



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

**PADRE AUSENTE Y SU VINCULACIÓN
CON
LA DINÁMICA FAMILIAR**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
M A E S T R O E N P S I C O L O G Í A
P R E S E N T A:
DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE

DIRECTORA:
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA.

COMITÉ TUTORIAL:
MTRA. CARMENSUSANA GONZÁLEZ MONTOYA.
DRA. MARY BLANCA MOCTEZUMA YANO.
MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA.
MTRA. CAROLINA RODRIGUEZ GONZALEZ.

MÉXICO, D. F

FEBRERO DEL 2008

**A mis padres:
(David y Maria Antonieta)**

Quiero agradecerles lo que ahora soy....Gracias por darme la vida... por su amor, por las caricias, por las enseñanzas, por las sonrisas, por mis valores, por los regaños y por el aliento...Gracias por enseñarme a crecer, a través de la vida, curándome las heridas y consolándome en mis lamentos...Gracias por el ejemplo de la honradez, del entusiasmo y la calidez, por los regaños y desacuerdos, por las verdades y descontentos...Gracias por enseñarme a dar de intensa forma y nada esperar, por los consejos y las caídas, por enseñarme las valiosas lecciones que da la vida...Gracias por estar a mi lado en el momento justo y el más anhelado, cuando necesito sentir sus besos y sus abrazos y escuchar un te quiero y escuchar un te amo... Mi formación, mi ética y valores se los debo a ustedes así como mis éxitos y el hombre que ahora soy...Gracias. ¡Solo Dios sabe como los amo!...

**A mis hermanas:
(Elisa y Daniela)**

Gracias por la paciencia, la tolerancia, la comprensión y el apoyo ante mi agitado y acelerado ritmo de trabajo. Les pido una disculpa por los desvelos, caras y malos ratos que las hice pasar por la carga de trabajo y pendientes que me estresan demasiado. Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de ustedes, de verdad gracias y aunque no lo digo frecuentemente "las quiero a las dos".

Blanca Delia:

Gracias por enseñarme a ir tras mis sueños para cumplir mi leyenda personal, por alentarme en las caídas y ayudarme a ver lo bueno de lo malo, por estar cerca en los momentos difíciles y por mostrarme lo importante que es el contacto interior y el respeto por la vida y sobre todo por caminar conmigo en senderos paralelos aunque en ocasiones nos perdamos y nos alejemos para volver sobre este largo camino que llevamos juntos. No tengo palabras para decirte lo agradecido que estoy contigo, solamente te puedo decir "IBYD".

Familia Arias García:

Gracias por haberme abierto las puertas a su hogar, por confiar en mí y brindarme la calidez y apoyo que siempre los ha caracterizado a largo de estos cinco años. Mi más sincero agradecimiento, principalmente a la Sra. Agapita, Pedro y Gabriel quienes han estado conmigo a lo largo de este proceso.

5º Generación de la Residencia en Terapia Familiar (2006-2007):

A todos mis amigos que compartieron esta experiencia durante dos años, que fue uno de los ciclos más bonitos y productivos que he tenido a lo largo de mi vida. Nunca olvidare que con ustedes siempre había un abrazo, un beso, una palabra de aliento, o una mirada que decía más que mil palabras, un momento de contención. Esta familia supo reír en los buenos momentos, y también llorar en los malos ratos, pero sobre todo supo acompañar. Fue transmisora de conocimiento, de aprendizaje y de protección profesional al trabajar en equipo. A todos y cada uno de ustedes les quiero agradecer todo este tiempo: Ricardo (Gordito) gracias nuevamente por el apoyo y por ser mi oreja incondicionalmente, te agradezco nuevamente la dupla que nuevamente volvimos a hacer en este proceso, sabes que las palabras sobran y de verdad estoy muy agradecido contigo por estos siete años de amistad y de incondicionalidad, y como siempre estuviste ahí en las buenas y en las malas, gracias; Ana (Cuchurrimita) gracias por el tiempo y por el haber compartido tantas cosas conmigo, de verdad lo aprecio y lo valoró, gracias por hacerme pensar sobre mi propia práctica profesional, eres muy especial para mí; Rubí (Bombón) gracias por la contención que me brindaste en este tiempo y por tu carisma y simpatía; Jesús (Doctor) gracias por la visión mística que me diste de las cosas y por tu calidad humana, eres una gran persona; Liliana (Extranjera) gracias por la confianza y por mostrarme que uno puede ser capaz de lo que se proponga, eres muy valiente, te admiro por eso; Mónica (Manis) gracias por brindarme tu carisma, tu amistad y tu buena compañía, eres muy especial; Xochitl (Xoch) gracias por tu amistad y por tus comentarios y observaciones siempre tan acertados, que me permitieron crecer como persona y profesional, eres una gran persona y una profesional excelente. A todos los extraño y los quiero.

Dr. Arturo Silva:

Gracias por confiar en la sangre joven y creer en mi como profesional, así como por dejarme aprender de usted aspectos que no nos enseña en las aulas, y que son indispensables en un profesional. Le doy las gracias por el apoyo y la contención que me ha brindado a lo largo de este tiempo, lo admiró como profesional y como persona. Alguna vez me dijo "el ser jefe no lleva intrínsecamente al ejercicio del poder, la jerarquía y la imposición. El ser jefe se construye, implica negociar y trabajar duro para ganarse el respeto de la gente con la que uno trabaja" y usted se ha ganado mi respeto.

Dra. Susana Robles:

Gracias por brindarme la oportunidad de comenzar a crecer como estudiante, por abrirme espacios para mi desarrollo profesional y por permitirme aprender de usted e impulsarme siempre a estudiar un posgrado para seguir aprendiendo y estudiando.

Amigos del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de Iztacala:

Gracias por el apoyo y la comprensión en estos dos años, por cubrirme en algunas actividades laborales y brindarme la mano en los momentos difíciles, antes que compañeros de trabajos los considero mis amigos, a todos y cada uno de ustedes les agradezco infinitamente su amistad y confianza, así como las palabras de aliento y ánimo en los momentos difíciles. Ricardo, gracias nuevamente por el apoyo personal y laboral, sobre todo en la organización laboral, sabes que eres una de las personas que más aprecio, eres muy especial amigo; Esperanza, gracias por mantener la cordura cuando todos nos salimos de nuestras casillas y por esa gran calidad humana que tienes, por mantenerme al tanto de las cosas que suceden y siempre apoyarme en lo que este a tu alcance, te quiero mucho; Daniel, gracias por el apoyo en aspectos personales, laborales y tecnológicos, he aprendido mucho de ti y te considero un gran amigo, no se que hubiera pasado en el SUAED sin tu gran entusiasmo, te agradezco tu lealtad y nobleza; Cesar, gracias por esos momentos gratos y por tu gran espontaneidad, tu humor y carisma, te agradezco el romper la tensión en momentos de estrés y crisis, también te considero un gran amigo, no cambies; Gustavo, gracias por tus buenas intenciones y por el apoyo, a pesar de que eres muy terco te estimo. Los quiero a todos y seguiremos al pie del cañón en la batalla y seguiremos siendo necios:

Dicen que me arrastrarán por sobre rocas, cuando la Revolución se venga abajo, que machacarán mis manos y mi boca, que me arrancarán los ojos y el badajo. Será que la necedad parió conmigo, la necedad de lo que hoy resulta necio: la necedad de asumir al enemigo, la necedad de vivir sin tener precio.

Aquellas personas que son importantes en mi vida:

No terminaría jamás de mencionar a las personas que me acompañaron en este proceso y a las cuales quiero mucho y son importantes. Abraham López, un gran amigo, como un hermano desde hace 10 años, gracias por tu amistad y por estar ahí cuando lo requiero; Enrique Nava, gracias por esos momentos divertidos y graciosos y por las palabras de aliento; Ventura Vera gracias por compartir el espacio de trabajo y algunos proyectos, Paloma Ortiz y Araceli Meza, amigas muy especiales de tardes y noches eternas de trabajo, gracias por su amistad, el apoyo, el aliento en este proceso y por compartir sus vidas, Liliana Segura, gracias por tu amistad incondicional y por el apoyo en estos años, Beatriz Frías, Martha Rodríguez y Rodolfo Barroso, grandes amigos durante mi formación y en el trabajo; Gerardo Chaparro el cual me cambio la vida con una visión sencilla de la vida, a Sergio López por la gran influencia que ha tenido en mi al pensar como persona y como profesionista; a la pelusa y a José Julio, así como a Cachichurris y Mayson que me acompañaron a lo largo de mis largas lecturas, desveladas y elaboración de trabajos.

