de su vida, convirtiéndose en protagonistas de su propia historia.

Los resultados del presente taller fueron sumamente satisfactorios, ya que en la evaluación que se hizo, el 100% de las mujeres comentaron que el taller les había gustado muchísimo. Asimismo, consideraron que el taller les había sido de utilidad y que muchas cosas habían cambiado y/o podían cambiar a partir de esta experiencia, haciendo énfasis en que los principales aportes y cambios tenían que ver con sentir menos dolor, más amor propio, más confianza en sí mismas, más seguridad y valor, mayor claridad de lo que desean en un futuro para sí mismas y sus hijos/as y de los recursos para lograr sus metas.

Aparte de lo evaluado por las participantes, las facilitadoras aprendimos muchísimo de esta experiencia y nos sentimos satisfechas con los logros alcanzados. Consideramos que fue un taller que permitió expresión, reflexión, empoderamiento y la realización de planes concretos que permitirán a las mujeres usuarias tener mayor claridad y confianza en que pueden lograr lo que se propongan.

1.3. Reporte de Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos

1.3.1. Asistencia a “Nuevas Reflexiones sobre la Terapia Familiar”

El 5 y 6 de mayo de 2006 tuve la grandiosa oportunidad de participar en el taller “*Nuevas reflexiones acerca de la Terapia Familiar*” impartido por el Dr. Salvador Minuchin (ver constancia de participación en el ANEXO 7).

Fue una muy buena experiencia, ya que finalmente pude ver en acción a uno de los grandes de la terapia familiar. Minuchin inició realizando una revisión desde su punto de vista de la evolución de la terapia familiar. Después presentó una nueva forma de trabajo que utiliza cuando llega como consultor a atender a alguna familia durante dos sesiones. Se hizo una revisión de los videos en lo que trabajó con dos familias y efectuó una entrevista en vivo con cada una de las familias vistas en los videos. Al final hubo un espacio de análisis y reflexión sobre su trabajo y respondió a las preguntas de la audiencia.

Me pareció muy útil verlo trabajar en vivo, pues pude percatarme de la manera en que lleva a la acción las principales premisas y técnicas de su modelo.

La forma de trabajo que sugirió como consultor, me pareció muy interesante y es una manera clara de sistematizar el trabajo que se hará en tan sólo dos sesiones.

Esta forma de trabajo sugiere 4 pasos que son:

1. La familia llega con un paciente identificado, el cual es el problema:
 - Escuchar y entender lo que la familia dice sobre el PI.
 - Desafiar lo que la familia dice sobre el PI.
 - Permitir que la familia vea al PI de una forma más completa.
2. Averiguar en qué forma la familia mantiene la situación del paciente identificado:
 - Cuestionar a la familia sobre lo que hace para que el PI sea como es.
 - Observar lo que la familia hace.
 - Entregar a la familia la responsabilidad de lo que están haciendo.
3. De dónde surgen las ideas de cómo se comportan los miembros de la familia:
 - Averiguar desde cuándo empezaron a pensar que debían ser así.
4. Trabajar sobre lo que pueden hacer para construir una familia más creativa, alegre, unida y armónica:
 - Indagar sobre los cambios que deben hacerse para mejorar.

Además de esta forma de trabajo otra de las cosas que llamó mi atención fueron algunos de los comentarios realizados por Minuchin como: “las personas que llegan a la clínica actúan de una forma más pobre de lo que son en realidad” “son como una caricatura estereotipada” esto dando a entender que las personas llegan a creer realmente que son lo que les han dicho: “el enfermo”, “la loca”, “el rebelde” etc. por lo que se comportan de esa manera sin siquiera percatarse de todo lo bueno que son.

Otra de las cosas que mencionó que me pareció útil fue que es importante buscar a algún miembro de la familia que ayude al terapeuta a transmitir el mensaje que desea, mencionando que estos miembros pueden servir como aliados del terapeuta o incluso como sus co-terapeutas.

Me impresionó además la manera tan relacional en la que piensa, haciendo comentarios como: “uno no puede cambiarse a sí mismo pero si puede cambiar a los demás”, “tenemos la obligación y la capacidad de ayuda mutua” “crecemos en base a las relaciones de ayuda y apoyo” puntos de vista con los cuales algunos acuerdo y otros los cuestiono ya que me parece increíble considerar que uno no puede cambiarse a sí mismo. Estoy de acuerdo con que uno puede cambiar a las demás personas en el sentido sistémico de que el cambio de uno afecta a los otros, sin embargo, el pensar que uno no tiene la capacidad, la voluntad y la decisión para cambiarse a sí mismo es algo que realmente pongo en duda.

Mencionó también que para él, el pasado y las enfermedades psicológicas son vitales para su entendimiento, más no son una herramienta de trabajo, su principal herramienta de trabajo es él mismo, por lo que uno como terapeuta debe conocerse a sí mismo para poder utilizarse como herramienta de cambio.

1.3.2. Ponencia en el “V Congreso Nacional de Psicología-Guatemala”

Participé como ponente en el V Congreso Nacional de Psicología de la Asociación Guatemalteca de Psicología. “Desafíos frente al desarrollo integral: una perspectiva psicológica” con la ponencia **Terapia Sistémica en Familias con un hijo(a) “enfermo”** gracias a la invitación que recibí por parte de la Asociación Guatemalteca de Psicología (AGP) y el Instituto de Psicología Aplicada (IPSA).

La ponencia se realizó en conjunto con Fania Delgado Coronado y Arturo Sirgo Cruz y se llevó a cabo el día 26 de octubre de 2007 en el Hotel Crowne Plaza-Guatemala. (Ver constancia de participación en el ANEXO 8)

Se expuso un caso llevado en co-terapia por Regina López y Fania Delgado en el que Arturo Sirgo participó como parte del Equipo Terapéutico.

El resumen presentado para el Congreso fue el siguiente:

Durante años el trabajo en la clínica se ha centrado en detectar la patología del individuo e intervenir de forma directa en la persona que presenta los síntomas. En contraste, el enfoque sistémico propone el acento en las interacciones, reconociendo la responsabilidad que cada uno de los miembros de la familia tiene en la problemática.

Las familias con un enfermo adoptan una organización específica que dificulta el desarrollo de sus miembros y en particular el del “enfermo” pues éste cumple una función dentro del sistema. La terapia individual muchas veces contribuye a que el paciente “mejore”; sin embargo, estudios demuestran que en muchas ocasiones la evolución del paciente es temporal debido a que no se ha dado una reestructuración de la organización familiar, provocando la recaída del paciente; en otros casos un nuevo integrante es quien presenta sintomatología.

La conferencia pretende cubrir dos objetivos, explicar las diferencias específicas entre la terapia familiar sistémica y otros enfoques tradicionales y demostrar de forma práctica su aplicación presentando los logros obtenidos en el caso de una familia multi-problemática que gira alrededor de un miembro con diagnóstico de epilepsia, partiendo del enfoque terapéutico utilizado en las clínicas de la UNAM.

Los contenidos de la conferencia fueron los siguientes:

- Descripción de la forma de trabajo en las clínicas de la UNAM
- Breve revisión de la terapia familiar sistémica
- Principales conceptos de los modelos utilizados en el caso
 - Estructural
 - Estratégico
- Presentación del caso
 - Familiograma
 - Motivo de Consulta
 - Hipótesis Sistémica
 - Metas Terapéuticas

- Descripción del Proceso Terapéutico
- Intervenciones
- Logros obtenidos
- Trabajo a Futuro

El resultado de la conferencia fue plenamente satisfactorio, al finalizar la conferencia fuimos entrevistados por el Periódico *Prensa Libre* y el resultado de esta entrevista fue publicado en la prensa escrita y en línea dentro del suplemento *Buena Vida*. El nombre del artículo es **Desafío tamaño familiar** (Ver en ANEXO 9).

Hemos recibido varios e-mails que nos felicitan por la ponencia y piden ayuda especializada por problemas familiares. Aparte de ser una buena y enriquecedora experiencia el compartir con otros colegas en mi país, esta ponencia me ha abierto desde ya oportunidades laborales y profesionales.

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas

Al hablar de ética, son infinidad de factores los que vienen a la mente, ya que los dilemas éticos fundamentales inherentes a la psicoterapia como lo son: confidencialidad, obligación de percatarse de si existen abusos e informarlos, límites de control y límites entre terapeuta y paciente, se vuelven mucho más complejos cuando el tratamiento incluye a más de una persona, ya que en la terapia familiar, la responsabilidad ética es con todos los miembros de la familia.

Por lo mismo, me gustaría revisar algunos de los temas éticos más importantes y complejos a mí parecer, como lo son:

Intercambio justo:

Este término revisado por Haley (1980) hace referencia al hecho de que en la terapia debe existir un equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos, por lo cual no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado. Para Haley en el caso de muchos terapeutas, la oscura definición del objetivo de la terapia y la falta de claridad sobre lo que se hará dificulta un intercambio justo.

Es importante revisar este tema en cuanto a la dificultad de ofrecer un servicio terapéutico que realmente vaya acorde con las necesidades y expectativas de la familia, ya que en muchas ocasiones la omnipotencia del terapeuta no permite vislumbrar si lo que está ofreciendo no está permitiendo un cambio o una mejora en las relaciones. En estos casos me parece importante que el terapeuta haga una revisión constante con la familia de si realmente se está logrando lo que ellos desean y si la terapia está permitiendo un claro beneficio para ellos.

Intereses contradictorios entre los miembros de la familia:

En algunos casos las necesidades individuales de un miembro de la familia quizá entran en conflicto con las necesidades del sistema familiar, razón por la cual se dificulta el trabajo familiar.

Para un terapeuta familiar la sintonía se encuentra con el bienestar de todos los miembros de la familia, por lo que la ética de la relación recae en lograr un equilibrio justo en el aquí y el ahora y a lo largo del tiempo, en el que se tomen en cuenta los intereses de cada miembro de la familia y de la familia en general. Para Ritvo y Glick (2003) el aspecto medular es la equidad, por la cual todos tienen derecho a que se considere su bienestar e intereses de manera justa, en relación con los intereses relacionados de los demás miembros de la familia.

Es importante comprender que en casos realmente contradictorios, el terapeuta no puede decidir por la familia ni por la pareja, por lo que su labor consistirá en ayudar a los miembros a aclarar sus valores, obligaciones, opciones e intereses a fin de que ellos sean los que tomen una decisión.

Confidencialidad y Secretos:

Al igual que en los otros tipos de terapia la confidencialidad es un requisito indispensable para la relación terapéutica. Sin embargo, en la terapia familiar es usual que en las sesiones individuales el terapeuta se tope con los famosos secretos familiares, tema complejo que en muchas ocasiones conlleva un serio análisis de las implicaciones éticas del secreto.

El Dr. R. Macías (comunicación personal, octubre, 2006) mencionaba constantemente en clase que una buena manera de evitar quedar atrapados en los secretos familiares o de las parejas era que antes de iniciar una entrevista individual con cualquiera de los miembros de la familia, se debía informar que si había alguna información importante que saliera durante esa entrevista el Dr. Macías podía solicitar al miembro que la repitiera posteriormente en una entrevista con los demás miembros y que de negarse a hacerlo, incluso él podría revelar la información si lo consideraba fundamentalmente necesario.

Por su parte, Ritvo y Glick (2003) consideran importante que el terapeuta familiar pueda distinguir entre la confidencialidad y la privacidad. Para estas autoras el término **privacidad** significa la información que una persona guarda y que preferiría no compartir, pero que no influye directamente en su relación con los demás. Sin embargo, los **secretos** son la información o sentimientos que influyen directamente en las relaciones con los demás.

Carpenter y Treacher (1993) sugieren que en el caso de que exista algún secreto o información oculta la tarea del terapeuta debe consistir en ayudar a la familia, pareja o individuo a manejar su secreto ya sea revelándolo de forma apropiada y con consideración o decidiendo que se mantenga oculto, lo que requiere que se examinen las consecuencias de la existencia y naturaleza del secreto para las distintas personas implicadas. Esto supone ayudar a ver el secreto desde el punto de vista de los demás y distinguirlo del propio, considerar a quién se está realmente protegiendo y de qué y finalmente ayudarlos en la decisión sobre cuándo y qué revelar.

Por lo mismo, se puede considerar que, en general, la mejor regla es revelar el secreto si éste afecta gravemente los nexos entre la gente o supone peligro para uno de los integrantes de la familia.

Al respecto, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar-AMTF (1997) considera que los terapeutas pueden hacer declaraciones en relación a las confidencias de los pacientes en los siguientes casos: a) si lo determina la ley, b) para prevenir daño a una o varias personas, c) si el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que surgieran a raíz de la terapia o d) si existe una exención por escrito obtenida con anterioridad.

Incluso en la conferencia sobre Violencia de Género impartida por la Licenciada R. Nolasco (comunicación personal, mayo, 2006) hizo de nuestro conocimiento que en México ya existe una ley la cual obliga a los terapeutas a informar y denunciar los casos de violencia y abuso sexual, situaciones que es necesario tomar en cuenta para un proceder ético.

Control de la información:

Existe un dilema ético en cuanto a la cantidad de información que el terapeuta debe compartir con la familia. Para algunas escuelas, principalmente las sistémicas el terapeuta no debe compartir toda la información ya que la posición jerárquica de un terapeuta está determinada en buena medida por su control de la información, o sea, por su capacidad de revelar o retener información, por lo que el terapeuta que quiera tener poder e influencia sobre un individuo o grupo debe constituirse en guardián de la información entre ese grupo y otro mayor.

Por su parte, los posmodernos, quienes buscan una relación más horizontal con los miembros de la familia -sin jerarquías, ni control- consideran que la información debe estar abierta a los clientes, razón por la cual incluso han utilizado formas de trabajo como los equipos reflexivos en que los terapeutas comparten abiertamente sus ideas y sentimientos con los miembros de la familia.

Este dilema ético, sin resolver, a mi parecer tiene que ver más con una postura epistemológica y de enfoque de trabajo que con factores éticos, sin embargo, es importante comprender que es necesario conservar un equilibrio de tal forma que la información que se comparta o se deje de compartir tenga una finalidad terapéutica y no de beneficio personal para el terapeuta.

Los terapeutas deben estar conscientes de la influencia que pueden ejercer con sus pacientes y por lo tanto es imprescindible evitar el abuso de la confianza y de la dependencia de los pacientes. Asimismo, la información e intervenciones siempre deben de utilizarse con extrema responsabilidad y respeto a las personas con quienes trabajamos.

Límites entre terapeuta y pacientes:

Para Ritvo y Glick (2003) el terapeuta tiene ciertas obligaciones inalterables como lo son: el no involucrarse en relaciones dobles con los pacientes o explotarlos para su beneficio personal.

Por relaciones dobles se entienden todas aquellas en las que aparte de la relación terapéutica existe entre los involucrados cualquier otro tipo de relación que pone en riesgo la neutralidad e imparcialidad del terapeuta, entre estas se incluyen: relaciones sexuales, parentesco, colegas, estudiantes o supervisados, etc.

Aquí se incluye todo contacto sexual inapropiado entre terapeuta y paciente. Al respecto la AMTF (1997) prohíbe la intimidad sexual con los pacientes durante la terapia y dos años posteriores a éstas.

Otro aspecto importante sobre los límites y que puede provocar confusión en el proceso terapéutico es cuando los problemas que enfrentan las familias son los mismos o similares a los que afronta el terapeuta en su vida personal, lo cual incrementa la posibilidad de que los asuntos relacionados con la contratransferencia puedan ser problemas de orden ético, lo que nos lleva directamente al siguiente apartado.

Capacidad e integridad personal:

Ritvo y Glick (2003) consideran que para proteger al público de intervenciones familiares y terapeutas familiares sin preparación, incompetentes o faltos de ética, es necesario delinear con toda claridad las competencias necesarias para realizar una terapia familiar y definir formas precisas de enseñar estas competencias y evaluar que el terapeuta las posea.

Esta responsabilidad recae sobre organismos nacionales que puedan supervisar y regir el ejercicio profesional. Asimismo, es responsabilidad del terapeuta la constante reflexión sobre su capacidad e integridad para el trabajo con las distintas familias.

Por lo tanto, la AMTF (1997) considera que son los terapeutas los encargados de ayudar a los pacientes en la obtención de otro servicio terapéutico, si consideran que por razones particulares no está dentro de su competencia o capacidad tal ayuda profesional.

Consentimiento informado:

Existen varios temas a revisar en este apartado, sin embargo, me quisiera centrar en dos: la obtención del consentimiento informado para la grabación de las sesiones y su utilización en futuras presentaciones o intercambio de información con otros profesionales y la información sobre el tipo de terapia a trabajar. En cuanto al primer tema es conocimiento de todos que es necesario informar a la familia sobre el uso del material de las sesiones para otros fines y de preferencia que el consentimiento de ellos sea por escrito.

Sin embargo, en cuanto al segundo punto, parece importante recalcar algunos aspectos mencionados por Ritvo y Glick, como lo son: la necesidad de informar a la familia sobre las posibles dificultades que pueden surgir con la terapia como: resultados deficientes o exacerbación temporal de los síntomas. Plantear con claridad y negociar las metas del tratamiento, de modo que se haga un juicio informado sobre si se desea o no emprender la terapia, de la misma forma de no existir metas es imprescindible informar sobre el tipo de trabajo y enfoque con que se abordarán las problemáticas familiares. Un último factor es el mencionado por Gutheil y colaboradores (en Ritvo y Glick, 2003) sobre el compartir la incertidumbre, que tiene relación con la revisión de las expectativas de los miembros de la familia sobre la terapia, de manera que se entiendan los orígenes de las fantasías y se identifiquen y especifiquen los deseos poco realistas, para evitar las trágicas desilusiones posteriores.

Como sabemos es imposible hacer un análisis exhaustivo de todos los aspectos relacionados con la ética de la terapia familiar. Sin embargo, este análisis y reflexión es el inicio de una constante que debe darse durante el tiempo que se ejerza y con todas las familias con las que se trabaje, ya que el terapeuta debe evaluar el trabajo que realiza. Este es un tema que me despierta particular interés debido al status de la Terapia Familiar Sistémica en Guatemala, razón por la cual deberé contribuir en el futuro en la formación de alguna asociación o colegio que participe activamente en el control de la ética de los profesionales guatemaltecos que se dedican al área de la Salud Mental Familiar.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Es difícil iniciar este capítulo, ya que su inicio representa la culminación de algo mayor: de este viaje llamado Maestría. Son infinitos los análisis y reflexiones que podrían hacerse sobre esta experiencia, sin embargo trataré de ordenar de alguna manera las ideas y sentimientos que vienen a mi mente.

Quisiera iniciar diciendo que esta aventura ha sido un viaje inigualable que ha representado algunas pérdidas e infinidad de ganancias. Fueron varios los esfuerzos que debí realizar para emprender este camino y para poder continuar en él. Inicialmente tomar la decisión de estudiar la Maestría implicaba dejar mi país, mi familia, mis amigos, mi trabajo y muchas otras grandes y pequeñas cosas y personas que hasta ese entonces formaban parte de la cotidianidad de mi vida.

Iniciada ya la maestría tuve que dejar ir varias cosas y decirles adiós: a las viejas ideas y conceptos que tenía sobre el ser humano, sobre la terapia profunda (psicoanálisis), sobre la patología y la enfermedad mental. A la manera que hasta entonces entendía al individuo y sus contextos, a las antiguas e ineficaces formas de hacer terapia y con gusto incluso me despedí de la incertidumbre y la inseguridad de enfrentar un proceso terapéutico distinto.

Sin embargo, todas estas ideas y pensamientos no los perdí de un día a otro, fue un proceso que ha durado ya dos años. No fue tan difícil dejar ir todo esto, pues había nuevas ideas, mucho más acordes a mi manera de pensar y actuar, que llenaban esos espacios vacíos. En la maestría pude ganar entonces una nueva forma de pensar al mundo, a las personas, a la enfermedad y a la terapia. Obtuve un mayor conocimiento sobre el individuo y los contextos en los que se desenvuelve; una mejor comprensión de la familia, la pareja, la persona; conocí diversidad de enfoques y técnicas para llevar a cabo un proceso terapéutico, adquirí mayor experiencia terapéutica, claras reflexiones sobre como incidir en las familias y comunidades de mi país y por supuesto mayor crecimiento personal.

Son tantas las cosas ganadas en la Maestría que es difícil recordarlas todas, sin embargo, hablando de las habilidades adquiridas podría mencionar que a nivel **Clínico Terapéutico** cuento ahora con una infinidad de enfoques de terapia para el trabajo en la clínica, lo cual implica poder analizar la experiencia de las familias desde distintos puntos de vista, contar con instrumentos y conceptos que permitan la evaluación de la dinámica y organización familiar, poder realizar hipótesis sistémicas que guíen mi trabajo, definir conjuntamente con los pacientes los objetivos y metas terapéuticas, seleccionar las estrategias, técnicas e intervenciones adecuadas para la problemática presentada por la familia, evaluar los cambios obtenidos y poder hacer el adecuado cierre y seguimiento de procesos terapéuticos familiares.

Asimismo, me llevo ahora el poder escuchar verdaderamente las historias dominantes de las familias e individuos, separar claramente los problemas de las identidades, posibilitar nuevas historias alternativas, co-construir nuevos significados y tener cálidas y respetuosas conversaciones terapéuticas. Pero principalmente vuelvo a retomar mi absoluta credibilidad en las fortalezas, capacidades, recursos y potencialidades de los individuos, las parejas y las familias.

Además cuento ahora con la experiencia y capacidad para trabajar como terapeuta, co-terapeuta, parte de un equipo terapéutico o de un equipo reflexivo.

He logrado además, desarrollar mis **Habilidades de Investigación** y comprendo la importancia de no sólo dedicarnos a la clínica, sino también contribuir al desarrollo y mayor conocimiento de los individuos, parejas y familias, sus problemáticas, recursos y formas de tratamiento, a través de la investigación. Conozco la forma más confiable y válida de elaborar instrumentos y me quedo con algunas dudas sobre las que un futuro me gustaría investigar, como lo es el papel del humor en el manejo y la resolución de conflictos.

Por otro lado, en este tiempo pude desarrollar mis **Habilidades de Enseñanza, Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria** a través de los productos tecnológicos y el taller de intervención comunitaria que desarrollé, tocando aquí dos de los temas más importantes sobre los que me interesa trabajar: Pareja y Violencia. Asimismo, comprendí la importancia de compartir los conocimientos y experiencias adquiridas con otros profesionales en congresos o encuentros. Además, participé -como ya lo venía haciendo desde mucho tiempo atrás- en conferencias y talleres que permitieron mi crecimiento como persona, terapeuta y profesional.

Por último, durante este viaje en diversas ocasiones me encontré con situaciones que me llevaron a un serio análisis de nuestro nivel de **Compromiso y Ética Profesional**, análisis y reflexiones que me sirvieron para tomar una postura más clara y definida en cuanto a cuestiones éticas de la terapia familiar. Asimismo, como ya lo había mencionado me llevo la inquietud de participar de alguna manera en mi país para la creación y fortalecimiento de instituciones que supervisen la ética de las personas que trabajan en el ámbito de la Salud Mental Familiar.

Así como son muchas las ganancias recibidas, no sólo por mí, sino también por mis compañeros, de diversas formas nosotros como generación también contribuimos de alguna manera al campo de la terapia familiar. Haciendo un recuento del trabajo terapéutico realizado en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y en el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro, tuve la oportunidad de atender 35 casos, ya sea como terapeuta, co-terapeuta o parte del equipo terapéutico. En estos casos se atendieron distintas problemáticas como son: problemas familiares, problemas de relación entre padres e hijos, problemas de pareja, problemas de conducta de los hijos, violencia, abuso sexual, violación, problemas de relación con otras personas (amigos, novios), un miembro de la familia con alguna enfermedad física o psicológica (epilepsia, depresión, ansiedad), entre otros.

De los casos trabajados el 63% presentaba problemas de pareja (infidelidad, violencia en la pareja, problemas de comunicación, separación o divorcio, etc.), en el 28% de los casos los problemas eran entre padres e hijos (límites, reglas, comunicación, dependencia-independencia, etc.) En el 22% de los casos hubo serios problemas de violencia de género y/o intrafamiliar y el 17% de los casos estaban pasando por un proceso de separación que generaba muchas dificultades a la pareja y/o a los hijos. Por lo mismo, tuvimos la oportunidad de trabajar en estos temas y ayudar a algunas familias, parejas o personas a mejorar su problemática.

Dentro del grupo también se realizaron distintas investigaciones relacionadas con problemáticas familiares y de pareja como son: manejo de conflictos, violencia en la pareja, separación y divorcio, prostitución infantil, etc. Se llevaron a cabo 5 talleres comunitarios sobre violencia basada en género, prevención de la violencia en los adolescentes, separación y divorcio, prevención del abuso sexual infantil e hiperactividad y etiquetas. También se realizaron productos tecnológicos relacionados con temas como: conducta de los hijos, abuso sexual, trabajo con adolescentes, alcoholismo, terapia de pareja y terapia sexual, entre otros.

Todas estas investigaciones, propuestas, talleres y procesos terapéuticos corresponden de alguna manera a las principales problemáticas que enfrentan actualmente las familias, comunidades y países. Pero, ¿qué nos espera en el futuro?

En el mundo actual el cambio es acelerado, es inminente, por lo que la situación de los distintos países, de las sociedades, las comunidades y la familia cambiarán sin lugar a duda. Al respecto, Andolfi y Zwerdling (1980) mencionan que la pertenencia, organización interna, las relaciones exteriores, la psicopolítica y la economía de este grupo humano íntimo -llamado familia- será siempre cambiante, a veces en forma rápida y otras con una lentitud asombrosa. Algunos creen tanto en el cambio que incluso se atreven a predecir que la familia dejará de existir, sin embargo, como ha sucedido hasta el momento y muy probablemente, la familia como actualmente la conocemos, podría dejar de existir, pero la noción de familia, será una constante que permanecerá en el tiempo adaptándose y realizando los cambios y ajustes necesarios para su permanencia.

Ya actualmente existen un continuo aumento de las opciones aceptables de formato familiar: pareja adulta casada por primera vez con o sin hijos (tradicional familia nuclear), parejas casadas de nuevo con o sin hijos, familias con un solo progenitor, adultos solteros, alguna clase de arreglo comunitario con dos o tres generaciones bajo el mismo techo. Las opciones para vivir y convivir se aumentan, pues se puede permanecer soltero, establecer un hogar como pareja, casarse o no, posponer la fecha para el nacimiento del primer hijo o no tener hijos y formar hogares homosexuales. Además la fidelidad sexual ya no se da por sentada, en muchos casos la monogamia, un contrato diádico, exclusivo y vitalicio, es ya inexistente. Por lo mismo, el terapeuta familiar sistémico deberá estar preparado para enfrentar y trabajar con esta diversidad de configuraciones familiares, ya que sabemos que el dolor y los problemas seguirán existiendo y generalmente se deberán a alguna de las dos familias de las que todos somos parte: la de origen y/o la actual.

Es importante recordar también que la familia es contexto y tiene contexto, lo cual nos conduce a la comunidad y nos llevará, tanto a nivel clínico como teórico, a una discusión del nivel apropiado para la intervención. Este problema de niveles se refiere a la relación existente entre los niveles orgánicos, psicológicos, familiares, de pequeños grupos, culturales y sociales. Nuestro interés como terapeutas familiares, no deberá ser causa de que nos opongamos a las explicaciones formuladas por otros niveles ni deberá de impedirnos de ninguna forma participar y colaborar con otros profesionales, lo que se vislumbra en un futuro con un mayor crecimiento de proyectos de prevención e intervención realizados por equipos de trabajo transdisciplinarios.

Si realmente creemos en los principios sistémicos, sabemos que el trabajar a determinado nivel provocará inminentemente cambios en los otros niveles, por lo mismo, es de suma importancia mencionar que un buen terapeuta sistémico no se quedará únicamente con la familia como foco de atención, ya que ésta es un grupo limitado. Si se comprenden y manejan los principios sistémicos, el terapeuta podrá insertarse en una serie de grupos y sistemas que se favorecerían con su participación como lo son: la escuela, las empresas, las maras, los grupos comunitarios, etc. el campo se amplía y nuestra capacidad de acción se aumenta, las problemáticas familiares, grupales, sociales, nacionales y mundiales podrían ser los principales retos a futuro de los terapeutas sistémicos.

Algunos autores consideran que además de trabajar en los distintos niveles, es necesario también movernos en el tiempo, por lo que según Andolfi y Zwerdling (1980) se volverá a prestar atención al pasado. Estos autores tienen la impresión de que la teorización de las próximas décadas re-abrirán este problema y se catalogarán y explorarán las diversas clases de tiempo e intemporalidad que experimentan las familias. Se tendrá una mejor oportunidad de percibir cómo se codifica la experiencia, almacenándola y convirtiéndola en el modelo del pasado que guía y configura la nueva experiencia. Por lo que el tiempo lejos de ser una barrera, será un instrumento que nos permitirá movernos a distintos momentos de la experiencia familiar.

Por otro lado, estos mismos autores comentan que el yo del terapeuta no ha sido suficientemente estudiado, por lo que rara vez se le incluye como problema conceptual significativo. Mencionan que son de gran importancia las características personales del terapeuta y la presentación y el uso del yo terapéutico.

Si nuestra principal herramienta de trabajo somos nosotros mismo, es importante que trabajemos en ella, por lo que a mi parecer un buen terapeuta sistémico no debe prepararse únicamente con métodos y técnicas que le ayuden en la intervención familiar o grupal, sino debe además ocuparse en su preparación en otros niveles como lo son:

- **Cultural:** como bien dice el conocido refrán cada persona es un mundo, de la misma forma cada familia es un mundo, por lo que como terapeutas debemos tener la capacidad y el conocimiento de diversas áreas humanas (arte, historia, antropología, sociología, filosofía, etc.). Conocimiento que nos permita escuchar, comunicarnos y sobre todo entender a las distintas personas, familias o grupos con los que trabajemos.
- **Actualización:** tomando la clara conciencia de los distintos cambios que se dan en el mundo, es necesario estar preparados a los nuevos y diversos retos de la terapia familiar, por lo que es importante que asistamos constantemente a actividades educativas y formativas que nos permitan mantenernos actualizados y en el dominio de nuevos conocimientos, ideas, técnicas o estrategias que nos puedan ser de utilidad en nuestro trabajo profesional.
- **Terapéutico Personal:** es decir, estar en un proceso terapéutico que nos permita enfrentar y superar nuestras problemáticas personales y familiares con el objetivo de atender a los pacientes sin que nuestros problemas no resueltos afecten los procesos terapéuticos que guiamos.

- **Desarrollo Personal:** como terapeutas familiares debemos participar constantemente en actividades que nos permitan un mejor desarrollo personal, que nos permitan realizarnos como personas, trascender. Porque mientras más somos, más tenemos que ofrecer a los demás.

Es entonces grande el reto personal y profesional que enfrentamos, sin embargo, es aquí donde la flexibilidad se percibe como una de las características principales que permitirá que como terapeutas permanezcamos en el tiempo y podamos adaptarnos a los constantes cambios que enfrentan las familias, buscando en todo momento aumentar nuestro conocimiento y comprensión del ser humano, de los distintos grupos en los que se desenvuelve y de las distintas maneras en que podemos mejorar la calidad de vida de las personas, parejas y familias, razón absoluta de nuestra profesión.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, Lenguaje y Posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistics systems: evolving ideas about the implications for the theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1980). *Dimensiones de la terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* Recuperado el 20 de mayo de 2007 en http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Planeta.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación, la matriz social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: L. Eguiluz (comp.) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. (pp. 197-223) México: Pax México.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowen, M. (1970). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.

- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. México: Paidós.
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres: La pareja revelada a sí misma*. Barcelona: Paidós.
- Carpenter, J. y Treacher, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. Madrid: Ediciones Paidós.
- Ceberio, M., (2005). *Entrevista Sistémica: El MRI (Mental Research Institute), el legado de Don Jackson*. Buenos Aires: Paidós.
- Centro de Estudios, Información y Bases para la Acción - CEIBOS, (2000). *Módulo Instruccional. Introducción contextual a la problemática de la violencia intrafamiliar. Análisis integral de la violencia en la familia. Procesos educativos para operadoras y operadores de justicia*. Guatemala: Ministerio Público.
- Colotla, V. y Urra M. (2006). Semblanzas bibliográficas de los fundadores de la sociedad Interamericana de Psicología. *Revista Interamericana de Psicología*. 40(3) 377-384.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Nueva York: W.W. Norton
- Elkaim, M. (1996). Costruccionismo, Construccinismo Social y Narraciones, ¿están en el límite de lo sistémico? *En Psicoterapia y Familia*. 9, 2.
- Elkaim, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*. México: Paidós.
- Estrada, I. (2003). *El Ciclo de la Familia*. México: Random House Mondadori.
- Fernández, V. (1984). *Psicoterapia Estratégica: Procedimientos*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Fiscalía de la Mujer (2000). *Informe Estadístico del Departamento de Guatemala sobre Violencia Intrafamiliar*. Guatemala: Ministerio Público
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

- Fishman, H. y Rosman, B. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Furman, B. y Ahola, T. (1996). *Conversaciones para encontrar soluciones*. USA: Sistemas Familiares.
- Garberí, R y Caompañ, E. (1996). *Evolución sistemas y terapia familiar*. España: Servicios Psiquiátricos Provinciales.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. (pp. 29-47) México: Pax-Mex.
- Grupo de Apoyo Mutuo (2001). *Informe de la Situación de Derechos Humanos en Guatemala durante el año 2000*. Guatemala: GAM.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrurtu
- Haley, J. (1986). *Terapia no Convencional*. Buenos Aires: Amorrurtu
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y Familia*. 2(2), 41-53.
- Instituto de Política Familiar. (2006). *Informe: Evolución de la familia en Europa, 2006*. Madrid: IPF
- Keeney, B. (1983). *Estética del Cambio*. Argentina: Paidós
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.

Licea, G.; Paquentin, I. y Selicoff, H. (2002). *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde.

Linares, J. (2002). *Del abuso y otros desmanes. Del maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Maturana, H. y Varela, F. (1997). *De máquinas y seres vivos: Autopoiesis la organización de lo vivo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Mc Goldrick, G. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.

McNamee, Sh. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. España: Paidós.

Minuchin, S. (1998). *¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa?* Recuperado el 19 de junio de 2007 en <http://espanol.geocities.com/volumen32.htm>

Minuchin, S. (2003). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Moctezuma, M. y Desatnik, O. (2001). *Programa de Residencia en Terapia Familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Nichols, M. y Schwartz, R. (1998). *Family Therapy: Concepts and Methods*. New York: Allyn & Bacon

Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Editorial Herder.

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala - ODHAG (1998). *Informe del Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica, Guatemala: Nunca Más*. Guatemala: ODHAG.

O'Hanlon, W. y Wiener-Davies (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protocolo para un modelo integral de atención Integral de la Violencia Intrafamiliar contra las mujeres*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OPS.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS

Organización Mundial de la Salud (2004). *Situación de la Familia en el mundo*. Editorial de la Organización Panamericana de la Salud

Penn, P. (1982). Circular Questioning. *Family Process*. 21(3) 267-279.

Perrone, R. Nannini, M. (2000). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia*. Paidós: Barcelona

Prensa Libre (2007). *Hasta que el divorcio los separe*. Recuperado el 26 de junio de 2007 de: <http://www.prensalibre.com/pl/2007/junio/25/175347.html>

Ritvo, E. y Glick, I. (2003). *Terapia de pareja y familiar*. México: Manual Moderno.

Rodríguez, D. y Arnold, M. (1991). *Sociedad y Teoría de Sistemas*. Chile: Editorial Universitaria.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Secretaría de la Comisión contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas de la Vicepresidencia de la República - SECCATID (2002). *Estudio Nacional de Desregulación Sicológica y su Relación con el Consumo de Drogas en Jóvenes Adolescentes Guatemaltecos*. Guatemala: SECCATID

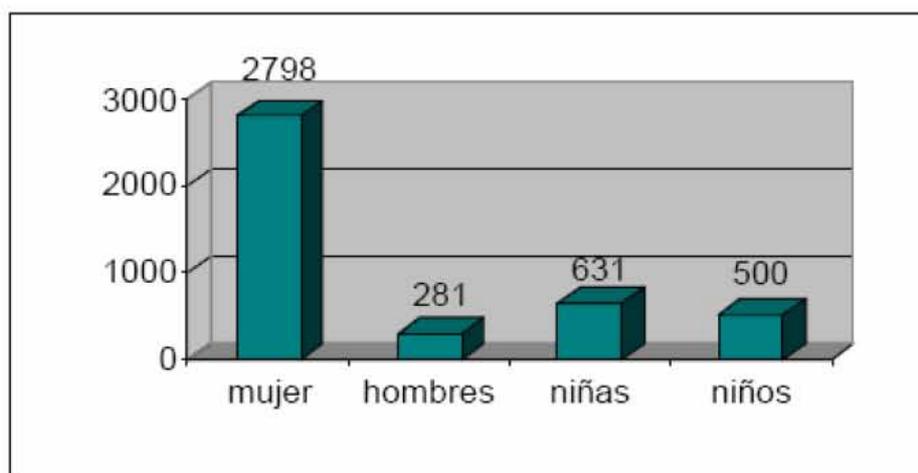
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19(1) 3-12.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Siglo Veintiuno (2001). *Informe sombra sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres en Guatemala*. Recuperado el 4 de abril de 2004 de: <http://www.sigloveintiuno.com/sv/2001/febrero/4/193287.html>
- Sluzki, C. (1998). La transformación de los relatos en terapia. En M. Elkaim (comp.) *La Terapia Familiar en Transformación*. (pp. 53-57). México: Paidós.
- Suárez, C. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En L. Eguiluz (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 139-160) México: Pax México.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1979). *Cibernética y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: Historia y Evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

ANEXOS

ANEXO 1

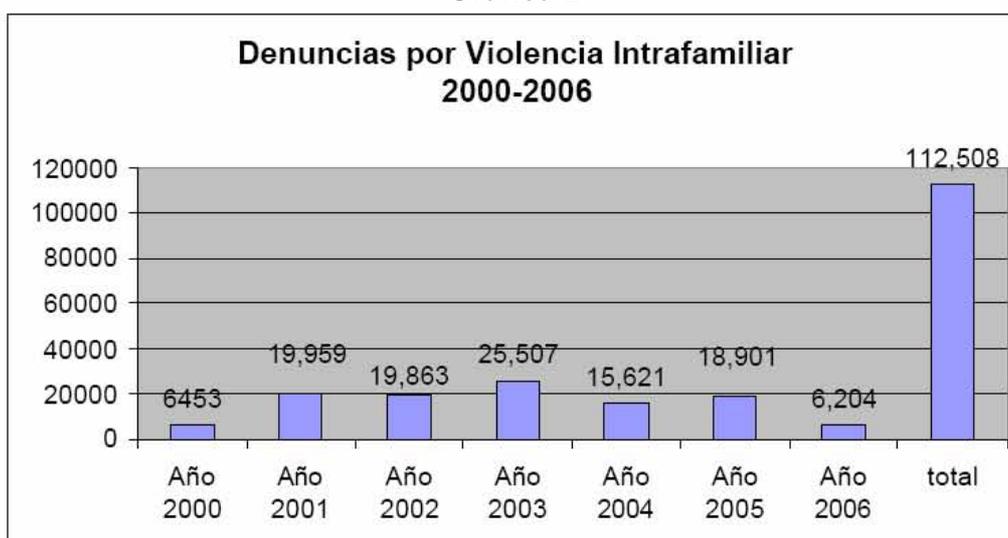
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GUATEMALA

Gráfica 1
Sexo de la Víctima de Violencia Intrafamiliar



Fuente: Grupo Guatemalteco de Mujeres. Boletina No. 1-2005

Gráfica 2



Fuente: Grupo Guatemalteco de Mujeres 2000-2006 con información de las Instituciones Receptoras de denuncias

ANEXO 2

HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

PERSONA O INSTITUTOS	AÑOS DE APORTES	PAÍS	PRINCIPALES APORTES
Hirschfeld	1929 – 1932	Alemania	<ul style="list-style-type: none"> Hizo estudios de la familia.
Popenoe	1930	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Abre la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares. Introduce el término <i>Marriage Counseling</i>. Promueve el reconocimiento público de la profesión de <i>Marriage Counseling</i>.
Dra. Emily Mudd	1932	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Estableció la práctica de Terapia Familiar en Filadelfia. Se dedicó a la investigación de la terapia familiar. Una de las tres responsables de la fundación de la <i>American Association of Marriage</i>.
Dearborn	1934	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Supervisó las primeras reuniones de profesionales en el área. Co-fundador y primer presidente de la <i>American Association of Marriage</i>.
Groves	1942	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Propuso el establecimiento de una asociación profesional de orientación familiar.
David y Vera Mace	1943 – 1948	Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> Investigaban sobre los problemas domésticos. Formaron el primer concilio de consejeros matrimoniales: <i>Marriage Guidance Council</i>. Entrenaban a profesionales de diferentes especialidades para ofrecer orientación y apoyo a familias en crisis o desintegradas, con tarifas muy bajas.
Carl Whitaker	1943 – 1995	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Desarrolló su técnica de lo absurdo. Junto con John Warkentin iniciaron la práctica de incluir en la terapia al cónyuge y en algunas ocasiones a los hijos. Encontró que involucrar a la familia en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos daba resultados positivos. Convocó a la primera reunión del movimiento de terapia familiar y fue uno de los primeros clínicos en incorporar a la terapia familiar la figura de los abuelos.
Sydney Goldstein	1945 – 1948	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Publicó el primer libro de texto de orientación familiar <i>Marriage and Family Counseling</i>.
Abraham Stone	1948 – 1949	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Bajo su mandato de la AAMC se establecieron los estándares para los profesionales en orientación familiar que son: <ul style="list-style-type: none"> - Preparación Académica - Experiencia Profesional - Cualidades Personales
John Bell	1950 – 1959	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Padre de la Terapia Familiar. Publicó en <i>Saturday Evening</i> y el libro <i>Family Group Therapy</i> las nuevas técnicas de terapia con todo el grupo familiar.
Nathan Ackerman	1950 – 1960	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Permitió que los psiquiatras vieran a toda la familia, como una nueva modalidad de tratamiento. Inició la perspectiva de ver a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico. Organizó y dirigió las primeras sesiones de diagnóstico familiar.

PERSONA O INSTITUTOS	AÑOS DE APORTES	PAÍS	PRINCIPALES APORTES
			<ul style="list-style-type: none"> • Fundó e inauguró la <i>Family Mental Health Clinic of Jewish Family Service</i> en Nueva York. • Fundó el <i>Family Institute</i> en Nueva York, que después de su muerte se llamó el <i>Ackerman Institute</i>.
Theodore Lidz	1951 – 1962	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Fue uno de los fundadores de la terapia familiar con formación psicoanalítica. • Se especializó en el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos, primero en explorar el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia. • Primero en descubrir las relaciones destructivas entre padres e hijos.
Lyman Wynne	1952 – 1961	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizó teorías respecto a la estructura familiar, su contexto social, la destrucción de la familia, etc. E investigaciones y prácticas con familias de pacientes esquizofrénicos.
Murray Bowen	1954 – 1990	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Inició el primer programa para formar terapeutas familiares y de pareja en <i>Georgetown University</i>, estableciendo su propio modelo terapéutico. • Fue el primero en realizar una reunión de asuntos pendientes con su familia, para tratar sus problemas no resueltos con ellos.
Christian Midelfort	1957	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Publicó el libro <i>The Family in Psychotherapy</i>. • Entregó sus estudios y modelo técnico para la terapia familiar a la APA. • Enfatizó los factores religiosos y éticos de los procesos de salud mental.
MENTAL RESEARCH INSTITUTE (MRI)	1959 – 1983	Estados Unidos	<p>Gregory Bateson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los fundadores del campo de la terapia familiar. • De los pioneros en el estudio de la teoría de sistemas y la cibernética. • Descubrió los contextos paradójicos y metamensajes que presentaban en las familias. <p>Jay Haley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se apoyó profesionalmente en el trabajo de hipnosis de Milton Erickson. • Publica <i>Problem Solving Therapy</i>. <p>Don Jackson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicó junto con su grupo sus investigaciones respecto a la terapia familiar conjunta. • Uno de los fundadores más creativos y entusiastas de la terapia familiar. <p>Virgina Satir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrolló el concepto de “metamensaje” referido a conceptos de interacción familiar. • Fue la responsable de popularizar la terapia familiar debido a su gran carisma y simplicidad en sus presentaciones. • Escribió infinidad de publicaciones. <p>Carlos Sluzki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudió y redefinió el concepto del “doble vínculo” <p>Jules Riskin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestora de los trabajos para evaluar psicométricamente la interacción de la terapia familiar. <p>Bateson y Jackson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundaron el MRI, que se especializó en la terapia familiar de la comunicación.

PERSONA O INSTITUTOS	AÑOS DE APORTES	PAÍS	PRINCIPALES APORTES
			<p>Watzlawick y Jackson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Editaron el libro <i>Pragmatics of Human Communication</i>. <p>Paul Watzlawick, Arthur Bodin, John Weakland y Richar Fisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecieron el centro de terapia breve. • Escribieron dos textos de gran relevancia: <i>Change Principles of Problem Formation</i> y <i>The Tactics of Chance: Doing Therapy Briefly</i>. <p>Haley, Bateson, Jackson y Weakland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generaron el informe psiquiátrico <i>Hacia una teoría de la Esquizofrenia</i>. • Introdujeron el concepto del “doble vínculo”, como la causa de la esquizofrenia en los niños.
Israel Zweling y Cols.	1960 – 1969	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Fundó junto con Marilyn Mendelson el <i>Family Studios Section</i>, en el Departamento de Psiquiatría del <i>Bronx State Hospital</i>.
James Peterson	1960 – 1969	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Fundador del primer doctorado y del centro de orientadores familiares de la Universidad de California. • Fundador del <i>California Family Studies Center</i>.
James Rue	1963	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Fundador de la institución <i>The Free Sanding California Association of Marriage and Family Counseling</i>. • Establece la diferencia entre terapia familiar y las demás especialidades.
Robert McGregor y Agnes Ritchie	1964	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Basados en el trabajo con delincuentes juveniles y sus conflictos familiares, desarrollaron una de las técnicas más innovadoras de la terapia familiar, la “Técnica de Impacto Múltiple”, que consiste en hacer explotar virtualmente a las familias con un grupo de especialistas en una interacción de dos días de duración.
Grosser y Paul	1964	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Se publica el primer artículo sobre valores éticos que se encuentran vigentes actualmente.
Ivan Boszormeyi-Nagy y Cols.	1965 – 1986	Estados Unidos y Holanda	<ul style="list-style-type: none"> • Fundador del grupo Filadelfia. • Publicaron el libro <i>Intensive Family Therapy</i>. • Introdujo el concepto de la “terapia contextual” o “terapia integral”. • Desarrollan la teoría de éticas intergeneracionales de familia.
Mara Selvini-Palazzoli y Cols.	1967	Italia	<ul style="list-style-type: none"> • Fundó el Instituto de la Familia en Milán con el apoyo de Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin. • Con la metodología de intervenir a las familias por sólo 10 días en sesiones de todo un día, espaciadas un mes, desarrollaron las técnicas cortas de intervención.
Frederick Duhl y David Cantor	1969	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Fundaron el <i>Boston Family Institute</i>. • Kantor publicó el libro <i>Inside the Family</i>.
Raymundo Macías	1969 – 1989	México	<ul style="list-style-type: none"> • Estableció el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares. • Funda su propio instituto, el Instituto de la Familia, A.C. (IFAC) y abre su propia clínica.
	1970	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Se escribió el <i>Handbook of Family Therapy</i>, donde se señalaban los valores éticos que debe tener un terapeuta familiar en su práctica profesional.
Salvador Minuchin y Cols.	1970 – 1979	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Junto con Edgar Auerswald iniciaron el programa <i>La dinámica de las familias pobres</i> de donde publicó la obra <i>Families of the Slums</i>.