Maestras de la Residencia en Terapia Familiar:

Gracias Dra. Xochitl Galicia Moneda por el apoyo y por la revisión de este trabajo que es el cierre de mi formación profesional como terapeuta familiar, por los comentarios y puntos de vista para mejorar y por su calidad humana. A la Mtra. Susana González por su sencillez y gran humor, por la contención que me proporcionó en mi formación y con mi primer usuario. A la Mtra. Carolina Rodríguez por su gran apoyo, por compartir sus conocimientos y sobre todo por compartir su gran corazón y brindarme su gran calidad humana. Mtra. Laura Edna Aragón por su gran humor y por apoyarme y compartir sus conocimientos, así como su amistad. A la Dra. Rosario Espinosa y a la Mtra. Ofelia Desatnik por compartir sus experiencias, conocimientos y por haberme acompañado en este proceso. A tod@s mis maestr@s que e una u otra forma contribuyeron para que este logro se viera culminado.

INDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.....	6
1.1 Características del campo psicosocial.	6
1.1.1 Educación.....	6
1.1.2 Pobreza.....	7
1.1.3 Salud.	8
1.2 Principales problemáticas que presentan las familias.....	10
1.3 La terapia familiar sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas familiares.	13
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.	18
2.1 Descripción de los escenarios.	19
2.2 Análisis sistémico de los escenarios	23
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios	25
MARCO TEÓRICO.....	28
3. Análisis del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.	29
3.1. Análisis teórico conceptual de de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	33
3.1.1 Teoría General de los Sistemas.....	33
3.1.2 Cibernética.	37
3.1.3 Cibernética de primer orden.....	38
3.1.4 Cibernética de segundo orden.	39
3.1.5 Nueva Teoría de la Comunicación Humana.....	40
3.1.6 Constructivismo.	45
3.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	47
3.2.1 Modelo Estructural.....	48
3.2.2 Modelo Estratégico de Jay Haley.....	52
3.2.3 Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.....	55
3.2.4 Terapia Breve Centrada en Soluciones.	61
3.2.5 Modelo de Terapia de los Asociados de Milán.	66
3.3 Abordajes Terapéuticos Posmodernos.	70
3.4 La Terapia Narrativa.	77
3.5 Contexto del Grupo Reflexivo y el Enfoque Colaborativo.	84

3.6 El Grupo Reflexivo.	84
3.7 Enfoque Colaborativo.	87
3.8 Cuadro comparativo de los modelos sistémicos de Terapia Familiar.....	92
3.8 Cuadro comparativo de los abordajes posmodernos.	97
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	99
4. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.	100
4.1 Habilidades clínicas terapéuticas	100
4.1.1 Habilidades Teórico Conceptuales.....	100
4.1.2 Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento	100
4.1.3 Habilidades de Investigación y Enseñanza	101
4.1.4 Habilidades de Prevención.....	102
4.1.5 Ética y Compromiso Social.....	102
4.2 Trabajo clínico con familias	104
4.3 La ausencia paterna y su vinculación con la dinámica familiar.	108
4.3.1 La figura del padre y su ausencia: consecuencias e implicaciones en la familia.....	109
4.3.2 Semiótica del “Padre”.	110
4.3.3 Construcción social de la paternidad.....	116
4.3.4 La influencia del padre en la familia.	119
4.3.5 Ausencia física paterna: una crisis actual.....	122
4.3.6 Consecuencias de la falta del padre en la familia.....	123
4.3.7 Características de las familias con un padre ausente físicamente.	125
4.3.8 Padre ausente por divorcio o separación	125
4.3.9. Padre ausente por muerte.	127
4.3.10. Padre ausente por migración	128
4.3.11 Directrices en la terapia con familias que presentan un padre ausente físicamente.	129
4.3.12 Cambios y retos del padre en la actualidad.	134
4.4 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.....	138
4.5 Caso A.....	138
4.5.1 Genograma caso A.....	138
4.5.2 Motivo de consulta.....	139
4.5.3 Antecedentes caso A.	139
4.5.4 Hipótesis caso A.	140
4.5.5 Objetivos generales de intervención del caso A.....	141
4.5.6 Modelos de trabajo del caso A.....	141
4.5.7 Desarrollo general del caso A.	141
4.5.8 Desarrollo cronológico y estrategias de intervención del caso A.....	141
4.5.9 Pronóstico del caso A.....	154
4.6 Caso B.....	154
4.6.1 Genograma caso B.	155
4.6.2 Motivo de consulta.....	155
4.6.3 Antecedentes caso B.	155
4.6.4 Hipótesis caso B.....	157
4.6.5 Objetivos generales de intervención del caso B.....	157
4.6.6 Modelos de trabajo del caso B.	158

4.6.7 Desarrollo general del caso B.	158
4.6.8 Desarrollo cronológico y estrategias de intervención del caso B.	158
4.6.9 Pronóstico del caso B.	172
4.7 Caso C.	173
4.7.1 Genograma caso C.	173
4.7.2 Motivo de consulta.	173
4.7.3 Antecedentes caso C.	174
4.7.4 Hipótesis caso C.	175
4.7.5 Objetivos generales de intervención del caso C.	175
4.7.6 Modelos de trabajo del caso C.	175
4.7.7 Desarrollo general del caso C.	176
4.7.8 Desarrollo cronológico y estrategias de intervención del caso C.	176
4.7.9 Pronóstico del caso C.	178
4.8 Análisis teórico-práctico del abordaje terapéutico de familias con un padre ausente.	184
4.8.1 Análisis teórico – práctico de los casos A, B y C: familias con padres ausentes.	184
4.9 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas.	195
4.10 Habilidades de investigación.	198
4.10.1 Investigación Cuantitativa: Influencia de los estilos y estrategias del poder en el funcionamiento familiar.	199
4.10.2 Investigación Cualitativa: Significados de la relación de poder en la pareja: un estudio de caso.	208
4.11 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento.	216
4.12 Productos tecnológicos.	217
4.13 Programas de intervención comunitaria.	222
4.13.1 Conferencia: Salud Sexual y Prevención del VIH/ SIDA en Adolescentes.	223
4.13.2 Taller: Comunicación no Violenta.	224
4.13.3 Conferencia: La familia.	225
4.13.4 Conferencia: Relaciones de poder y funcionamiento familiar.	226
4.14 Difusión en foros académicos nacionales e internacionales.	226
4.14.1 Análisis de otras conductas de riesgo en estudiantes que tienen una pareja regular y una ocasional.	226
4.14.2 Influencia de los estilos y estrategias de poder en el funcionamiento familiar.	227
4.14.3 ¿Cuáles son algunos motivos para usar condón en jóvenes universitarios?	228
4.14.4 Patrón de comportamiento sexual y su relación con diversas prácticas sexuales en hombres y mujeres universitarios.	229
4.14.5 Motivos para usar protección sexual en jóvenes universitarios.	230
4.14.6 Significados de la relación de poder en la pareja: un estudio de caso.	231
4.14.7 Importancia del funcionamiento familiar en terapeutas en formación.	231
4.15 Aplicación de cursos y talleres de formación a estudiantes.	232
4.15.1 Videoconferencia: Metodología en el estudio de los procesos socioculturales.	232
4.15.2 Clases de Diplomado: Terapia familiar con un enfoque estructural.	233
4.15.3 Clases de Diplomado: Terapia familiar con un enfoque estratégico.	233
4.15.4 Clases de Diplomado: Terapia familiar con un enfoque en soluciones.	234
4.15.5 Conferencia: La entrevista como intervención en terapia familiar Sistémica.	234
4.15.6 Curso-Taller: Terapia familiar: Introducción al modelo estructural.	235
4.15.7 Curso-Taller: La entrevista en terapia familiar sistémica.	236