PERSONA O INSTITUTOS	AÑOS DE APORTES	PAÍS	PRINCIPALES APORTES
			<ul style="list-style-type: none"> • Con la colaboración de Montalvo, Rosman y Haley, establecieron el sistema de supervisión "On Line". • Sus aportes, junto con Jay Haley, sobre el modelo de familia, técnicas terapéuticas y la metodología empleada, fueron las bases de la ahora conocida "Terapia Estructural".
William Nichols	1975 – 1979	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Editó el <i>Journal and Marital Counseling</i> que después se llamó el <i>Journal of Marriage and Family Therapy</i>
UDLA	1980	México	<ul style="list-style-type: none"> • Se transforma el programa de psicología en Orientación y Terapia Familiar.
Dr. Freidberg y Dr. Lichtein	1980	México	<ul style="list-style-type: none"> • Fundan el <i>Instituto de Investigación y Entrenamiento de Psiquiatría</i>.
Asociación Mexicana de Terapia Familiar	1981	México	<ul style="list-style-type: none"> • Nace con los objetivos de difundir la terapia familiar, unificar y revisar los programas de los diferentes institutos de formación, tener un órgano de difusión y fundar su propia publicación.
Margolin	1982	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Publica en el <i>American Psychologist</i> sus trabajos en la revisión de los valores éticos de la profesión de terapia familiar.
Dr. Maldonado	1984	México	<ul style="list-style-type: none"> • Funda el <i>Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia</i>.
Dra. Mary Blanca Moctezuma	1986	México	<ul style="list-style-type: none"> • Con la colaboración del Mtro. Jorge Molina y la Mtra. Elena Fernández fundan el <i>Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C. (IMTB)</i>
Dra. María Luisa Velazco de Torres	1987	México	<ul style="list-style-type: none"> • Crea el <i>Instituto de Terapia Familiar CENCALLI</i>, en el que se imparten capacitaciones para terapeutas familiares con grado de maestría.
Dr. Alberto Castellanos	1992	México	<ul style="list-style-type: none"> • Funda el <i>Instituto Superior de Estudios de la Familia</i>.

Elaboración Propia: a partir de Sánchez y Gutiérrez (2000).

ANEXO 3

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

DESARROLLO DE UNA ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

López-Silva, R., Delgado, F. y López, S.

Resumen:

Debido a la poca diversidad en México de instrumentos prácticos para la evaluación de la Inteligencia Emocional según la teoría de Goleman, se buscó en esta investigación el desarrollo una escala de inteligencia emocional.

Este trabajo consistió en distintas fases que se fueron realizando a lo largo de los cursos. En un primer momento fue necesaria una completa investigación sobre el tema, así como de los instrumentos que se utilizan regularmente.

Una vez obtenida la información se inició con la redacción de los reactivos que podrían incluirse en la prueba, este trabajo dio como resultado una prueba de 110 reactivos, que pretendía medir las 5 habilidades de la Inteligencia Emocional.

Este instrumento se sometió a piloteo y jueceo lo que dio como resultado una prueba de compuesta de 75 reactivos la cual fue aplicada a 300 sujetos, mexicanos, mayores de 18 años con diferentes escolaridades y de diversos contextos socio-culturales. Cincuenta de estos sujetos se presumía tenían una baja inteligencia emocional pues fueron personas que solicitaron ayuda en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM por problemas interpersonales o estaban en un reclusorio.

A los resultados obtenidos de los 300 sujetos se les realizaron los diferentes análisis estadísticos como: análisis de frecuencias, Kurtosis, Skewness, prueba t, prueba k-s. Asimismo, se llevó a cabo el análisis factorial, que distribuyó los reactivos en 3 factores, se efectuó la prueba t entre el grupo de inteligencia emocional normal e inteligencia emocional baja y se identificaron y eliminaron los reactivos que no discriminaron entre grupos.

Se obtuvo el alpha de Cronbach de las sub-escalas y la escala total, quedando todas con una alta confiabilidad. Después se llevó a cabo la estandarización de la prueba y se establecieron los criterios para su aplicación y calificación.

Finalmente, todo este trabajo dio como resultado una Escala de Inteligencia Emocional compuesta por 35 reactivos que mide 3 competencias emocionales que son Autoconocimiento, Autocontrol y Empatía.

Es una escala que cuenta con validez teórica, de criterio y con una alta confiabilidad, que puede ser de utilidad para aplicaciones masivas y con personas que se encuentran en internamiento o cuyas relaciones interpersonales sean deficientes.

Antecedentes:

a) Inteligencia Emocional

El concepto de inteligencia emocional es bastante nuevo y surge por la inquietud de entender el por qué personas que tenían un Coeficiente Intelectual alto fracasaban en diferentes ámbitos de su vida y personas con Coeficiente Intelectual bajo obtenían éxitos laborales, familiares, profesionales.

Salovey y Mayer (1990) publicaron la primera definición formal de inteligencia emocional, definiendo la inteligencia emocional de acuerdo con las habilidades que la envuelven: la habilidad para monitorear sentimientos y emociones tanto propias como las de los demás, para discriminar entre ellas y regularlas y para utilizar esta información basada en la emoción como guía de nuestro pensamiento y acción. Después ellos mismos critican su definición en (Mayer y Salovey 1997) diciendo que sólo habla de percibir y regular las emociones y omite el pensamiento acerca de los sentimientos, y la corrigen así: *“La inteligencia emocional es la habilidad para percibir, evaluar-apreciar y expresar las emociones; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para entender las emociones, tener conocimiento de ellas; la habilidad para regular las emociones, para promover un crecimiento emocional e intelectual”*, p. 9. Finalmente en Mayer, Caruso y Salovey (1999) exponen que la inteligencia emocional se refiere a la habilidad para reconocer el significado de las emociones y sus relaciones, para razonar y resolver problemas con base en ellas. E incluyen además la capacidad para percibir las emociones, para integrar las emociones relacionadas con sentimientos, para entender la información de esas emociones y finalmente manejarlas.

Goleman (1995) se basa en la definición de Salovey y Mayer en algunos puntos y por su parte él define la inteligencia emocional como las habilidades de autoconocimiento, autocontrol, empatía y motivación, que permiten tener éxito en la vida, construir relaciones interpersonales fuertes, tener desarrollo personal, vivir bien, tener la capacidad de enfrentar contratiempos, superar obstáculos y ver las dificultades bajo una óptica distinta.

Por su parte, Bar-On (1997) de forma más general define la inteligencia emocional como un conjunto de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen la habilidad propia de tener éxito al afrontar las demandas y presiones del medio ambiente.

Básicamente, existen dos modelos que tratan de explicar cómo se da la relación entre inteligencia y emoción. Estos modelos son: el modelo de habilidades y el mixto. Los principales representantes del modelo de habilidades son Mayer y Salovey y de los modelos mixtos son Bar-On y Goleman. Se elige a Goleman (1996) para el marco teórico para la presente investigación dado que brinda una mejor explicación de la IE al contemplarla dividida en 5 habilidades, lo que permite explicar por qué algunos individuos pueden estar en niveles altos en algunas áreas, habilidades o competencias y por ello se desenvuelvan bien en ellas, mientras tienen niveles muy bajos en otras áreas, habilidades o competencias y por eso su desempeño sea deficiente en éstas.

Originalmente Goleman (1996) crea un modelo dividido en cuatro áreas: Autoconocimiento, Conocimiento Social, Automanejo y Herramientas Sociales. A través del tiempo Goleman mejora su modelo y crea lo que llamó el Modelo de Competencias Emocionales el cual incluye cinco competencias (Goleman, 1998) que son:

- a) **El conocimiento de las propias emociones o conciencia de uno mismo:** es la conciencia de nuestros propios estados internos, recursos e intuiciones, dentro de la que se encuentran:
- *Conciencia emocional:* reconocer las propias emociones y efectos.
 - *Valoración adecuada de uno mismo:* conocer las propias fortalezas y debilidades.
 - *Confianza en uno mismo:* seguridad en la valoración que hacemos sobre nosotros mismos y sobre nuestras capacidades.
- b) **La capacidad de controlar las emociones o autorregulación:** es el control de nuestros estados, impulsos y recursos internos, aquí se incluyen:
- *Autocontrol:* capacidad de manejar adecuadamente las emociones y los impulsos conflictivos.
 - *Confiabilidad:* fidelidad al criterio de sinceridad e integridad.
 - *Integridad:* asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal.
 - *Adaptabilidad:* flexibilidad para afrontar los cambios.
 - *Innovación:* sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información.
- c) **La capacidad de motivarse a uno mismo o motivación:** son tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de nuestros objetivos e incluyen:
- *Motivación de logro:* esforzarse por mejorar o satisfacer un determinado criterio de excelencia.
 - *Compromiso:* secundar los objetivos de un grupo u organización.
 - *Iniciativa:* prontitud para actuar cuando se presenta la ocasión.
 - *Optimismo:* persistencia en la consecución de los objetivos a pesar de los obstáculos y los contratiempos.
- d) **El reconocimiento de las emociones ajenas o competencia social:** lo cual determina el modo en que nos relacionamos con los demás, aquí se encuentran:
- *Empatía:* conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.
 - *Comprensión de los demás:* tener la capacidad de captar los sentimientos y los puntos de vista de otras personas e interesarnos activamente por las cosas que les preocupan.
 - *Orientación hacia el servicio:* anticiparse, reconocer y satisfacer las necesidades de los otros.
 - *Aprovechamiento de la diversidad:* aprovechar las oportunidades que nos brindan los diferentes tipos de personas.
 - *Conciencia política:* capacidad de darse cuenta de las corrientes emocionales y de las relaciones de poder subyacentes en un grupo.

e) El manejo de las relaciones o habilidades sociales: es la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás e incluye:

- *Influencia:* utilizar tácticas de persuasión eficaces.
- *Comunicación:* emitir mensajes claros y convincentes.
- *Liderazgo:* inspirar y dirigir a grupos y personas.
- *Catalización del cambio:* iniciar o dirigir los cambios.
- *Resolución de conflictos:* capacidad de negociar y resolver conflictos.
- *Colaboración y cooperación:* ser capaces de trabajar con los demás en la consecución de una meta común.
- *Habilidades de equipo:* ser capaces de crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas.

Método:

Inicialmente se elaboraron 110 reactivos, 22 de cada una de las 5 habilidades que conforman la Inteligencia Emocional: Autoconocimiento, Autocontrol, Automotivación, Empatía y Habilidades Sociales.

La escala compuesta por 110 reactivos se aplicó personalmente a 20 individuos de tal forma que pudieran ir manifestando sus dudas sobre los reactivos. Según lo comentado por lo participantes 5 reactivos no eran claros, por lo que fueron eliminados de la escala.

Asimismo, los demás reactivos fueron llevados a 14 expertos en inteligencia emocional en las áreas de investigación, cátedra o clínica. Los jueces debían clasificar los reactivos dentro de una de las habilidades correspondientes, los reactivos que no tuvieron más de un 75% de acuerdo entre jueces, sobre la habilidad que medían, fueron eliminados. Se eliminaron entonces 30 reactivos por lo que quedó una escala compuesta por 75 ítems.

Esta escala de 75 reactivos fue aplicada a 300 sujetos, mayores de 18 años con diferentes escolaridades y de diversos contextos sociales. De esta muestra 50 personas pertenecían a personas que solicitaban ayuda en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM por problemas interpersonales o a un reclusorio, por lo que se asumía que estas personas poseían una baja inteligencia emocional.

Se realizaron los diferentes análisis estadísticos como: análisis de frecuencias y determinación de normalidad con los que fueron retirados 10 reactivos. Con los que quedaron se llevó a cabo el análisis factorial, que distribuyó los reactivos en 3 factores: Autoconocimiento, Autocontrol y Empatía. 22 reactivos quedaron fuera de cualquier factor. Se efectuó la prueba t entre el grupo de inteligencia emocional normal e inteligencia emocional baja y se eliminaron 4 reactivos que no discriminaron entre grupos. A los 35 reactivos que quedaron se les aplicó el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach.

Finalmente, se establecieron límites o cortes de normalidad con lo que se obtuvieron rangos para la calificación de la escala y cada sub-escala.

Resultados:

La escala originalmente compuesta por 110 reactivos que pretendía medir las 5 habilidades de la Inteligencia Emocional según Goleman (1998), tras las pruebas y análisis estadísticos realizados quedó compuesta finalmente por 35 reactivos que permiten evaluar 3 habilidades que son: Autoconocimiento (13 reactivos), Autocontrol (12 reactivos) y Empatía (10 reactivos).

Tabla No. 1
ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Ocupación: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino
Masculino

Esta es una escala para medir su inteligencia emocional, no hay respuestas buenas ni malas, sólo las que más se ajustan a su forma de ser, por lo que le pedimos conteste sinceramente marcando con una "X" la casilla que mejor lo describa.

		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	Puedo calmarme en el momento en que lo necesito					
2	Los demás me dicen que encuentro formas de hacerlos sentir bien					
3	Me acepto como soy					
4	Me dicen que me altero con facilidad					
5	Entiendo los sentimientos de los demás					
6	Reintento hasta que las cosas resultan como deseo					
7	Soy capaz de tener mis sentimientos bajo control					
8	Puedo defender mis derechos ante los demás					
9	En mis discusiones actuales acostumbro a mencionar hechos pasados					
10	Comprendo las expresiones faciales de los demás					
11	La gente me dice que me conozco mucho					
12	Puedo dominar mi enojo					
13	Me gusta escuchar a las personas					
14	Tengo facilidad para negociar con la gente					
15	Se como tranquilizarme					
16	Las personas me dicen que realmente las comprendo					
17	Puedo manifestar mi desacuerdo					
18	hieran					
19	Puedo entender el punto de vista de los demás					
20	Conozco mis sentimientos					
21	Me arrepiento por lo que he hecho cuando estoy enojado(a)					
22	La gente me busca para contarme sus problemas					
23	Yo controlo mis emociones					
24	Me doy cuenta cuando alguien necesita apoyo aún si no lo dice					
25	Soy una persona que se conoce a sí misma					
26	No me puedo controlar					
27	Puedo escuchar a alguien sin necesidad de responderle					
28	Sé decir que NO a las cosas que no quiero hacer					
29	Confundo mis emociones					
30	Conozco lo que me disgusta					
31	La gente me malinterpreta					
32	Conozco mis capacidades					
33	Exploto fácilmente					
34	Me felicito cuando hago algo bueno					
35	Me puedo poner fácilmente en el lugar de los demás					

Esta escala cuenta con validez teórica debido a la coincidencia de criterios encontrados entre la revisión teórica realizada y el jueceo. Cuenta además con validez de criterio ya que los 35 reactivos finales a través de la prueba t mostraron ser discriminativos entre los grupos con inteligencia emocional alta o normal y baja. La escala posee un factor de confiabilidad alto para las escalas y sub-escalas, quedando la escala total con un Alpha de Cronbach de 0.87 y las sub-escalas de Autoconocimiento con 0.83, Autocontrol con 0.80 y Empatía con 0.81.

Otro resultado interesante que se obtuvo fue que al convertir los puntajes obtenidos en la pruebas en valores z los sujetos que se presumía tenían Inteligencia Emocional Baja (personas que solicitaban ayuda en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM por problemas interpersonales o se encontraban internos en un reclusorio) se ubicaron en rangos normales y bajos, mientras que la muestra con supuesta Inteligencia Emocional Normal en su mayoría se ubicaron en el rango normal y se distribuyeron equitativamente en los rangos altos y bajos como su puede observar en las tablas siguientes:

Tabla No. 2: Distribución de frecuencias de los puntajes z de todos los sujetos evaluados

	Altos	Normales	Bajos	Total
Sub-Escala de Empatía	49	198	53	300
Sub-Escala de Autoconocimiento	52	208	40	300
Sub-Escala de Autocontrol	50	206	44	300
Escala de Inteligencia Emocional	50	205	45	300

Elaborada a partir de los datos arrojados por el SPSS

Tabla No. 3: Distribución de frecuencias de los puntajes z de los sujetos con supuesta Inteligencia Emocional Baja

	Altos	Normales	Bajos	Total
Sub-Escala de Empatía	0	31	19	50
Sub-Escala de Autoconocimiento	0	31	19	50
Sub-Escala de Autocontrol	0	32	18	50
Escala de Inteligencia Emocional	0	27	23	50

Elaborada a partir de los datos arrojados por el SPSS

Tabla No. 4: Distribución de frecuencias de los puntajes z de los sujetos con supuesta Inteligencia Emocional Normal

	Altos	Normales	Bajos	Total
Sub-Escala de Empatía	49	167	34	250
Sub-Escala de Autoconocimiento	52	177	21	250
Sub-Escala de Autocontrol	50	174	26	250
Escala de Inteligencia Emocional	50	178	22	250

Elaborada a partir de los datos arrojados por el SPSS

Discusión:

A diferencia de la propuesta de Goleman (1998) de medir la inteligencia emocional sin preguntar de manera directa a la persona, sino utilizando a un grupo de observadores que tenga alguna relación con él, nuestra propuesta considera el auto-reporte como una opción complementaria a la medición del constructo, que puede ser de gran utilidad para una aplicación masiva, con personas que se encuentran en internamiento o cuyas relaciones interpersonales sean deficientes. De la misma forma consideramos que una prueba que cuenta con 35 reactivos permite una aplicación rápida, práctica y útil.

Originalmente el autor propone un Modelo de Competencias Emocionales que incluye cinco competencias, habilidades o áreas que son: Autoconocimiento, Autocontrol, Automotivación, Empatía y Habilidades Sociales. Por lo mismo, la prueba fue diseñada tomando en cuenta estas 5 áreas, sin embargo, a través del análisis factorial se obtuvo para la muestra mexicana ubicada en el Distrito Federal únicamente 3 factores que son: Empatía, Autoconocimiento y Autocontrol, lo cual podría ser un precedente de que la Inteligencia Emocional en poblaciones mexicanas este compuesta por otras habilidades a diferencia de la propuesta de Goleman fundamentada en población estadounidense.

Asimismo en el proceso de validación algunos de los jueces consideran según otras teorías y su experiencia en México que las habilidades sociales no son un componente de la inteligencia emocional, si no un resultado conductual del grado de desarrollo de la misma.

A través del procedimiento de elaboración de la prueba se obtuvo la validez teórica, de criterio y un factor de confiabilidad alto para las escalas y sub-escalas lo cual indica que es una prueba que mide lo que pretende medir y puede discriminar entre sujetos con características similares a las de la muestra utilizada en el presente trabajo.

Bibliografía:

- Averill, J. y Nunley, E. (1992). *Voyages of the Herat: living and emotionally creative life*. New York: Free Press.
- Bar-On, R. (1997). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A Test of Emotional Intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R. (1998). Emotional Intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*. 75(4), 989-1015.
- Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. México: Javier Vergara Editor
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.

- Kagan, N. (1978). *Affective sensitivity test: validity and reliability*. Notas del trabajo presentado en la 86a. reunion de la APA. San Francisco
- Lane, R., Quinlan, D., Schwartz, G., Walker, P. y Zeitlin, S. (1990). *The Level of emotional awareness scale. A cognitive development measure of emotion*. New York: Free Press.
- Mayer, J., Di Paolo, M. y Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*. 54, 772-781.
- Mayer, J., Caruso, D. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. y Geher, S. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotional intelligence: *Intelligence*. 22, 89-113.
- Mayer, J. y Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, vol 4(3): 197-208.
- Mayer, J. y Salovey, P. (1997). What is emotional Intelligence. En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.) *Emotional development and Emotional Intelligence: Educational Implications*. (pp. 3-34). New York: User's Manual
- Mayer, J., Salovey, P. y Caruso, D. (1997). *Models of emotional intelligence and handbook of intelligence*. EUA: Cambridge University Press.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B., y Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Eds.), *Coping: The psychology of what works*. (pp.141-164). New York: Oxford University Press.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, R. y Díaz-Loving, R. (2001). Cuando tenemos diferencias ¿Me preocupo por mi pareja o por mí? *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 6, 83-98.

ANEXO 4

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

FAMILIAS Y ESTILOS DE MANEJO DE CONFLICTO

López-Silva, R., Giangiacomo, M. y Sirgo, A.

Resumen:

De una u otra manera, todas las familias se encuentran con distintos conflictos a lo largo de su ciclo vital. Incluso, algunos autores (Strauss, 1979; Thibault, 1972) aluden al conflicto como una parte ineludible de cualquier asociación humana. Los conflictos pueden surgir por distintos motivos y ser manejados de diferentes formas; lo cierto es que, en general, son vividos con un gran pesar por parte de las familias. Todas las familias tienen diferencias, discusiones, conflictos o confrontaciones; algunas las enfrentan, otras les rehuyen, algunas los resuelven, otras los retrasan, unas incluso los agrandan y empeoran, pero todas aprenden a vivir o sobrevivir con ellos. ¿A qué se debe esta variedad?, ¿qué es lo que impulsa a unas familias a encontrar formas efectivas de solucionar sus diferencias y conflictos, y poder convertir su espacio en un lugar de diálogo y cooperación? Y ¿qué es lo que permite a otras quedar eternamente enfrascadas en situaciones sin sentido que terminan siendo un largo y tortuoso sufrimiento para cada uno de sus integrantes? Cada familia es única y, por lo tanto, las variantes son infinitas, cada familia aporta a su construcción diferencias ilimitadas que ayudan a volver inmensamente complejo su entendimiento y comprensión.

Según García (2002) un mal manejo de los conflictos puede conllevar repercusiones como: enfermedades psicológicas (depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, violencia, etc.), enfermedades físicas (trastornos cardíacos, cáncer, enfermedades inmunológicas, dolores crónicos, etc.) y la ruptura de la pareja (abandono, separación o divorcio). La desintegración de las parejas y familias por cualquiera de estas vías conlleva repercusiones como: depresión, reacciones de ansiedad, dolor, humillación, sentimientos de culpa y/o pérdida, sufrimiento, etc. Asimismo, afecta particularmente a los hijos, ya que además de los sentimientos de tristeza y pérdida pueden presentar problemas de conducta, depresión, rechazo, soledad, sentimientos de no valer nada, culpa, etc. (Wallerstein y Blakeslee, 1990).

Por las repercusiones tan complejas que tiene el mal manejo de conflictos, el presente estudio se propone conocer de forma específica las maneras en que distintas familias manejan sus problemáticas, ya que consideramos que las familias cuentan con ciertos recursos que les permiten de una u otra manera manejar las diferencias y conflictos que presentan. Al conocer estos recursos de una manera más clara y específica, éstos podrían utilizarse como estrategias dentro de la terapia. Incluso, una de las herramientas que podría co-construirse en el proceso terapéutico tiene que ver con dicha capacidad para resolver los conflictos.

En esta investigación se realizaron entrevistas semi-estructuradas a dos familias mexicanas, tomando en cuenta un elemento clave a la hora de seleccionarlas: una de las familias asistía al Centro de Servicios Psicológicos, la otra fue recomendada por el

psicólogo de una institución, por considerar que habían mostrado una adecuada habilidad para resolver los conflictos que habían atravesado. Se analizan ambas familias tomando en cuenta su estructura familiar, los conflictos que presentan y el estilo o estilos que utilizan para resolver sus conflictos.

Se realiza un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría. En dicho análisis, se resume lo dicho en las entrevistas y, con base al marco teórico, se infieren cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc., con el objetivo de comprender el mundo tal y como los propios participantes lo construyen. Finalmente, se discuten las implicaciones en relación a la población estudiada, señalando los alcances y limitaciones de la teoría existente y realizando una propuesta original que podría ser retomada en un siguiente estudio.

Antecedentes:

a) Conflicto

Para Thibault (1972) el conflicto es una de las realidades existentes del hombre, la base de las estructuras de sus relaciones con los demás, por lo que el conflicto será siempre fundamento de la pareja y factor necesario para su vida y crecimiento. Strauss (1979) comenta que el conflicto es una parte ineludible de cualquier asociación humana y que supone la divergencia de intereses que se debe inevitablemente a las diferencias personales. Sin embargo, para Thomas (1976), el conflicto es un proceso que comienza cuando una parte percibe que el otro ha frustrado algunos intereses propios. Por su parte, Fitzpatrick (1988) opina que el conflicto surge de la interacción de personas independientes que perciben fines o metas incompatibles, las cuales interfieren en el logro de las propias metas. Ambas partes buscan un resultado que creen que el otro no está dispuesto a dar. De manera similar, Cahn (1990) considera que el conflicto surge de la interacción entre personas que expresan intereses, puntos de vista y opiniones opuestas, muy parecido a lo que piensa Souza (1996) al inferir que el conflicto es la diferencia de intereses u opiniones entre una o más partes sobre determinada situación o tema que involucra pensamiento y acción de los involucrados.

Por un lado el conflicto puede darse cuando las personas buscan diferentes niveles de autonomía e independencia y por otro lado buscan cercanía e independencia (Christensen y Shenk, 1991), por lo que el conflicto incluye acciones, objetivos, planes y aspiraciones de la persona que se perciben como intereses divergentes con el otro y se tiene la creencia de que las aspiraciones de ambas partes no pueden ser alcanzadas de forma simultánea. (Rubin, Pruitt y Kim 1994). Refiriéndose específicamente a la familia, Turner y West (2002), explican que el conflicto es un proceso en el cual los miembros de ésta perciben desacuerdos acerca de los fines, metas, reglas, roles y/o patrones de comunicación entre ellos. Algunos de los factores que ocasionan el conflicto pueden ser:

1. La economía, finanzas o presupuesto.
2. El comportamiento de los niños, la disciplina, las peleas entre hermanos.
3. Tiempo insuficiente para compartir con la pareja e hijos.

4. Carencia de distribución de las responsabilidades dentro de la familia.
5. La mala o falta de comunicación con los hijos
6. Insuficiente tiempo personal
7. La relación con la pareja (amistad, sexo)

Independientemente de la causa por la que sean provocados los conflictos, éstos son un proceso difícil para la pareja y para los hijos, ya que todos pagan las consecuencias de su inadecuada solución o la falta de solución de los mismos.

b) Estilos de manejo de conflicto:

A pesar de que el conflicto puede darse por una serie de situaciones éste puede ser constructivo o destructivo, dependiendo del estilo de manejo de conflicto que se utilice más frecuentemente. Para Cusinato (1992) el conflicto puede ser destructivo si los involucrados no se encuentran satisfechos con las consecuencias y puede ser constructivo si los involucrados están contentos con sus resultados y representa una ganancia para todos. Existen muchos autores que han intentado agrupar los distintos estilos de manejo de conflicto en categorías, como inicialmente lo hicieron Killman y Thomas (1975) quienes, basados en la teoría de Jung, reinterpreataron el esquema de Blake y Mouton que clasificaba cinco categorías para el manejo de un conflicto. Levinger y Pietromonaco (1989 en Díaz-Loving y Sánchez, 2002) basándose en este modelo, diseñaron el inventario de estilos de manejo de conflictos. Y mejoraron el modelo proponiendo que las estrategias de los individuos están determinadas por dos ejes que son:

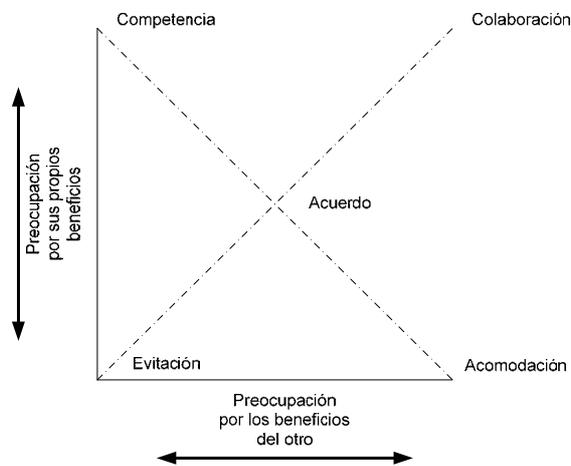
- Preocupación por los beneficios propios
- Preocupación por los beneficios del otro(a)

De los dos ejes surgen las cinco estrategias:

- *Evitación.* Involucra baja preocupación simultáneamente por el yo y por el otro. En este estilo el individuo evitante permite que dicha situación se deje sin resolver o permite que la otra persona tome la responsabilidad para resolver el problema. Algunos de los evitadores tienden a manejar el conflicto diplomáticamente retirando su atención sobre el tópico, postergando su solución o simplemente retirándose de la situación.
- *Acomodación.* Es un estilo alto en preocupación por el otro y baja preocupación por el yo. Implica el sacrificar las propias metas para satisfacer las necesidades del otro y protege las relaciones mediante el dar al otro, quien alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda.
- *Competencia.* Estilo alto en la preocupación por el yo pero bajo en la preocupación por el otro. En este estilo la gente procura maximizar sus beneficios, mientras que esto provoca altos costos para el otro. Es una aproximación orientada al poder, en la cual la gente trata de usar cualquier medio que le permita defender o ganar una posición que se considera benéfica.

- *Colaboración*. Táctica en la que ambas partes resultan beneficiadas, al centrar su atención en la preocupación por el yo y en la preocupación por el otro. Una vez que se ha reconocido una situación por enfrentar, el colaborador tratará de integrar las necesidades mutuas en una solución que maximizará los intereses de los interlocutores.
- *Acuerdo o Compromiso*. Se refiere al estilo en el cual se colabora con la otra persona llegando a un acuerdo mutuo de una forma creativa, es decir, no sólo cediendo el 50 por ciento, sino creando una solución novedosa y conjunta.

Esquema 1 Estilos de Manejo de Conflicto



Fuente: Díaz-Loving y Sánchez (2002)

Existen otros autores que han intentado clasificar la respuesta de las personas y de las familias al conflicto. Por ejemplo, Strauss (1979) en su escala de tácticas de conflicto enfatizó tres técnicas principales que pueden usar las familias para resolver los conflictos, las cuales son *razonamiento*, *agresión verbal* y *violencia*. Por su parte, Turner y West (2002) encontraron tres dimensiones básicas de los estilos y tácticas de conflicto que son *no confrontación*, *orientación a la solución* y *control*. Sternberg y Soriano (1984) sugiere por su parte siete formas de resolver el conflicto que son:

- *Acción física*. Alguna de las partes ejerce fuerza física o actos coercitivos hacia la otra.
- *Acción económica*. Alguna de las partes ejerce cierta presión económica sobre la otra.
- *Espera*. Las partes deciden esperar y ver si mejoran las cosas.
- *Aceptar la situación*. Los miembros deciden aceptar las situaciones como son y tratar de hacer lo mejor de éstas.
- *Calmarse*. Neutralizar el conflicto reduciendo las demandas.