4.16 Publicación de artículos en foros internacionales.	236
4.17 Asistencia a talleres, cursos y congresos.	237
4.17.1 Taller Pre-Congreso: Amor, sexo y violencia.	237
4.17.2 Curso: Terapia de pareja. Dilemas e innovaciones.	238
4.17.3 Taller: Creando conversaciones externalizantes en narrativa.	239
4.17.4 Seminario: Nuevas reflexiones acerca de la terapia familiar.	240
4.17.5 Seminario: El Lenguaje Sistémico y Anorexia y Bulimia.	241
4.17.6 Conferencia: Metodología cualitativa y cuantitativa para proyectos de investigación.	241
4.17.7 Conferencia: Vejez.	243
4.17.8 Conferencia: La violencia intrafamiliar en el Estado de Baja California.	244
4.17.9 Conferencia: Actualidades en el modelo de Milán.	245
4.17.10 Primer encuentro regional de terapia familiar.	247
4.17.11 VIII Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.	248
4.17.12 IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología.	248
4.17.13 I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología.	249
4.17.14 Delegado del IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología.	249
4.18 Habilidades de compromiso y ética profesional.	250
4.18.1 Código ético del psicólogo y la terapia.	250
4.18.2 Principios generales del código ético del psicólogo.	251
4.18.3 Normas de conducta del código ético del psicólogo.	251
CONSIDERACIONES FINALES	261
5. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	262
5.1 Incidencia en el campo psicosocial.	267
5.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total.	269
5.3 Reflexión y análisis de la experiencia.	272
5.4 Implicaciones en la persona del terapeuta.	274
6. Referencias	276

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

PARTE I

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.

1.1 Características del campo psicosocial.

México es un país que tiene 1 964 375 kilómetros cuadrados de superficie, en donde habitan más 97 483 412 habitantes (INEGI, 2006). Como todos los países en el mundo México enfrenta serios problemas, entre los cuales principalmente se encuentran según el Programa de Educación, Salud y Alimentación [PROGRESA] (2000) y Moctezuma y Desatnik (2001): a) la educación, b) la pobreza, y, c) la salud.

1.1.1 Educación.

Pese a los importantes avances logrados en la educación, se mantienen graves deficiencias, la calidad es el problema más fuerte y el que más críticas recibe por parte de la sociedad, existe insatisfacción social por la notoria falta de calidad en los planteles; se producen millones de textos, sin embargo existen opiniones que denotan que los contenidos educativos son obsoletos e irrelevantes para la sociedad actual y futura. Se postula que la educación es el instrumento para preparar los recursos humanos que el país demanda (Aguilar, 2006).

A pesar de que la educación es un derecho de toda la población, el rezago educativo alcanza los 35 millones de adultos: 6.2 millones de personas de 15 años y más, que no saben leer y escribir, 11.8 que no han terminado la primaria y 17.3 con secundaria incompleta, es decir, el 71% de la población mayor de 15 años; el índice de analfabetismo actual es aproximadamente del 10%. Otro de los riesgos de los problemas de educación es que sin educación la población disminuirá su capacidad de acción; el análisis de la realidad y su ubicación personal, dificultando el enriquecimiento de su cultura. Además, si se enfrenta y se resuelve el problema educativo en México, esto tendría consecuencias en la población ya que propiciaría la consecución o ampliación de otros derechos y bienes sociales como son la salud, el empleo, la participación social y política, y el esparcimiento, entre otros (Campero, 2006). Finalmente, la carencia de educación adecuada es señalada como factor determinante en la continuidad e incremento de la pobreza en países de América Latina (Londoño, 1996, citado en Aguilar, 2006).

Por otro lado, el analfabetismo continua siendo otro problema serio en el país, Poy (2004) marca que este fenómeno afecta a seis millones de personas mayores de 15 años, el total de analfabetismo en el país es de del 10.46 % (INEGI, 2000). Este serio problema se aúna a la reprobación y deserción escolar. Covo (1988) considera que estos dos últimos problemas pueden ser en principio concebidos como tres facetas de un mismo fenómeno que suele manifestarse en la escuela y que obedece a una compleja dinámica en la que se entrelazan factores de orden individual, familiar, social e institucional, factores referidos en todo caso al desempeño escolar de los alumnos y al desempeño de la institución

en que están inscritos, y que la discusión acerca de estos factores parece requerir centrarse en torno al fenómeno de la deserción, puesto que la información y los análisis con los que se cuenta tienden a indicar que el rezago es una de sus causas y la eficiencia terminal su consecuencia institucional, elementos que requieren, por su naturaleza, un análisis integral e integrado que parta de la comprensión de la multiplicidad de causas que los originan.

Las personas analfabetas o que desertaron o incluso no tuvieron la oportunidad de ir a la escuela se enfrentan no solamente con esto, sino también con la discriminación laboral, en donde a pesar de que todas las personas deben tener las mismas oportunidades para acceder al mercado de trabajo, y no se debería ser objeto de discriminación por razón de sexo, raza, edad o creencias religiosas, la realidad que nos atañe es la contraria. Un buen ejemplo por la edad son según Kastenbaum (1980) los ancianos¹, o del sexo son las mujeres en el campo laboral (Juárez y Moreno, 1995).

1.1.2 Pobreza.

La pobreza extrema es un serio problema, ya que se transmite de una generación a otra (PROGRESA, 2000) y en México pocos son los datos estructurados alrededor de esta realidad que permitan conocer su dimensión, impacto y conformación (SEMARNAT, 2000). Palacios (1997) marca que la pobreza y sus diferentes manifestaciones se han convertido en un fenómeno persistente que se ha agudizado considerablemente a partir de los últimos años y erradicarla ha representado un verdadero reto para muchos gobiernos.

La pobreza puede ser concebida como la privación de los medios materiales para satisfacer en medida mínimamente aceptable las necesidades humanas, incluidos los alimentos, incluye la necesidad de servicios básicos de salud y educación y otros servicios esenciales que la comunidad tiene que prestar para impedir que la gente caiga en la pobreza. También reconoce la necesidad de empleo y participación, así como la relación con la carencia de una vivienda adecuada, con la mala salud, con una educación escasa o nula, niveles altos de mortalidad infantil, baja esperanza de vida al nacer, desnutrición, ausencia de igualdad de oportunidades, falta de mejores expectativas de vida y de desarrollo personal, así como la negación constante de los derechos, es decir presenta un carácter multidimensional y diverso como para reducirlo a una dimensión única.

Todo lo anterior, se vincula entre muchas otras cosas a un mayor riesgo de contraer enfermedades, sufrir lesiones, tener menos acceso a los servicios de atención médica. Los riesgos en materia de salud están fuertemente vinculados a la disponibilidad de alimentos en las que influyen prácticamente todos los riesgos a que están expuestos los pobres. La incidencia de muchas enfermedades sobre todo de las transmisibles es mayor en el caso de los pobres y su acceso a la salud

¹ La sociedad considera la edad cronológica como importante, esto adquiere sentido si se considera que vivimos en una sociedad donde el tiempo y las cifras son de gran valor.

suele ser menor (Palacios, 1997); y finalmente el 60% de la población continua en la miseria (Robles, 2000, citado en Moctezuma y Desatnik, 2001).

1.1.3 Salud.

Las personas pobres presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población junto con los ancianos, ya que se puede ubicar un aumento en las personas de mayor edad en la estructura poblacional, quienes experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención médica compleja. La acelerada y desordenada urbanización durante las últimas tres décadas ha generado nuevos riesgos a la salud (Programa Nacional de Salud, 2001-2006). La responsabilidad de proteger la vejez, por lo tanto, seguirá recayendo en la familia, y sobre todo en las mujeres².

La población actualmente vive en una sociedad donde la mujer participa cada vez más activamente en el mercado de trabajo y dispone de menos tiempo para atender a sus hijos (Juárez y Moreno, 1995; González, 2002), Magally (2002) marca que el 21 % de la población femenina en el mundo sufre diariamente algún tipo de tensión emocional, y en general, la situación empeora para quienes son madres con hijos e hijas pequeños, y que deben cumplir una jornada compleja de trabajo. Esto lleva según el Programa Nacional de Salud (2001-2006) a contar con un mayor apoyo por parte de las instituciones de salud y bienestar social (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas la desnutrición (o mala nutrición)³ y los problemas materno-infantiles se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no transmisibles y las lesiones, problemas que, con diferente magnitud, predominan en todos los países desarrollados social (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

Con respecto a las lesiones, no se dispone de información precisa sobre incidencia, pero se calcula que al año se producen 125, 000 discapacidades como resultado de fracturas graves⁴, y otra forma de discapacidad ocurre con las malformaciones congénitas (ocurren 67,000 anualmente), y se generan 43, 000 secuelas de enfermedades vasculares-cerebrales.

La salud sexual es otro tema que es prioritario para el país según el Plan Nacional de Salud (Nuñez, Hernández, García, González y Walker, 2003), sobre

² Como lo marca Matamoros y Soria (2003), “una mujer puede cumplir muchos papeles dentro de su vida social e individual y ello repercute en su diario proceder...”.

³ La mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en nuestra población adolescente, un ejemplo es el marcado por Hernández, Cuevas-Nasu, Shamah-Levy, Monterrubio, Ramírez-Silva, et al (2003) quienes marcan que el 27% de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad.

⁴ Por ejemplo, 20, 000 secuelas de trauma cráneo-encefálico (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

todo en los adolescentes por ser un grupo de alto riesgo (Robles, 2005), ya que actualmente están incrementado los embarazos no deseados (Enríquez y Sánchez, 2004; Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 1997; Ríos, 1997) que presentan un riesgo para la madre como para el hijo (López, 1998; Cruz, 2001, Bailón, Coutado, González, Fuentes y López, 2001). Los abortos son otro grave problema de salud, por su magnitud y su impacto en los grupos vulnerables (adolescentes y grupos marginados) y éstos tienen una relación con los embarazos no deseados (Enríquez y Sánchez, 2004, Enríquez, Sánchez y Robles, 2005), ya que al no tener las condiciones necesarias para mantener al infante, muchas veces se opta por esta decisión⁵, lo que lleva a un riesgo para la salud ya que los abortos en México se realizan de forma clandestina y muchas veces se practican con técnicas peligrosas, en malas condiciones de higiene y por personas no profesionales, por lo que en ocasiones puede causar la muerte (Astudillo, 2000). Otro problema grave de salud sexual son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ya que su incidencia es muy alta y puede traer graves consecuencias como: esterilidad, ceguera, desórdenes mentales, defectos físicos de nacimiento, aumento en las probabilidades de desarrollar cáncer, enfermedades cardíacas, y en casos extremos la muerte (Enríquez y Sánchez, 2004).

Actualmente muchas de las ITS pueden ser curables, pero el VIH/SIDA no tiene cura y causa la muerte. (Enríquez, Sánchez y Robles, 2004). Desde el inicio de la epidemia hasta el año 2003, en México se han registrado de manera acumulada 71, 526 casos de SIDA. Se estima que existen entre 116-117 mil personas infectadas por el VIH entre los 15-44 años de edad⁶. El 84% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres (CENSIDA, 2003).

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

Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia a la mujer y violencia intrafamiliar, solo por mencionar alguno de los más importantes (Moctezuma y Desatnik, 2001).

⁵ De cada 1, 000 jóvenes mexicanas entre los 15 y 19 años, 126 han tenido un hijo y casi el 10% han sufrido un aborto (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 1997).

⁶ Aunque se deben de considerar una cifra mayor, esto gracias al retraso en la notificación de casos (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

Por ejemplo, 10 % de los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3 a 1. De este total, 61.4 % reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años. El consumo de drogas ilegales también es relativamente común. Se calcula que alrededor del 4 % de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga en su vida. La droga más consumida es la marihuana, y le siguen en orden de importancia los inhalables y la cocaína (INEGI, 2004). Las adicciones (incluso de las drogas sociales como el alcohol) favorecen la escalada de violencia y delincuencia; desarticula la cohesión social y destruye los lazos familiares. Un indicador de su efecto devastador en la sociedad es su emergencia como un problema de salud pública que no respeta edad, sexo, nivel de ingreso, procedencia geográfica, nivel educativo ni condición social (Gómez, 1999). Las consecuencias del consumo de drogas son más muertes, enfermedades y discapacidades por enfermedades, accidentes de tráfico, agresiones entre personas, solo por mencionar algunas (Becoña y Vázquez, 2001).

1.2 Principales problemáticas que presentan las familias.

Por si fuera poco, la inseguridad y delincuencia aumentan diariamente en el país. El reflejo de esta situación puede ser observado por ejemplo en las violaciones. Según Ruiz (2002), la Procuraduría General de la Justicia del Distrito Federal (PGJDF) recibe poco más de tres denuncias diarias por violación, cifra que ha tenido sólo ligeras variaciones desde hace una década. Según el análisis más reciente de la PGJDF, el año 2002 recibió 3.63 quejas diarias por violación, y las cuatro agencias especializadas en delitos sexuales en el Distrito Federal, atienden a cinco víctimas de abuso sexual todos los días, la Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas (Adivac), organización no gubernamental, atiende hasta a 500 personas cada semana.

El significativo aumento en los índices de criminalidad en todo el país ha provocado una creciente polémica sobre el verdadero nivel del problema de inseguridad pública en México. La inseguridad ha alcanzado a la mayoría de los ciudadanos sin importar su nivel de ingreso, causando una profunda consternación en la sociedad. Ha habido un incremento de 142 % en el número total de presuntos delincuentes en el país durante las últimas dos décadas y se presentan un gran problema porque las personas no denuncian los delitos⁷. El Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, A. C. (ICESI), llevó a cabo la primera encuesta nacional sobre inseguridad pública en las entidades federativas 2001⁸. Los resultados muestran que del 14% de los hogares del país al menos una persona sufrió algún tipo de delito y una quinta parte de ellos (2.8 por ciento) ha padecido más de un delito. Por tipo de delito, en el 2001 el 92 por ciento fueron

⁷ Otro grave problema es la excesiva burocracia de las instituciones, la cual impone barreras que obstaculizan la declaración y da por resultado que no se persigan delincuentes por la falta de registros de un gran número de crímenes.

⁸ La muestra fue de 35,001 hogares en toda la república.

robos, destacando entre los más importantes el robo a transeúntes, de vehículos, casa habitación y comercio.

Los secuestros son una realidad, y en los últimos años ha ido en incremento, solo basta observar que el flagelo del secuestro cobró en México unas 1,000 víctimas en 2003, si se consideran los 422 plagios denunciados, y otros 600 que no se reportan a las autoridades, entre los que se incluyen los secuestros express de la ciudad de México, realizados tan sólo por unas horas⁹.

Los homicidios están relacionados en parte con la delincuencia e inseguridad que el país vive, aspecto grave si se considera la pérdida de vidas humanas cobradas por otros similares, sin embargo, los suicidios también termina con vidas por propia mano. Según (Híjar, Rascón, Blanco, y López, 1996) es necesario puntualizar que el estudio basado en los datos sobre suicidios, da cuenta sólo de una parte de un problema que abarca desde los suicidios subregistrados hasta el parasuicidio, la ideación suicida y los equivalentes suicidas. Las cifras son alarmantes si se considera lo expuesto por Puentes, López, y Martínez (2004), quienes marcan que durante el año 2001 se registraron 3 784 suicidios (3 110 de ellos en hombres y 674 en mujeres), lo que representa una tasa de 3,72 muertes por suicidios por cada 100 000 habitantes, en una población total nacional de 101,8 millones de habitantes¹⁰. El suicidio es un problema creciente cuyo control exige acciones inmediatas. El incremento acelerado de este fenómeno, particularmente en hombres y mujeres jóvenes, debe ser una llamada de atención para implementar a la brevedad medidas tendientes a disminuir su magnitud.