- *Intervención de un tercero.* Las partes buscan la intervención de alguien externo que les ayude a mediar el conflicto.
- *Minimizar la opinión.* Una parte busca ignorar a la otra o hacer menos la opinión en la que se fundamente la otra para que reconsidere la situación.

Metodología:

Esta investigación se realizó siguiendo la metodología cualitativa. Esto nos permite acceder a hechos incuantificables de las personas observadas (por ejemplo, sus emociones); nos conecta directamente con la complejidad del ser humano en toda su expresión (Strauss y Corbin, 1990; en Sugiyama y Vargas, 2005). Taylor y Bodgan (1992) caracterizan este tipo de investigación diciendo que: a) Es inductiva, b) Considera una perspectiva holística, c) Toma en cuenta el efecto del investigador sobre las personas que estudia, respetando su marco de referencia y d) Es un arte, producto de la creación personal, en el que no hay protocolo fijo preestablecido, sino lineamientos orientadores. Los resultados en esta aproximación se pueden obtener a través de variadas fuentes: la vida de las personas, sus historias, entrevistas, observaciones, entre otros. En gran parte de las ocasiones, la complejidad (pero también la riqueza) radica en que el investigador entra en contacto directo con las personas con las cuales va a dialogar para generar la información objeto de su estudio.

El diseño de investigación, entonces, puede ser dividido en las siguientes etapas:

Fase de reflexión. Trabajamos primero en una intensa fase de reflexión, tanto individual como grupal. Cada uno de nosotros reunió sus ideas en un cuaderno de campo; ideas que luego fueron puestas en común y discutidas en los espacios de intercambio grupal.

Selección de la muestra. En la muestra elegida, creímos importante dar relevancia a la composición de los grupos, más que a la cantidad de familias. Siguiendo a Hudelson (1994; citado en Sugiyama y Vargas, 2005) pensamos que un pequeño número de informantes especialmente elegidos, puede arrojar información válida y, en cierto sentido, generalizable. Consecuentemente, las familias seleccionadas poseen las características que consideramos relevantes para nuestro estudio.

Creación del instrumento de medición. Se pensó desde el comienzo en la creación de una entrevista semi estructurada, que focalizara alrededor de nuestro tema central, pero que brindara la suficiente libertad para conocer lo que los miembros de la familia piensan y sienten acerca de su mundo vincular. Se tomaron en cuenta cuatro elementos para guiar la conversación con las familias: 1. Datos generales, 2. Exploración de las relaciones familiares, 3. Conflicto y 4. Estilo de manejo de conflictos.

Salida al campo. Los entrevistadores acudimos a las entrevistas en parejas, con el fin de que uno guiará la entrevista y el otro pudiera tomar notas, especialmente de las observaciones sobre el lenguaje no verbal de la familia. El material usado consistió en una grabadora, papel y pluma para tomar notas. El escenario para las entrevistas fue, en ambos casos, el departamento de cada una de las familias, en el horario con ellas acordado, y durante el tiempo pactado.

Análisis. Esta fase puede dividirse en dos etapas. Al finalizar la primer ronda de entrevistas, se realizaron las transcripciones correspondientes e iniciamos un análisis preliminar, tentativo, a través de varias sesiones de discusiones en el grupo. Se evaluó el instrumento, a la luz de las respuestas obtenidas, para ver si era necesario modificarlo para que funcionara mejor. Este primer paso nos sugirió primeras líneas de análisis y le dio cierto orden a nuestro universo de datos. Realizamos un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría. En dicho análisis, se resumió lo dicho en las entrevistas y, con base al marco teórico, se pretendió inferir cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc., con el objetivo de comprender el mundo tal y como los propios participantes lo construyen.

Resultados:

La información arrojada por las entrevistas a las dos familias fue analizada de la misma manera utilizando los siguientes criterios:

a) Estructura Familiar:

1. Subsistemas
2. Jerarquías
3. Alianzas y coaliciones
4. Límites
5. Roles

b) Conflicto

c) Estilos de manejo de conflicto

Con esta información pudimos realizar un análisis comparativo de las dos familias, contrastándolo con las teorías existentes.

Actualmente, ambas familias se encuentran en la misma etapa del ciclo vital que según Haley (1980) se denomina "Dificultades matrimoniales del período intermedio", mientras que Estrada (2003) la mencionaría como "La adolescencia". Sin embargo, a lo que ambos autores se refieren es a un período de crisis en el que se ejerce una lucha por la dependencia-independencia de los hijos, quienes dejan de ser niños sin llegar a ser adultos. Por ende, las reglas deben ir cambiando de tal manera que se acomoden a la necesidad de independencia de los adolescentes. Lo que parece ser diferente aquí entre la familia R y la familia G es que ambas manejan de manera sumamente distinta esta etapa de transición. La primer familia permite un poco más de independencia y espacio a los hijos, aunque a la madre parece dificultársele más que a los otros miembros. A pesar de que la participación de los hijos es mayor en este momento -principalmente en el manejo del conflicto- los padres siguen conservando una mayor jerarquía que los hijos, siendo ellos quienes toman las decisiones finales en el momento en que no se puede llegar a un acuerdo. Por otro lado, en la familia G la dependencia e independencia es mucho más relativa. A pesar que se intenta darles mayores espacios de independencia, en otros momentos se les exige dependencia. Asimismo, al tratar de hacer frente a esta nueva etapa los padres toman la decisión de incluir a las hijas en el manejo de los conflictos, pero de una manera distinta a la otra familia, pues en este

intento los padres pierden su jerarquía y autoridad, cediéndola, tal vez sin querer, a las hijas, lo que provoca mucha confusión y sobre todo falta de claridad en el momento en que no se llega a un acuerdo. En estos casos, no se sabe quién tomará la decisión, por lo que algunas veces lo hacen las hijas y otras el padre y la madre de manera separada, tomando cada quien una opción distinta como manera de resolver el conflicto. Esto provoca muchas veces nuevos conflictos y que el conflicto inicial no sea manejado, ni resuelto de una manera satisfactoria.

Con respecto a las razones, motivos o causas del conflicto, la familia G parece ajustarse un poco más a la teoría poniéndose de manifiesto el factor económico, la educación de los hijos, la falta de acuerdo acerca de los fines, metas, reglas y roles en el hogar, la mala comunicación y el tiempo compartido en familia como las principales causas. Al igual que en la familia G, en la familia R el tiempo compartido con la familia y las reglas familiares suelen ser los principales factores, sin embargo, a diferencia de lo que sucede en la mayoría de las familias con el factor económico, para esta familia éste no representa un conflicto; si bien fue un problema que en determinado momento de la vida familiar debieron enfrentar y resolver, la economía familiar no llegó a ser motivo de conflicto.

Un factor que no vislumbramos en la teoría pero que se nos hace de suma importancia mencionar es la diferencia de los miembros de la familia con respecto al manejo del conflicto, en algún momento los autores mencionan como causas del conflicto las diferencias de personalidad, valores y creencias con respecto al problema, por lo que no se logra llegar a un acuerdo. Aquí, sin embargo, nos referimos no a las diferencias personales en cuanto al problema, sino a las diferencias en cuanto a cómo manejarlo y resolverlo. Estas diferencias con respecto a la forma o estilo de manejar y resolver el conflicto se convierte muchas veces en nuevos conflictos, o en un conflicto permanente sobre cómo manejarlos.

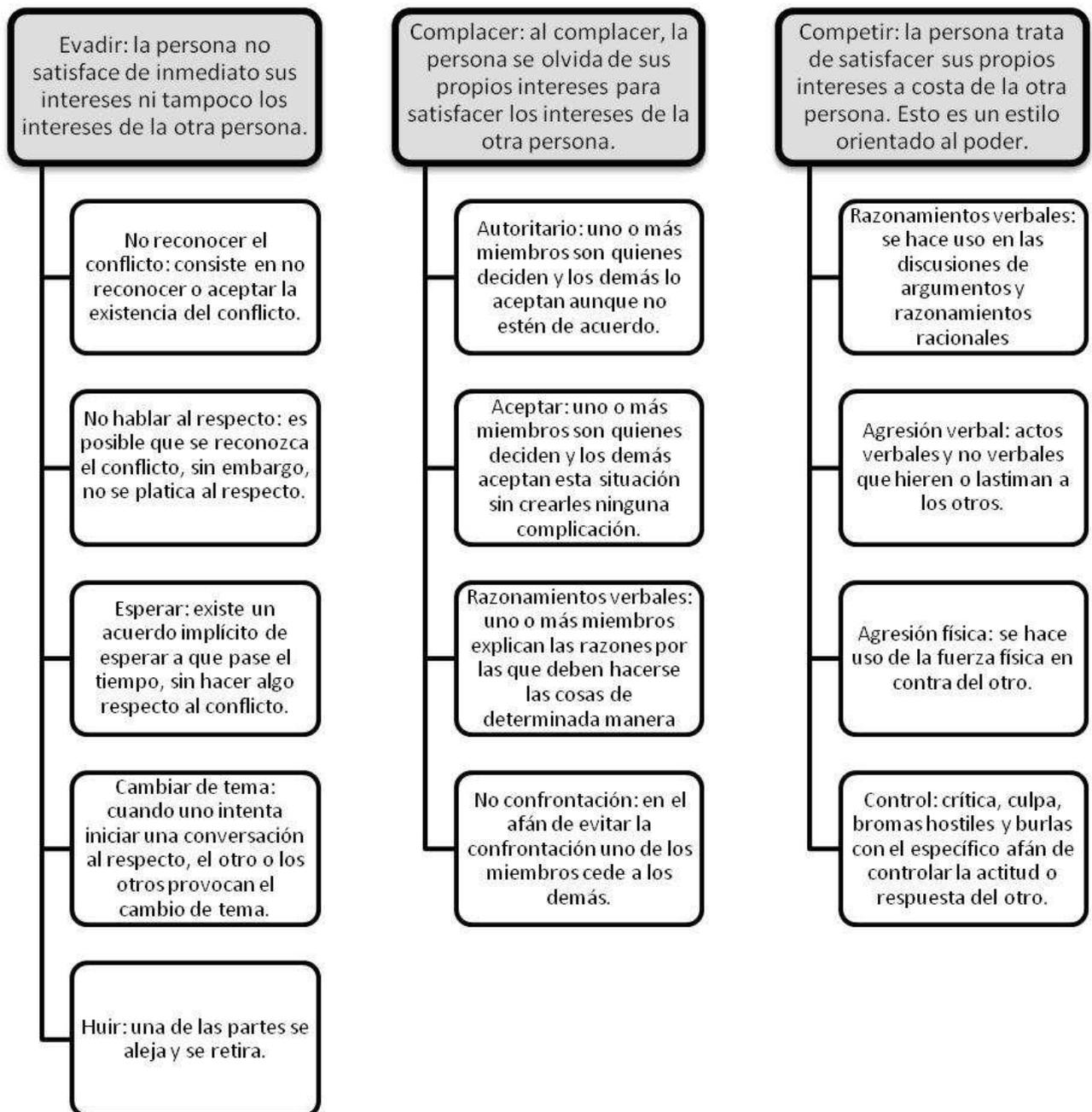
Discusión:

Revisando los estilos de manejo mencionados por los distintos autores, consideramos que algunos de ellos como Killman y Thomas (1975), Fitzpatrick (1988) y Lvinger y Pietromonaco (en Díaz-Loving y Sánchez, 2002) clasifican los estilos tomando en cuenta la satisfacción de los propios objetivos o de los objetivos del otro y los estilos surgen de una mezcla de la búsqueda de esta satisfacción. Por otro lado, se encuentran otros (Strauss, 1979) que clasifican los estilos tomando en cuenta principalmente las acciones específicas que llevan a cabo los implicados en el conflicto. Por lo mismo, ambas formas de clasificación nos resultan insuficientes para explicar el manejo de conflictos en la familia, puesto que en éstos participan muchas personas. Por este motivo, resulta necesario tomarse en cuenta los objetivos de cada uno de los implicados, a la vez que las acciones específicas que cada miembro realiza siendo diferentes en muchas ocasiones.

Pensamos que una buena forma de poder analizar y definir los estilos de manejo de conflictos de la familia podría ser la unión de estas dos formas utilizando la forma de clasificación de los primeros autores como estilos y haciendo uso de la forma de los segundos para diferenciar los sub-estilos de manejo de conflicto dependiendo de las

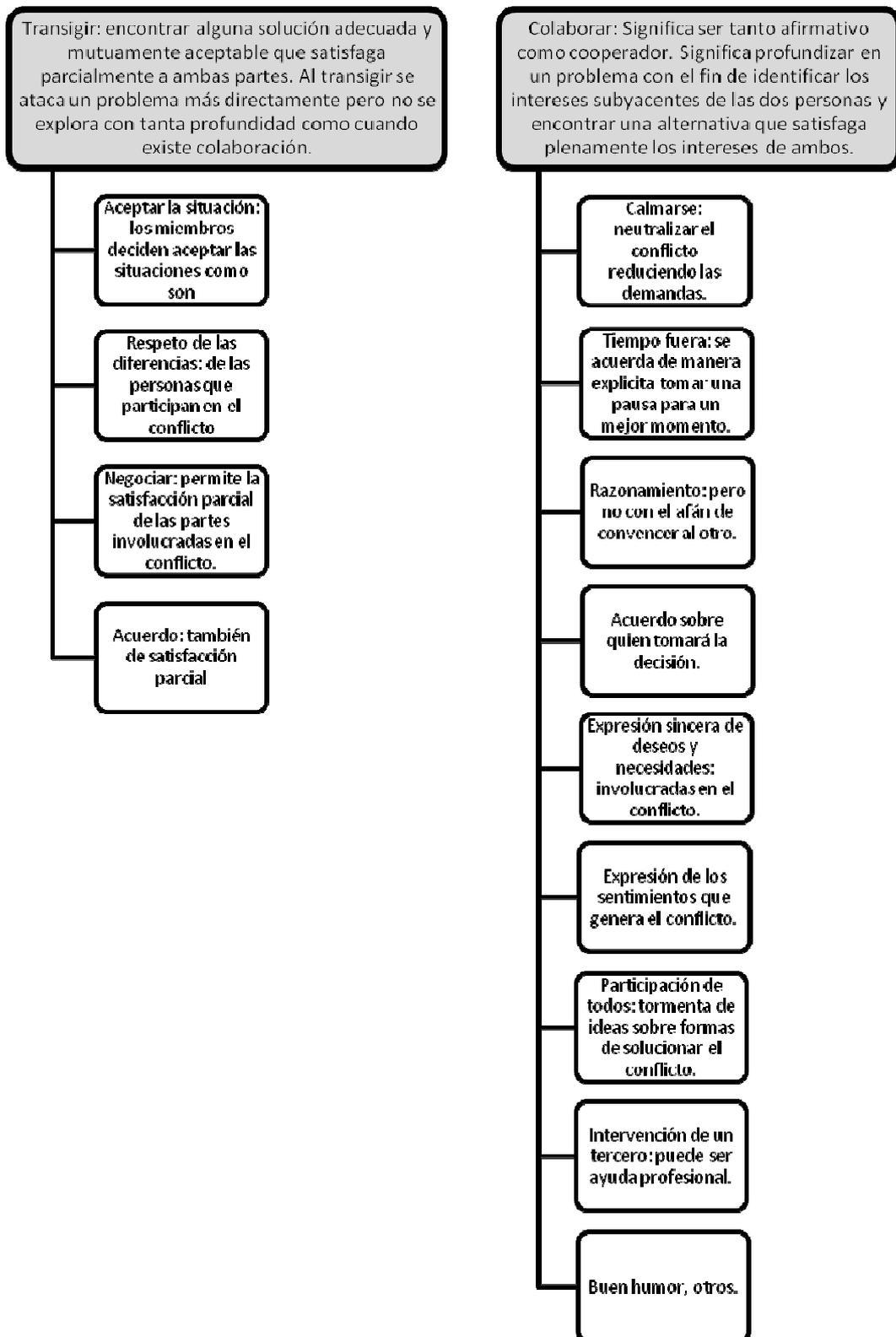
acciones concretas que se utilizan dentro de la familia. Nuestra propuesta estaría compuesta de la siguiente manera:

Esquema 2
Propuesta de Estilos y Sub-estilos de Manejo de Conflicto



Elaborada a partir de la información obtenida en la presente investigación

Continuación Propuesta de Estilos y Sub-estilos de Manejo de Conflicto



Elaborada a partir de la información obtenida en la presente investigación

Aunque estas categorías son sólo una propuesta inicial de la forma en que podrían estar subdivididos los estilos, consideramos que de esta manera sería más fácil identificar los estilos y acciones que utilizan cada uno de los miembros en el manejo de los conflictos, así como lograr la diferenciación de una evasión del conflicto por la ausencia de reconocimiento del mismo, por la búsqueda de posponerlo hasta un momento más adecuado o por simplemente retirarse de una situación amenazadora. Ya que son estilos y razones diferentes que ameritan en terapia acciones distintas.