Muchos de los delitos cometidos son con mujeres. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994) reconoce la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos. La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos en donde se ponen de manifiesto relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, convirtiéndose en uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

Según Annan (2006), la violencia contra la mujer adopta formas diversas, incluidos la violencia en el hogar; las violaciones; la trata de mujeres y niñas; la prostitución forzada; la violencia en situaciones de conflicto armado, como los

⁹ Ver Revista Siglo XXI. (2004 Junio 9-15) [No. 159], recuperado el 17 de Marzo del 2006 de <http://www.siglo21.com/nws/0/fronts/edants/e159/internacional/index.htm>

¹⁰ El mayor incremento por grupo de edad se observó en las mujeres de 11–19 años (de 0,8 en 1990 a 2,27 por 100 000 personas en 2001). En los hombres, el aumento más pronunciado se observó en el grupo de 11–19 años (de 2,6 en 1990 a 4,5 por 100 000 personas en 2001). La tasa más alta (13,62 por 100 000 personas) se observó en los hombres de más de 65 años.

asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y el embarazo forzado; los asesinatos por razones de honor; la violencia por causa de la dote; el infanticidio femenino y la selección prenatal del sexo del feto en favor de bebés masculinos; la mutilación genital femenina y otras prácticas y tradiciones de violencia en el hogar, especialmente los golpes a la cónyuge, es tal vez la forma más generalizada de violencia contra la mujer. En países en que se realizan estudios fiables en gran escala sobre la violencia basada en el género, se informa de que más del 20% de las mujeres han sido víctimas de maltrato por los hombres con los que viven.

La violencia no es un fenómeno privativo de la mujer, sino que se puede observar reflejado de igual forma en la familia¹¹. En México, el escenario de la violencia familiar, se yergue como un asunto de fundamental interés en salud pública. Observando que a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática se realizó la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVI) en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México y que conllevo el registro de violencia en uno de cada tres hogares. Por otra parte, en otros estudios se estima que la violencia familiar oscila entre 30% y 60% en hogares, tanto rurales y urbanos. Estos datos son apoyados por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), la cual arrojó que el 47% de la mujeres reportó algún incidente de violencia emocional, física, económica o sexual (Oaxaca, Cantú y Hernández, 2005).

De estas problemáticas pueden desembocar otras como maltrato infantil, depresión, anorexia, bulimia, obesidad, adicciones, trastornos psicosomáticos, conflictos de pareja así como de infidelidad, insomnio, reprobación y deserción escolar, conductas delictivas, solo por mencionar algunas.

Otra problemática común actualmente en la familia es la ausencia del padre en el seno familiar. Una de las causas es por la migración. Respecto a la emigración de mexicanos a los Estados Unidos de América, resultados de los censos y encuestas de los dos países, así como estudios e investigaciones, indican que su volumen aumentó considerablemente durante la última década, configurándose a partir de una estructura demográfica predominantemente joven y masculina, y diversificándose el origen geográfico y algunos rasgos del perfil sociodemográfico de la población emigrante internacional. Las encuestas marcan que los hombres migran en primer lugar por factores de orden laboral (31.5%) y en segundo por motivos familiares (20.2%).

¹¹ A parte de la violencia familiar, la familia también enfrenta la desintegración, y otro problema grave aunado a dicha desintegración es la migración. Por ejemplo, más de 24 millones de personas de origen mexicano, ocho millones de las cuales nacieron en México (representa poco más de 70% de la población de origen latinoamericano) son inmigrante en los Estados Unidos, lo que favorece que dejan a la familia en su lugar de origen, sin ningún tipo de seguro de salud, coadyuvando a la desintegración familiar (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

La ausencia paterna también se puede presentar por muerte. De esta manera se aprecia que en 2003 las enfermedades del corazón, la diabetes y los tumores malignos se ubican como los principales padecimientos que conducen al fallecimiento de hombres y mujeres. La información muestra la urgente necesidad de reforzar los programas de prevención que permitan a la población adoptar estilos de vida sanos, que favorezcan la abstención en el uso de tabaco; el consumo moderado de alcohol; el ejercicio físico regular y el control del peso; la dieta adecuada; y el control de la presión arterial. Por su parte, es importante hacer conciencia de que los accidentes conllevan además de una cantidad importante de defunciones, en la mayoría de las ocasiones a discapacidades y efectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud, así como a desgastes económicos y familiares. Entre los hombres se observa una mayor proporción de muertes por lesiones y accidentes, En sentido inverso, para los hombres las lesiones y accidentes tienen un peso importante, principalmente en las edades de mayor participación en actividades extradomésticas, alcanzando su nivel más alto de los 15 a los 29 años, a partir de donde se reduce de forma significativa conforme avanza la edad (INEGI, 2006).

Finalmente otra causa importante de la ausencia paterna es la separación o divorcio en la pareja. Según el INEGI (2003a) para 1990 de un total de 55 913 847 habitantes en el país, de los cuales el estado conyugal era de: 679 817 separados y 406 777 divorciados. Las estadísticas en nuestro país han incrementado, para el año 2000 la población ascendió a 69 235 053 habitantes, de los cuales 7 103 365 eran separados y 1 799 035 divorciados, marcándose diferencias importantes entre hombres y mujeres.

1.3 La terapia familiar sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas familiares.

Entre las propuestas para dar solución a estos problemas se encuentra el trabajo con las familias mexicanas, ya que una de las alternativas implica al ámbito familiar como una variable importante. La familia constituye un objeto de estudio, a la vez que presenta una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos. En la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Los problemas emergentes que enfrenta México, por su parte, se deben en su mayoría a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud. El sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia en el hogar, y el deterioro de las redes familiares y sociales han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país. Su control

depende de la implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

Los problemas que encara México no admiten respuestas ni soluciones fáciles. En la solución de dichos problemas y los derivados de estos, se requiere de la intervención de diversas disciplinas, incidiendo cada una de ellas en la dimensión que define su propio campo disciplinar, como lo es el caso de la psicología.

A lo largo de la historia de la Psicología se han desarrollado diversas aproximaciones teórico-filosóficas respecto a la comprensión y explicación del ser humano. En dichas aproximaciones, y especialmente en el campo de la psicología clínica, se han realizado diferentes nociones respecto a los procesos de formación de problemas psicológicos y se han buscado medios para su intervención. El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones al estudio de los procesos humanos (Moctezuma y Desatnik, 2001).

La terapia familiar es un tipo de tratamiento sociológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre un individuo aislado por lo que resulta en esta aspecto, significativamente distinto de otras formas de tratamiento clínico (Eguiluz, 2001).

La pregunta a plantear es ¿por qué es distinto a otras formas de tratamiento clínico?. En primer lugar viene a romper con una tradición histórica en la psicología, la cual marca la importancia de centrarse en el individuo, tal como lo ejemplifica la modificación de conducta y las terapia derivada de la misma (ver Linn y Graske, 1998; Cruzado, Labrador y Muñoz, 1998)¹², el psicoanálisis (Freud, 1966, Braunstein, 1989; Pérres, 1989)¹³ o incluso el humanismo de Rogers (Nye, 2000)¹⁴ comparten las características de que se centran en la persona.

Cuando se hace terapia familiar, el terapeuta puede o no centrarse en la persona, la diferencia radica en que se focaliza en la interacción de las personas (se encuentren o no presentes en la sesión terapéutica), de esta forma, se puede intervenir estando una sola persona o toda la familia.

¹² Las terapias conductuales se centran en el paganismo, en la persona, incluso se habla de la modificación de conducta”, ¿de quién?, de la persona, incluso en las terapias derivada de éstas, englobadas ene. Rubro “cognitivo conductuales”, el terapeuta sigue centrado en el individuo, basta con revisar los trabajos de Aaron Beck (1972) y Albert Ellis (1980) quienes se centran en ”¿qué piensa?, ¿qué siente?, ¿cómo se comporta? y ¿cómo lo percibe?”.

¹³ Simplemente se puede recordar los inicios del psicoanálisis en donde el trabajo con la hipnosis, la asociación libre o la interpretación de los sueños se hace a un nivel individual. Incluso en el Psicoanálisis “lacaniano” se habla del “sujeto”, es decir, el papel central lo tiene la persona que es sujeto del Otro, los significados, lo significantes y el lenguaje, pero finamente se centran en la persona.

¹⁴ Incluso la terapia que propone Rogers es llamada “centrada en la persona”, en donde tal rótulo lo dice todo.