Asimismo, sería importante conocer dentro de un estilo de manejo, los sub-estilos utilizados por la familia, ya que dentro de éste estilo que utiliza la familia, podrían explorarse en terapia otro tipo de acciones que les den mejor resultado. Nos queda claro además que las mismas familias utilizan diferentes estilos dependiendo de la situación, el momento, el problema y quienes están involucrados, por lo que asumimos que gran parte del reto terapéutico sería, como lo proponen las terapias enfocadas en los recursos, encontrar esos estilos que ya les están dando resultado y fortalecerlos.

Una de las cosas que más nos sorprende de lo que encontramos en la presente investigación es el uso del humor que hace una de las familias. Consideramos que a diferencia de la otra, esta es una acción que les permite afrontar de manera más positiva y eficaz los conflictos que se les presentan. Sin embargo, como toda buena investigación, más que darnos respuestas nos deja con nuevas preguntas que en un futuro nos gustaría poder contestar, por ejemplo: ¿cómo poder utilizar el humor en la terapia? ¿es ésta una verdadera forma de manejar el conflicto? o ¿es más bien una forma de evadirlo?

Bibliografía:

- Canary, D. y Messman, S. (2000). *Relationship Conflict: Close relationships*. USA: Sage Publication:
- Cahn, D. (1990). *Intimates in Conflict: A research view*. En D.Cahn (Ed) *Intimates in conflict: A communication perspective*. 1-22. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cahn, D. (1992). *Conflict in intimate Relationships*. New York: The Guilford Press.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- Christensen, A. y Heavey, L. (1990). Gender and Social Structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (1), 73-81.
- Christensen, A. y Shenk, J. (1991). Communication conflict and psychological distance in nondistressed, clinic and divorcing couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (3), 458-463.
- Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R. (1998). Emotional Intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychologist*. 75(4), 989-1015.

- Díaz-Loving, R y Sánchez, R. (2,002). *Psicología del Amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Angel Porrua.
- Fitzpatrick, M. (1988). *Between husband and wives: communication in marriage*. USA: Sage Publication.
- García, J. (2002). Los conflictos en la pareja. Recuperado el 10 de septiembre de 2005, de: <http://www.cop.es/coleriados/M-00451/Pareja.htm>
- Greff, A. y Bruyne T. (2,000). Conflict Management style and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 26, 321-334.
- Heavey, L., Layne, M. y Christensen, A. (1993). Gender and conflict structure in marital interaction: a replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 16-27.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Estadísticas de matrimonios y divorcios XI y XII y Censo general de población y vivienda*. Recuperado el 9 de septiembre de 2005, en www.inegi.gob.mx
- Kagan, N. (1978). *Affective sensitivity test: validity and reliability*. Notas del trabajo presentado en la 86a. reunion de la APA. San Francisco
- Killman, R. y Thomas, K. (1975). Interpersonal conflict handling behavior as reflections of Jungian personality dimensions. *Psychological Reports*, 37, 971-980.
- Klinetob, N. y Smith, D. (1996). Demand-withdraw communication in marital interaction: tests of interpousal contingency and gender role hypotheses. *Journal of marriage and family*. 58, 945-957.
- Levinger, G. y Pietromonaco, P. (1989). *Conflict Style Inventory* (Manuscrito inédito). Amherst: University of Massachussets.
- Rubin, J., Pruitt, D. y Kim, S. (1994). *Social conflict: escalation, stalemate and settlement*. New York: McGraw Hill
- Sánchez, R. y Díaz-Loving, R. (2001). Cuando tenemos diferencias ¿Me preocupo por mi pareja o por mí? *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 6, 83-98.
- Souza, M. (1996). *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México: Manual Moderno.
- Strauss, M. (1979). *Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales*. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-89.
- Sugiyama, M. Vargas, B. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Porrua.
- Tarres, M. (2001). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Porrua.

Taylor, S., Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Thibault, O. (1972). *La Pareja*. Madrid: Ediciones Guadamarra.

Thomas, E. (1976). *Marital Communication and decision making*. USA: The Free Press.

Turner, L. y West, R. (2002). *Perspectives on Family Communication*. USA: McGraw Hill.

Wallerstein, J. y Blakeslee, S. (1990). *Padres e hijos después del divorcio*. Buenos Aires, México: Javier Vergara

ANEXO 5

CARTA DESCRIPTIVA TALLER DE TERAPIA DE PAREJA SISTÉMICA PARA ESTUDIANTES

TIPO DE TRABAJO:	Taller
NOMBRE:	Terapia de Pareja Sistémica
DURACIÓN:	20 horas, 5 sesiones de 4 horas cada una
IMPARTIDO POR:	Licda. Regina López Silva
DIRIGIDO A:	Psicólogos, psiquiatras y personal que trabaja en el ámbito de la Salud Mental de parejas con conocimientos generales de terapia sistémica
TAMAÑO DEL GRUPO:	Entre 8 y 10 participantes
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer qué es la terapia de pareja y los principales problemas que atiende. • Comparar y contrastar los distintos enfoque terapéuticos de pareja. • Determinar los principales enfoques para el trabajo de parejas y sus objetivos específicos. • Conocer los enfoques sistémicos de terapia de pareja. • Conocer y practicar el enfoque de terapia conductual-sistémica para parejas de Bornstein y Bornstein. • Conocer y practicar el enfoque de terapia sistémica de parejas de Jones y Asen. • Conoce y practicar el enfoque de terapia de parejas centrado en soluciones de Friedman y Lipchik. • Reconocer las fortalezas y limitaciones de la terapia de pareja.

Sesión 1

HORARIO	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES
9:00 a 9:30	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la integración del grupo que participará en el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de presentación e integración del grupo, cada persona escogerá un animal que lo represente lo dibujará, pondrá su nombre y a través del animal y su dibujo deberá presentarse con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas en blanco • Crayones
9:30 a 10:00	¿Qué es la terapia de Pareja?	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar lo que los participantes entienden por terapia de pareja. • Definir lo qué es la terapia de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hará una lluvia de ideas sobre lo que es la terapia de pareja. • Se presentará y analizará una definición de terapia de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas 1-2
10:00 a 11:00	Principales problemas de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir las experiencias personales sobre las problemáticas de pareja. • Conocer los principales problemas por los que acuden las parejas a terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • En una hoja individual cada participante deberá hacer una lista sobre los principales problemas que tiene con su pareja actual o anterior y después compartirlo con los compañeros. • Se presentará una lista de las principales problemáticas por las que asisten las parejas a terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Plumas • Diapositiva 3
11:30 a 13:00	Enfoques de Terapia de Pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre los distintos enfoques terapéuticos de pareja que conocen los participantes • Presentar los enfoques principales de trabajo de parejas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá a los participantes que compartan en grupos sus conocimientos sobre enfoque de terapia de pareja, deberán escribir los enfoques que conocen y lo que trata cada uno. • Después lo compartirán con el resto del grupo y en el pizarrón se hará un listado que se comparará con la presentación. • Se hará una presentación de los principales enfoques de terapia de pareja y los objetivos que persiguen en la terapia hasta el cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Lapiceros • Diapositiva 4 • Diapositivas 5-8

Sesión 2

HORARIO	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES
9:00 a 9:45	Enfoques sistémicos de Terapia de Pareja	<ul style="list-style-type: none"> Listar los principales enfoques sistémicos de terapia de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará qué saben sobre la terapia sistémica y sus principios. Compartirán ideas. Se presentarán los principales enfoques sistémicos de terapia de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 9
		<ul style="list-style-type: none"> Revisar evaluación e intervención del enfoque sistémico de parejas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se presentarán áreas de evaluación e intervención de los enfoques sistémicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 9
9:45 a 10:30	Enfoque Conductual-Sistémico (ECS): Principios	<ul style="list-style-type: none"> Explicar y delimitar los principios que rigen el trabajo del enfoque conductual-sistémico. 	<ul style="list-style-type: none"> Se hará la presentación. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 10
		<ul style="list-style-type: none"> Explicar los principios que rigen los cambios en la relación dentro de este enfoque. 	<ul style="list-style-type: none"> Se presentarán las diapositivas relacionadas con el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 11. a 13
11:00 a 12:00	ECS: Primera Entrevista y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Delimitar los aspectos que se buscan en una primera entrevista del ECS 	<ul style="list-style-type: none"> Se expondrán los aspectos que considera importante este enfoque para una primera entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 14
		<ul style="list-style-type: none"> Exponer los principales puntos de evaluación de la pareja dentro del ECS. 	<ul style="list-style-type: none"> Se presentarán los principales puntos que evalúa este enfoque en la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 15
12:00 a 13:00	Práctica de Primera Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la práctica de una primera entrevista siguiendo lo aprendido en la exposición anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> Se hará el rol-playing de una pareja y un voluntario en compañía de la expositora realizará la entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> Sillas 3 participantes para el role-playing.
		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y retroalimentación de la práctica de la primera entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> Los voluntarios para role-playing y terapeuta harán sus comentarios sobre la actividad. Todos los observadores harán sus comentarios y sugerencias sobre la puesta en práctica de la primera entrevista. La expositora dará su retroalimentación. 	

Sesión 3

HORARIO	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES
9:00 a 9:30	Intervenciones 1 y 2 del ECS	<ul style="list-style-type: none"> Explicar la intervención de intercambios <u>reforzantes</u> del ECS 	<ul style="list-style-type: none"> Presentar y explicar la diapositiva de esta intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 16
		<ul style="list-style-type: none"> Explicar la intervención de <u>interacciones aversivas</u> del ECS 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar diapositiva de interacciones <u>aversivas</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositiva 17
9:30 a 10:30	Actividad de intervenciones 1 y 2 del ECS	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar intervenciones creativas para temas específicos de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> Se reunirán en grupo y deberán desarrollar 5 intervenciones de intercambios <u>reforzantes</u> y 5 de <u>aversivos</u> para un tema específico. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas Plumas
		<ul style="list-style-type: none"> Compartir las intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Escoger una intervención de cada una (<u>reforzante</u> y <u>aversiva</u>) y pasar a actuar como la expondrían a la pareja. 	
11:00 a 11:45	Intervención 3 del ECS	<ul style="list-style-type: none"> Explicar la técnica entrenamiento de habilidades de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> Exponer las diapositivas de las técnicas para desarrollar y mejorar la comunicación de las parejas. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositivas 18 y 19
		<ul style="list-style-type: none"> Entender la aplicación de la técnica a través de la lectura de un caso y su dramatización 	<ul style="list-style-type: none"> 3 participantes pasarán al centro y tras unos minutos de ensayo dramatizarán la técnica de entrenamiento de habilidades de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopias con el caso 3 participantes
11:45 a 12:30	Intervención 4 del ECS	<ul style="list-style-type: none"> Explicar la técnica de entrenamiento en solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Exponer las diapositivas correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositivas 20 y 21
		<ul style="list-style-type: none"> Aplicar en sí mismos la técnica de solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Se dividirán en parejas. Se les dará un problema de pareja y deberán resolverlo con los 9 pasos aprendidos. Compartirán con sus compañeros la experiencia, lo que les gustó, lo que no y si lograron resolver el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> Papelitos con los problemas de pareja
12:30 a 13:00	Mantenimiento y Prevención	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar el mantenimiento y prevención del ECS 	<ul style="list-style-type: none"> Presentar diapositivas de mantenimiento y prevención 	<ul style="list-style-type: none"> Diapositivas 22 y 23

Sesión 4

HORARIO	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES
9:00 a 10:30	Enfoque Sistémico: Desarrollo de las sesiones	Comprender cómo se desarrollan las primeras sesiones desde el Enfoque Sistémico (ES)	Exponer el desarrollo de las primeras sesiones desde el ES	Diapositivas 24 a 26
		Conocer cómo se continúa en el proceso de terapia del ES en las sesiones intermedias.	Explicar las sesiones intermedias desde el ES	Diapositivas 27 a 28
		Entender cómo se trabaja en las sesiones finales desde el ES	Plantear la forma de trabajo de las sesiones finales en el ES	Diapositiva 29
11:00 a 11:45	Enfoque Sistémico: Técnicas	Explicar cada una de las técnicas de intervención desde el ES	Presentar las diapositivas con una clara explicación de cada una de las técnicas de intervención del ES	Diapositivas 30 a 37
11:45 a 12:45	Práctica de las técnicas de el ES	Aplicar a través de un ejemplo cada una de las técnicas aprendidas.	Se repartirá a cada uno de los participantes 1 de las técnicas del ES y una breve reseña de un caso de pareja. Cada uno deberá planear y presentar una intervención según la técnica que le corresponde. La expositora retroalimentará las técnicas utilizadas por cada participante. Se compartirán comentarios y dudas sobre la actividad.	
12:45 a 13:00	Situaciones especiales en el trabajo con parejas desde el ES	Aprender qué se puede hacer en situaciones especiales con las parejas.	Presentar la diapositiva correspondiente a las situaciones especiales en el trabajo con parejas.	Diapositiva 38

Sesión 5

HORARIO	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES
9:00 a 9:30	Terapia de pareja centrada en soluciones: Principios	Conocer los principios que rigen el actuar de los terapeutas de terapia de pareja centrada en soluciones.	Presentar los principios de la terapia de pareja centrada en soluciones.	Diapositiva 39
9:30 a 10:00	Terapia de pareja centrada en soluciones: Procesos	Definir de manera general los distintos procesos que se llevan a cabo en la terapia centrada en soluciones para parejas.	Mostrar la diapositiva correspondiente a los procesos de la terapia de pareja centrada en soluciones. (TPCS)	Diapositiva 40
10:00 a 10:30	Intervenciones	Explicar las distintas intervenciones que se realizan en la TPCS	Exponer y ejemplificar las intervenciones que se realizan en la TPCS	Diapositiva 41
11:00 a 12:00	Debate sobre los distintos enfoques	Debatir sobre la utilidad de los distintos enfoques de terapia de pareja.	A cada persona se le designará un enfoque al que deberá defender, entre: conductual-sistémico, sistémico, centrado en soluciones, otros enfoques o ecléctico. Se les darán 10 minutos para que piensen sus argumentos. Se dará un debate entre todos para defender cada uno de los enfoques. Se sacarán conclusiones al respecto.	Sillas en forma de mesa redonda para poder debatir
12:00 a 13:00	Alcances y Limitaciones de la terapia	Establecer los alcances y limitaciones de la terapia de pareja en general.	Se presentarán las diapositivas de alcances y limitaciones Se pedirá a los participantes que den sus opiniones sobre los alcances y limitaciones de la terapia.	Diapositiva 42 y 43
		Definir las características del terapeuta que influyen en el éxito de la terapia.	Se concluirá comentando sobre las características del terapeuta y de la relación terapéutica más allá del enfoque	Diapositiva 44

Pero recuerda, NO ESTÁS SOLA. Muchas mujeres al igual que tú han sufrido estos tipos de violencia y a través de la ayuda psicológica y legal recibida han podido terminar con este tipo de abusos y maltratos.