No es necesario que toda la familia se encuentre presente, ya que obteniendo cambios en una persona (la que asiste a terapia) se pueden obtener cambios en la interacción familiar; esto se debe a que las personas forman parte de un sistema, ya sea social, familiar, cultural, por tanto la importancia no está en la persona, sino en el proceso de organización de ese sistema al que pertenece¹⁵, y al cual el terapeuta está abordando (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002), por lo que se torna importante la consideración del medio ambiente, la totalidad, el orden jerárquico de los elementos, el orden/desorden y los resultados de organización a los que se llega en el sistema que se está abordando.

Según Ochoa de Alda (1995) el paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera “portador” de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no hay otro miembro de la familia que lo “sustituya” generando a su vez otra conducta sintomática.

El origen de la sintomatología suele situarse en las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital. Las familias acuden a terapia cuando se ven impotentes, en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo. El terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que se observen las facetas fuertes y los recursos que poseen sus miembros para generar una expectativa de control interno del cambio, de forma que por sí mismos puedan resolver los problemas que les aquejan. Por consiguiente, no se debe contemplar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta el síntoma, como un “estorbo” al que se culpa de la situación del paciente, sino más bien al contrario, como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de la crisis. Por todo ello, el clínico debe transmitir muy claramente a la familia que necesita su cooperación y ayuda para poder obtener buenos resultados en el trabajo que van a realizar conjuntamente.

Estos modelos sistémicos están basados en lo que hoy en día se conoce como “constructivismo”; en otras palabras, el enfoque sistémico comenzó a considerar la descripción de las formas en que los seres humanos, en contextos sociales, construyen cognitivamente en el lenguaje el mundo en el que viven y la repercusión que dicho proceso tiene en la formación de problemas humanos y del cambio terapéutico. Sin embargo en la última década, se han considerado también las conceptualizaciones propias del construccionismo social para describir y

¹⁵ Hall y Fajen (s/f, citado en Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002) definen un sistema como “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y sus atributos”.

explicar la práctica sistémica caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación y la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad¹⁶. Bajo esta conceptualización, el énfasis se centra en la forma en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran y, a diferencia del constructivismo donde la realidad se construye a partir de la experiencia individual (y biológica) en el lenguaje (contexto social), desde el socioconstruccionismo la realidad se construye en la relación social como productora de discursos. De este modo, la práctica clínica es explicada como un proceso que se orienta a la formación de historias y significados alternativos a la situación problemática de las personas (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Este tipo visión, integradora y amplia podrá dar una mejor respuesta a las problemáticas actuales en las familias mexicanas, que otros modelos individualistas o centrados en la persona que aíslan las problemáticas de las interacciones y de los contextos en las que se desarrollan.

Por ejemplo desde este abordaje el terapeuta no se centra en el problema como un elemento intrapsíquico, sino que parte de la idea de que el problema es una construcción tanto personal como familiar. Por tanto, el terapeuta tiene que negociar el problema a situaciones que sean resolubles y de fácil acceso, lo que lo lleva a trabajar con construcciones idiosincráticas de la realidad en cada cliente o familia y a centrarse en la interacción entre las personas. En un caso hipotético, una familia con un hijo pequeño con problemas de conducta que no se puede estar quieto se puede negociar a una situación de “no saber controlar la exacerbada energía del hijo”, esta situación es más sencilla de resolver. Se tendría que indagar sobre las explicaciones que la familia da al problema, que pueden ir desde explicaciones místicas, médicas, psiquiátricas o personales, lo que el terapeuta debe de tomar para comenzar a trabajar desde este punto.

El terapeuta debe de estar consciente de trabajar bajo la guía de un modelo teórico, ya que éste facilitará el proceso entre terapeuta-familia. Independientemente del modelo teórico que se trabaje, hay ciertas similitudes entre los modelos, por ejemplo la búsqueda de pautas ante la presentación del problema, por ejemplo, el padre grita, la madre responde, el padre golpea la mesa o avienta algún objeto y la madre llora, en ese momento el niño tiene el problema, estas pautas se pueden dar de diferentes formas en contenido pero generalmente conservan la siguiente forma; en estos casos el terapeuta tiene que alterar la pauta o las interacciones entre la familia. Otro aspecto a considerar es el hecho de saber cuál es la función del síntoma, como se explicaba hace un momento con el ejemplo anterior, tal vez el problema está sirviendo para desviar el conflicto entre la pareja.

El terapeuta tiene que considerar el ciclo evolutivo o familiar por el cual la familia está pasando, es diferente atender una familia con hijos adultos o

¹⁶ Actualmente a estas formas de proceder se les denomina “Terapias Posmodernas”.

adolescentes a una con hijos en preescolar, ya que la etapa demanda aspectos diferentes para la adaptación de la familia. En el ejemplo comentado el niño tiene 6 años y acaba de entrar a la primaria, y su madre lo sigue tratando como a un bebe, por tanto, las interacción y configuraciones familiares no corresponden a la etapa, por lo que el terapeuta debe de considerar como está situación está conectada con el síntoma. El terapeuta debe facilitar que la familia cambie pensando en la demanda de la etapa, de tal forma que se produzca un cambio enfocado a la adaptación.

Es importante considerar las características estructurales de la familia, como el tipo de reglas, el tipo de jerarquía, el tipo de relaciones que la familia establece y con quién establece dichas interacciones y los límites. En el ejemplo anterior podemos tener que la madre se alía con el hijo para hablar mal del padre, lo que se transformaría en una triangulación, de tal modo que ahora el terapeuta tendría que buscar sacar al hijo de la triangulación y comenzar a metacomunicar el conflicto entre los padres.

Se busca meter nueva información para que la familia pueda re-estructurar el sistema y buscar un nuevo orden ya con la nueva información, por ejemplo, cuando el padre escucha como se siente su mujer cuando pelean, puede generar en el marido una visión diferente de su comportamiento y de la relación de pareja, de esta forma también se puede influir en la construcción de la realidad familiar y la de-construcción del problema.

El terapeuta tendrá que estar atento de cómo esa familia o persona se vincula con otros sistemas o subsistemas de manera recursiva, que va desde subsistema de hermanos, padres o familia extensa, hasta macrosistemas como instituciones, grupos de apoyo, otros profesionales o inclusive con elementos culturales que pudieran estar conectados con el síntoma, por ejemplo, la madre del niño del ejemplo, tiene la idea de que una buena madre es aquella que no le pega a sus hijos porque los quiere mucho, sin embargo esto facilita que el niño gane jerarquía y haga lo que desea, el terapeuta tendría que introducir nueva información y trabajar bajo este elementos que es de orden cultural.

Es importante incluir a todos los miembros de la familia para el trabajo en terapia, de no poder asistir todos es importante que el terapeuta no pierda de vista que se encuentra trabajando desde una visión sistémica, por tanto si al consultorio llegan los padres a dejar al hijo porque es el que presenta el síntoma, el terapeuta tendrá que hacer lo posible por trabajar con los tres. De igual forma las tareas, rituales, prescripciones o directivas dentro y fuera de la terapia deben de involucrar a todos los miembros de la familia. Por ejemplo, se puede construir una tarea en donde los padres juntos lleven a acostar al niño a la cama y posteriormente ellos tendrán que salir a pasear en la noche y hablar sobre cómo se sienten con la situación que viven. Esta tarea ayudaría a trazar límites sobre los hijos y a destriangularlo de la situación de sus padres.

Finalmente como diría Ochoa de Alda (1995) la familia constituye cada vez más un elemento central en el tratamiento de muchas problemáticas. Por tanto actualmente se habla mucho de la llamada "terapia familiar". Entre las diversas terapias de este tipo sobresale la llamada "sistémica", la cual ya se ha descrito en términos generales.

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

Según Eguiluz, (2004), la UNAM comienza un movimiento de reestructuración del posgrado que obliga a cerrar las maestrías en psicología existentes en sus tres sedes, para iniciar en 2001 con cuatro nuevos programas.