La única que puede dar el primer paso ERES TÚ. Pero una vez que lo hayas dado nosotros te podemos ayudar a que el camino sea más fácil, encontrando la FUERZA INTERIOR que necesitas para cambiar tu presente y tu futuro.

Para ayuda o información:

Centro Comunitario: “DR. JULIÁN MAC GREGOR SÁNCHEZ Y NAVARRO”

Dirección: Calle Tecacalo, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortines de la Delegación Coyoacán

Teléfono: 5618 - 3861

**Centro de Servicios Psicológicos:
“DR. GUILLERMO DÁVILA”**

Dirección: Av. Universidad 3004 Col. Copilco, Delegación Coyoacán. (En el Sótano del Edificio D, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria)

Teléfono: 5622 - 2309

MUJER

Un ser que aún no acaba de ser

no la remota rosa angelical

que los poetas cantaron

no la maldita bruja

que los inquisidores quemaron

no la temida prostituta

no la madre bendita

no la maldita y burlada solterona

no la obligada a ser bella

no la obligada a ser mala

no la que vive porque la dejen vivir

no la que debe siempre

decir sí

Un ser que trata de saber quién es

y que empieza a existir.

ALAIDE FOPPA

**VIOLENCIA BASADA
EN GÉNERO**



**NO SÓLO LOS GOLPES
SON VIOLENCIA...**

Probablemente en muchas ocasiones te has sentido insatisfecha en tu relación y te preguntas ¿qué es lo que sucede?

Quizás hay muchos problemas y esto hace que haya gritos, insultos, descalificaciones o hasta golpes. Es quizás que tu relación se ha convertido en una relación cada vez más ¿violenta?

NO SÓLO LOS GOLPES SON VIOLENCIA

En muchas ocasiones las mujeres consideran no estar sufriendo de violencia en su hogar por el simple hecho de no estar recibiendo golpes. Pero la violencia no son sólo golpes incluye otras cosas que vamos a revisar.

Frecuentemente en las parejas la violencia es minimizada, justificada o vista como algo natural, eso es porque en sociedades como la nuestra la violencia es aceptada como algo “normal”, pero NO es así y la Violencia basada en Género es la clara explicación a este problema.

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Es el ejercicio abusivo del poder por parte de un género sobre otro y surge por las grandes desigualdades que existen entre hombres y mujeres. Se refiere a todo acto de violencia que tenga o pueda tener como

resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, tanto si se produce en la vida pública como en la privada (ONU, 1993)

A veces es difícil reconocer las diferentes formas en que la violencia puede aparecer, debido a que actos violentos ocurren todos los días, se hacen costumbre y se consideran como algo “natural” en la convivencia diaria de la familia.

Las diferencias entre **Sexo y Género**, permiten entender el por qué algunos hombres abusan e imponen su voluntad a las mujeres.

Sexo: Son las características y diferencias biológicas con las que nacemos y que son naturales, si eres mujer u hombre; y anatómicas: si tienes vagina o pene y testículos.

Género: La construcción del género tiene que ver con la vida de cada persona: su cultura, etnia a la que pertenece, clase social, edad, religión y la historia familiar. Se refiere a las cosas que tenemos que hacer y a las situaciones que tenemos que vivir de manera diferente las mujeres y los hombres. Se trata de la manera en cómo nos ven los demás y en cómo se espera que pensemos y actuemos dependiendo de si somos hombres o mujeres.

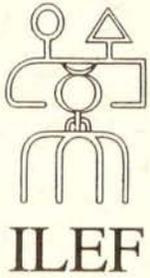
Esta distinción “negativa” y “desigual” que se ha hecho entre hombres y mujeres facilita que algunas mujeres acepten o justifiquen algunos de los siguientes tipos de violencia.

Física: se presenta cuando una persona que está en relación de poder con respecto a otra, le infringe daño no accidental, con la intención de lesionar y por medio del uso de la fuerza física. Ej: golpes, patadas, lesionar con algún objeto, etc.

Sexual: se obliga a otra persona a ejecutar actos sexuales en contra de su voluntad o que propicien su victimización. Ej: obligar a la mujer a tener relaciones aunque esta no quiera, hacer juegos sexuales desagradables para ella, una relación sexual como objeto, grosera o que lastime, lesiones infringidas a los órganos sexuales femeninos, etc.

Psicológica: acción u omisión que dañe la autoestima, personalidad, identidad y desarrollo personal. Ej: Insultos, descalificaciones (“eres una tonta”, “no sirves para nada” “estás fea”)

Económica o Patrimonial: medidas tomadas sobre el patrimonio, así como omisiones o retiro de apoyo económico para mantener el control y el poder. Ej: No dar dinero, controlar en qué se gasta el dinero, quitarle a la esposa el dinero que ella gana, etc.



Instituto
Latinoamericano
de Estudios
de la Familia, A.C.

Otorga la presente

Constancia

A REGINA E. LÓPEZ SILVA

Por su asistencia al Taller:

“NUEVAS REFLEXIONES ACERCA DE LA TERAPIA FAMILIAR”

Equivalente a 12 horas de entrenamiento.

El presente se otorga en México, D. F., a los 6 días del mes de mayo del año 2006.

Mtra. Maricela Gallardo Ortiz
Presidenta

Dr. Salvador Minuchin
Coordinador

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN:
“NUEVAS REFLEXIONES SOBRE LA TERAPIA FAMILIAR”
IMPARTIDA POR: DR. SALVADOR MINUCHIN

ANEXO 7



Asociación Guatemalteca de Psicología

Otorga el presente diploma
a:

Licda. Regina Elizabeth López Silva

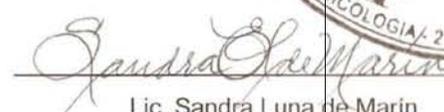
Por su aporte como ponente en el V Congreso Nacional de Psicología

“Desafío Frente al Desarrollo Integral:
una perspectiva psicológica”

Llevado a cabo el 25 al 28 de octubre del 2006 en
el Hotel Crowne Plaza.
Guatemala de la Asunción


Lic. César López
Presidente
Asociación Guatemalteca de Psicología




Lic. Sandra Luna de Marín
Presidenta
Comité Organizador



ARTÍCULO PUBLICADO SOBRE EL CASO PRESENTADO EN GUATEMALA

BUENA VIDA

Editor: Gustavo Adolfo Montenegro • Edición Gráfica: Mario Arévalo/Pablo Juárez • Tel.: 2230-5096/Fax: 2230-1379

Desafío tamaño familiar

POR LUCY CALDERÓN

Esteban* tiene 47 años, perdió su empleo como contador y en la actualidad labora en un campo que no es el suyo. Se siente presionado por la obligación de mantener económicamente su hogar, en donde además, le hace falta aprender a negociar y establecer límites.

Su esposa, Ángela* de 42 años, dejó de trabajar cuando a su hija Irene* de 12 le diagnosticaron epilepsia. Ahora ella vende productos por catálogo, pero indica estar sobrecargada con los quehaceres domésticos y tratando de solucionar los conflictos en casa.

Mariano* de 15 años, cursa el bachillerato, tiene buenas notas escolares y es atleta. Sin embargo, está cansado de las frecuentes peleas con su hermana, a quien tiene que cuidar, como si él fuera el padre.

Irene padece de fobia escolar y hace tres meses que no va a estudiar. Cuando sus parientes no hacen lo que ella desea, se abstiene de comer hasta por tres días y además de las constantes discusiones con Mariano, ha intentado suicidarse.

La versión oficial que maneja esta familia sobre su condición es: desacuerdos y problemas neurológicos en uno de los integrantes. Ellos justifican sus actitudes y comportamientos por lo que a la niña le ocurre.

No obstante, aunque el síntoma lo presenta Irene, todos interactúan de manera disfuncional y agravan la enfermedad de la menor.

El problema es de todos

Los psicólogos mexicanos Arturo Sirgo y Fania Delgado, acompañados por la guatemalteca Regina López, expusieron la historia citada, durante la conferencia *Terapia sistémica en familias con un enfermo*, en el marco del Quinto Congreso Nacional de Psicología.

Los profesionales explicaron que tal situación ocurre cuando se le otorga demasiada significancia a la persona que manifiesta los síntomas de una dinámica familiar alterada.

En este caso, Irene ocupa el 90% del espacio de interacción y tiene

más poder que sus padres. En su casa hay alianzas entre ella y su papá, su mamá y hermano, con el fin de sabotearse unos a otros; sus crisis terminan convirtiéndose en explosiones de todos, en lugar de que cada quien tenga su propio espacio y refuerce las cosas que sí funcionan. Esto es debido a que los adultos necesitan establecer límites, mejorar la comunicación entre ellos y hacer cumplir las reglas, añaden los conocedores en salud mental.

La familia manda

El psicólogo guatemalteco Sergio Argüello Reyes, enfatiza que las familias funcionan como

La Terapia Sistémica mejora la convivencia en el hogar

atendido casos de adolescentes que expresan: "en esta casa todos estaríamos bien si no fuera por vos papa, o vos mama". Pero si los padres tomaran las riendas y dijeran "qué hijos tan malcriados", a quienes considerarían culpables de romper la sana convivencia, sería a los jóvenes. No obstante, esta actitud también es un síntoma. Lo correcto sería que cada uno acepte su responsabilidad y trate de mejorar la situación.

Temor al cambio

Los padres creyendo tener amplio criterio acuden al terapeuta y dicen: "aquí se los traigo (refiriéndose a sus hijos y esposa)" y se van, porque no consideran ser parte del problema. Argüello indica que los varones son más reacios a comunicarse, a aceptar que tienen un conflicto y que necesitan la intervención y orientación de un tercero para conservar a su familia.

Por otra parte, cuando alguien empieza a cambiar de actitud, quienes le rodean tienden a experimentar temor. Todos tratarán de tener de nuevo el síntoma.

El deseo de forzar a que las cosas sigan igual, sucede porque de alguna manera la situación aunque incorrecta, los ha mantenido unidos. "Se requiere valentía para descubrir durante la terapia si luego de eliminar el síntoma podrán seguir juntos", enfatiza Argüello.

Sin embargo, López considera que si se toma en cuenta la posición que el paciente ocupa en su contexto hogareño, puede ayudarse a los parientes, a pesar de la resistencia que muestren.

"Los cambios se generan individualmente, pero al reinsertar al más afectado a su ambiente, los demás se verán influidos", opina Sirgo.

CONTINÚA EN LA PÁG. 52



Ilustración: DENNIS MEJIA

Su espacio se notará en la sección...



Mayoreo

Porque ahora tiene la opción de

ponerle color a sus anuncios

Para más Información llámenos a los teléfonos: 2230 1351 y 2230 1371.

CLASIFICADOS **Prensa Libre** (Efectivos corporativos)



CONVERSATORIO

"Área Protegida:

Monumento Natural y Cultural Volcán y Laguna Chicobul, el rol de la Asociación de Agricultores Ecológicos -ASAECO-"

Participan:
 Juan García Pérez, Presidente ASAECO, Jueves 9 de noviembre de 2006, 17:30 horas, Lugar: Salón Las Espinas, Hotel Coquisitán o Ramada (Vía 5 A-08, zona 4, Ciudad de Guatemala).
 Martín de León Juárez, Asociado ASAECO.
 Intra, María Victoria García Quiroz, Encomiada ASAECO.
 Sra. Yvonne Ramírez, Coordinadora Ejecutiva FUNACON.
 Moderador: Dr. Yari Giovanni Melini, Director General CALAS.
 Entrada libre. Parqueo con tarifa preferencial. Costo.

"Justicia para la Naturaleza" Con el apoyo financiero de:



Guatemala de la Asunción, noviembre de 2006

"Las áreas protegidas son el más alto patrimonio natural de la Nación"

VIENE DE LA PÁG. 51

¿Siempre es igual?

Delgado expresa que no en todos los casos hay necesariamente un enfermo estático, ni siempre se trata de un padecimiento físico. Hay ciertas similitudes, pero cada historia es particular.

Lo importante es vencer los prejuicios y buscar ayuda multidisciplinaria para mantener un ambiente de armonía.

En cuanto a los terapeutas "nos hace falta enfocarnos también a la prevención. Si nos acercáramos a la gente por ese lado de la salud mental, habría mayor confianza de consultarnos, sería algo tan normal como acudir al dentista", señala Delgado.

Mientras tanto, luego de varios años de terapia, la familia citada ha logrado avanzar. Las sesiones individuales a las que acudían madre e hija han fina-

PRESTE ATENCIÓN

- Las sociedades que promulgan el individualismo como lo máximo en la vida, ponen en riesgo la consistencia familiar.
- La unidad se fomenta trabajando y reforzando las actitudes y acciones positivas, para incrementarias.
- Durante las sesiones los terapeutas le hacen ver a sus pacientes que al mejorar su conducta es probable que encuentren resistencia de sus parientes, pero deben seguir adelante.
- Los profesionales mexicanos consultados trabajan en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México, UNAM.

lizado. Irene regresó a la escuela y ya no hace que sus padres la arropen y le lean un cuento antes de dormir, como si fuera una bebé.

Los adultos ya establecen límites y ahora sólo les queda descubrir si desean permanecer unidos, comentaron los terapeutas.

Como reza un dicho chapín: "En Guatemala todos tenemos nuestro loco o bolo, y en algunos casos

ambos", por eso hay que buscar ayuda profesional cuando exista un conflicto, ya que tarde o temprano se refleja en todos los integrantes de la familia, afirma Argüello.

SICÓLOGOS DE LA UNAM:
 FANIA DELGADO: ALOE-HXX@HOTMAIL.COM; REGINA LÓPEZ: REGISLS@YAHOO.COM; ARTURO SIRGO: ARSIRGO@HOTMAIL.COM; GUATEMALTECO SERGIO ARGÜELLO: 5563-8823.



Myrtillocactus chenzii llamado órgano extranjero.

Mammillaria eriacantha subespecie *velizii* J. Linares, conocida en Hushuelanango como huevas de coyote.

Descubrimiento natural

Especímenes de un nuevo cactus fueron encontrados y recolectados en 2003 por el ingeniero agrónomo Mario Veliz Pérez, y por eso llevan su nombre: *Mammillaria eriacantha* subespecie *velizii* J. Linares.

Las plantas poseen de 30 a 35 centímetros de porte, tubérculos arreglados en 8-13 espirales, con las espinas centrales y radiales diferentes a las ya descritas para Guatemala.

El descubrimiento tuvo lugar durante el estudio florístico del Monte Espinoso de Guatemala que ese año fue patrocinado por la Dirección General de Investigación (DIGI/Usac) y ejecutado por el equipo de investigación del Herbario BICU.

También en la

La segunda especie colectada en junio 2003: *Myrtillocactus chenzii* sólo se conocía en los estados de Puebla y Oaxaca, México. Está considerada como endémica y fue encontrada y colectada por Veliz junto con el biólogo Claudio Méndez, con apoyo del sector Julio Morales Morales integrante de la Corporación municipal de Guecho, Hushuelanango. Fue corroborada por el cactólogo Salvador Arias, del Instituto de Biología, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este descubrimiento se hizo durante la visita a los Bosques Sembrados de Guatemala, patrocinada por la Secretaría de Ciencia y Tecnología, Senacyt.