De esta forma surge la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Por parte de Iztacala, se propone ante el Consejo Técnico de la UNAM un programa que tomará como base lo que se venía trabajando en los diplomados de terapia familiar, el programa diseñado por el grupo de Gilberto Limón de la Facultad de Psicología, que ya venía utilizándose en la maestría, más el programa del Instituto Mexicano de Terapias Breves de Mary Blanca Moctezuma.

El programa de maestría en psicología se conforma por créditos, de los cuales 42 se cubren en el tronco teórico metodológico y 103 con las actividades de la residencia. La distribución de horas por semestre para la Residencia en Terapia Familiar Sistémica es de 12 horas por semana durante el primer y segundo semestre, de 20 horas en el tercer semestre y de 25 horas por semana en el último semestre. Vale la pena señalar que esta carga académica es muy superior a la que se exige en cualquier otra maestría existente, donde generalmente funcionan con 12 horas por semana. El plan de estudio para la maestría es mixto, ya que consiste en una combinación de cursos formales escolarizados y un programa de residencia, con actividades de enseñanza y práctica supervisada en escenarios clínicos. La práctica en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se trabaja en tres sedes clínicas, dos días a la semana en el edificio de endoperiodontología, donde se habilitaron dos cubículos con espejo de doble visión, cámara de video, videocasetera, televisión, además de un teléfono de intercomunicación. La segunda sede se localiza en la Clínica de Medicina Familiar de Valle de Ceilán del ISSSTE, donde se cuenta con las mismas instalaciones, ya la tercera sede está localizada en el Colegio de Ciencias Humanidades Plantel Azcapotzalco.

La supervisión se realiza con cinco alumnos en cada sede, donde uno de ellos funciona como terapeuta con la familia y los otros cuatro forman parte del equipo de observación bajo la mirada experta de dos supervisores. Las horas de supervisión que contempla el programa son aproximadamente 800, siendo más del doble de las exigidas por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar para el reconocimiento de programas de formación. El programa de la UNAM tiene alumnos de tiempo completo, acuden a clases a razón de un promedio de 20 a 30 horas por semana. En estos programas, el nivel de exigencia y el compromiso que deben existir de parte del alumno es muy alto; para apoyar este compromiso, el

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) ofrece a los alumnos una beca, y esta maestría forma parte del padrón de excelencia del CONACYT.

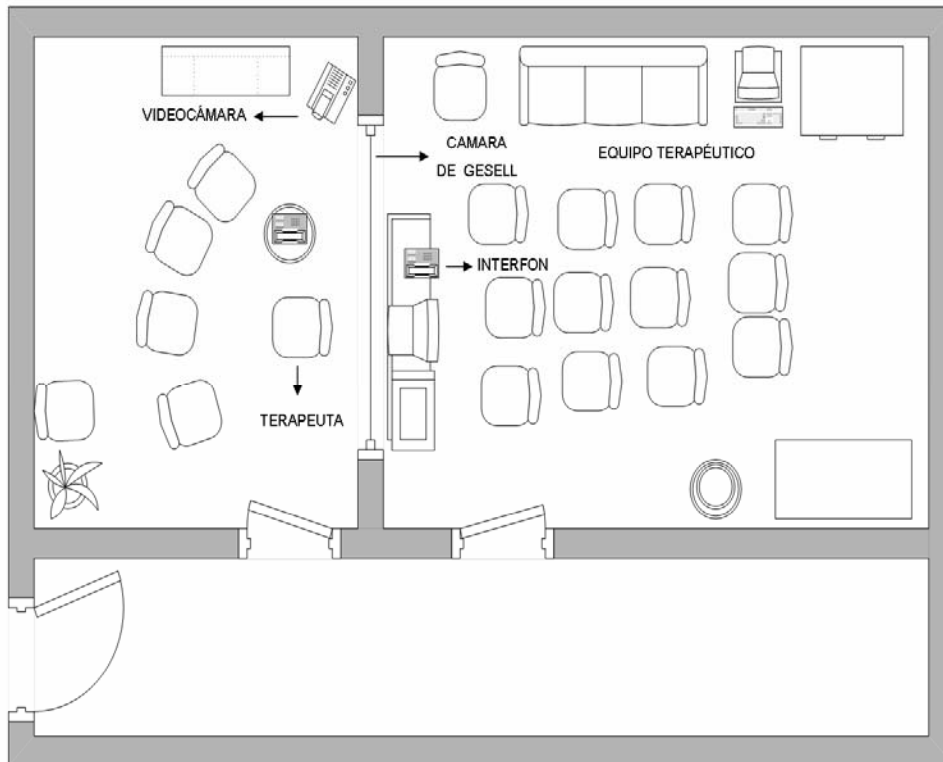
2.1 Descripción de los escenarios.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene tres escenarios clínicos, uno interno y dos externos. A continuación se describe cada uno de éstos:

- Clínica de Terapia Familiar en Iztacala: esta clínica se encuentra ubicada en el interior de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala con dirección en Avenida de los Barrios No. 1. Los Reyes Iztacala Tlalnepantla Estado de México. C.P. La clínica esta ubicada en la planta alta del edificio de Endoperiodontología. Este espacio fue asignado por las autoridades correspondientes del Posgrado en Psicología y cuenta con los requerimientos necesarios para poder realizar las prácticas que se requieren en la residencia. El espacio de trabajo cuenta con un espejo de doble visión, con cámara de video, videgrabadora, teléfonos y televisión. Por otro lado cuenta con la infraestructura como sillas acojinadas, cafetería para los terapeutas y una computadora de escritorio. Al entrar a la clínica se encuentra un pasillo con dos puertas al costado izquierdo. La primera puerta es la entrada a la sala de terapia, dentro de esta sala se encuentra la videocámara, las sillas (para terapeuta y cliente), una mesa con clinex y el teléfono. El espacio se encuentra adornado con algunos cuadros y con luz artificial. La segunda puerta lleva a la sala donde se ubica el equipo terapéutico con dos supervisores. Dentro de esta aula se encuentra el otro teléfono, una computadora de escritorio, archiveros con expedientes, una mesa y sillas para los terapeutas. También en este espacio se cuenta con la videgrabadora y la televisión para la grabación de las sesiones. Ambos salones están divididos por el espejo bidireccional. El costo de la terapia por sesión era de cincuenta pesos, que eran pagados en la caja de la Clínica Universitaria y el recibo era entregado al terapeuta.

A continuación se presenta el esquema de distribución de la clínica la Facultad de Estudios Superiores Iztacala¹⁷:

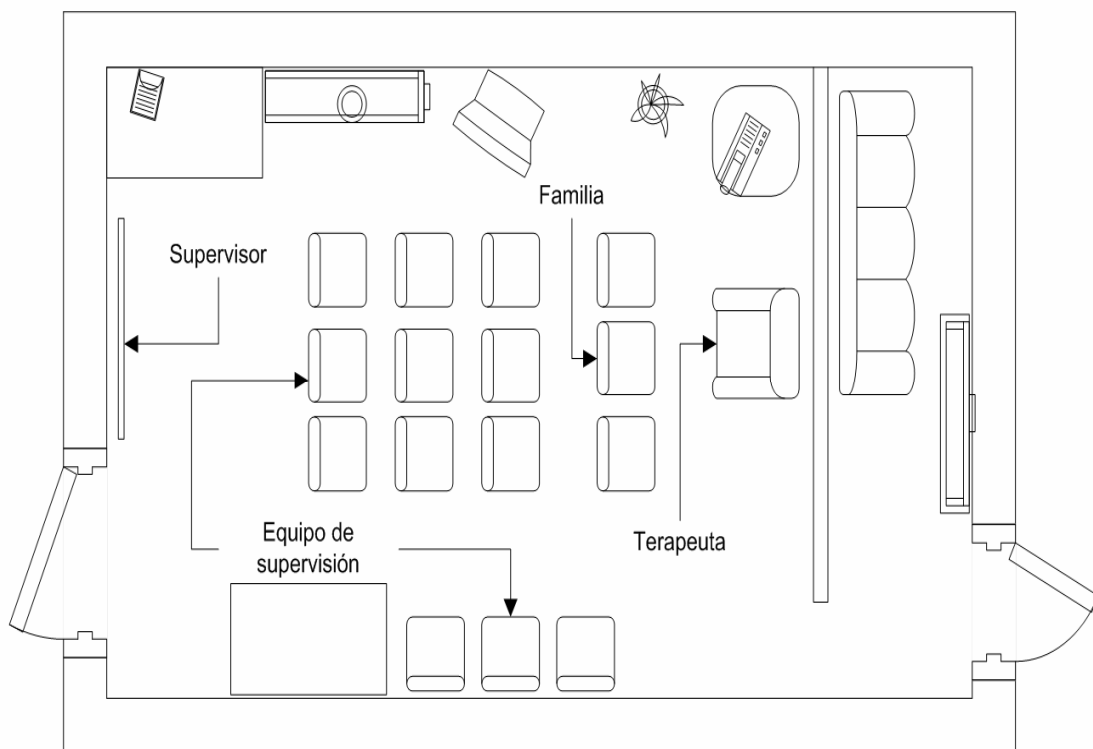
¹⁷ Los esquemas que se presentan a continuación fueron realizados por el Psic. Jesús Enrique Cabrera Méndez, estudiante de la quinta generación de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar de la FESI.



- Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE): esta clínica está ubicada en la calle Xalapa No. 68, Colonia Valle de Ceilán, Tlalnepantla Estado de México. Esta clínica abrió sus espacios a partir del año 1994 a partir de los Diplomados de Terapia Familiar y de Pareja que ofrece la División de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En el año 2002, el responsable de la clínica aceptó la implementación del programa de Maestría y Doctorado con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, a través del departamento de psicología. En cuanto a infraestructura el espacio ofrecido contaba con sillas, archiveros, dos escritorios, un pizarrón, cámara de video y televisión. A diferencia de la sede descrita anteriormente, en el ISSSTE no se contaba con una cámara de espejo bidireccional, sino que todo el equipo de supervisión se encontraba presente tras el usuario. En esta clínica el servicio no era cobrado ya que los clientes eran derechohabientes de la institución. Al entrar se encuentra de lado derecho un pequeño cubículo con un diván, sobre el mismo pasillo se llega a un cuarto más amplio que tiene cuatro hileras de sillas (la primera fila para la familia y las de atrás para el equipo) y una silla de frente (la del terapeuta). Al costado izquierdo se ubican dos mesas con expedientes y archivos, de lado izquierdo se ubica un archivero donde se coloca la cámara de grabación, sobre el mismo lado se ubica la televisión y la videocasetera que se encuentran en un soporte de metal

fijado en el techo y a continuación se ubica una computadora de escritorio en una mesa. De frente al terapeuta está un pizarrón que sirve para la supervisión y para los mensajes del supervisor y el equipo. Cuenta con una puerta de salida que se conecta con la parte trasera de la clínica. Tiene luz artificial y la ventilación es mala por ser un espacio reducido.

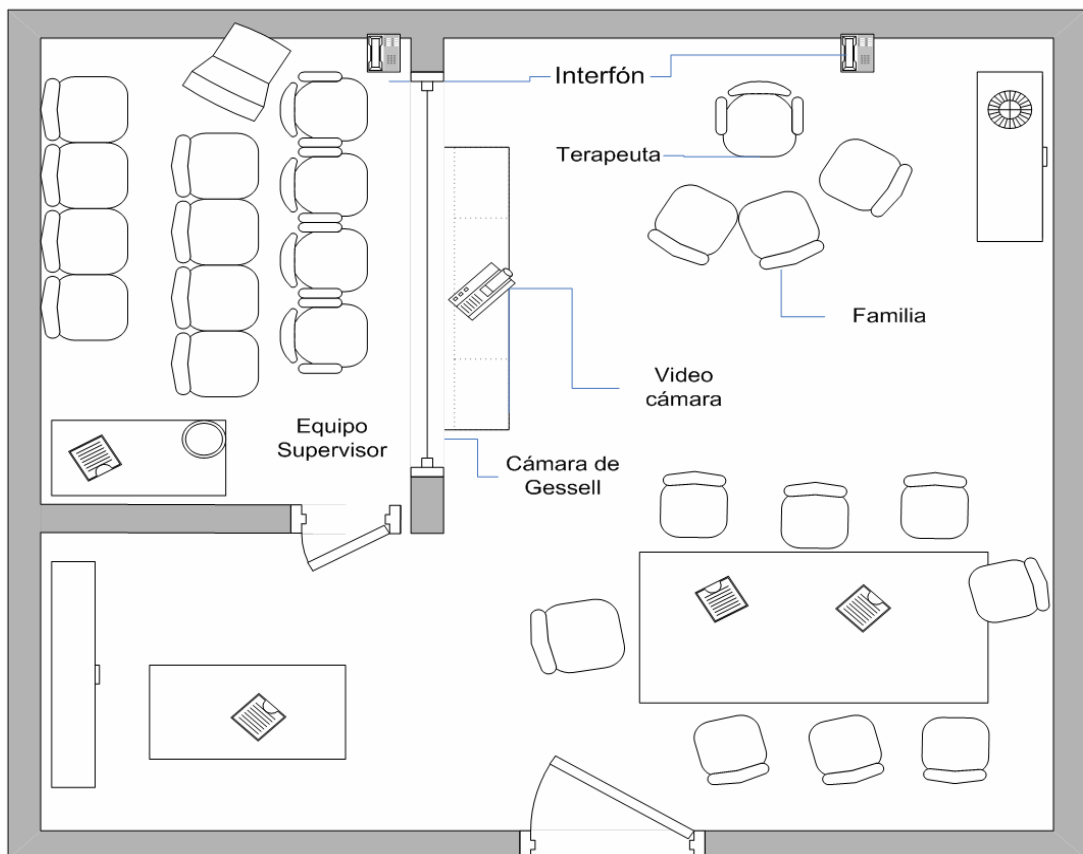
A continuación se presenta el esquema de distribución del ISSSTE Tlalnepantla:



- Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco: esta clínica está ubicada dentro de las instalaciones del C.C.H. Azcapotzalco con dirección Avenida Aquiles Serdán, No. 2060, Colonia Ex Hacienda el Rosario, Delegación Azcapotzalco, C.P. 2040. En el año 2002 la coordinación del programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala logró un convenio para insertar el Programa de Maestría en el plantel Azcapotzalco a través de la secretaria estudiantil. El servicio fue gratuito para estudiantes, personal académico y administrativo. La infraestructura de esta clínica es: un salón amplio con iluminación artificial, de lado derecho del salón se encuentra una cámara de observación con un espejo bidireccional. Dentro de esta cámara hay tres filas de asientos acolchonados, una televisión, una videocasetera para grabar las sesiones y un teléfono para comunicarse afuera de la sala de

observación con el terapeuta en turno. También hay una pequeña cafetería para los terapeutas. Fuera de dicha cámara de observación se ubica un salón amplio con muchas sillas para la familia y el terapeuta, un teléfono para comunicarse con la sala de observación, un tripie y cámara de video para video grabar las sesiones. También hay una mesa y un pizarrón para las clases teóricas así como cuadros y adornos que le dan calidez al escenario.

A continuación se presenta el esquema de la clínica del C.C.H. Azcapotzalco:



Finalmente los escenarios clínicos compartían ciertas características pero también facilitaron diversidad en la formación como terapeuta así como en las experiencias. De igual forma tenían ciertos rasgos diversos, tal y como se marca en el siguiente cuadro:

SEDE	Espejo Bidireccional y teléfonos	Costos	Cámara, televisión y videocasetera	Dos supervisores en turno y el equipo conformado por cuatro observadores	Sillas, cafetería, tripie para la videocámara y ornamentos	Supervisoras
Clínica FESI	√	50 \$	√	√	√	Dra. Xochitl Galicia. Mtra. Ofelia Desatnik. Dra. Maria Suarez. Dra. Luz de Lourdes Eguiluz.
ISSSTE	X	Gratuito para derechohabientes	√	√	√	Mtra. Susana González. Dra. Rosario Espinosa.
C.C.H.	√	Gratuito para estudiantes, Trabajadores y administrativos	√	√	√	Mtra. Carolina Rodríguez. Mtra. Juana Bengoa

2.2 Análisis sistémico de los escenarios

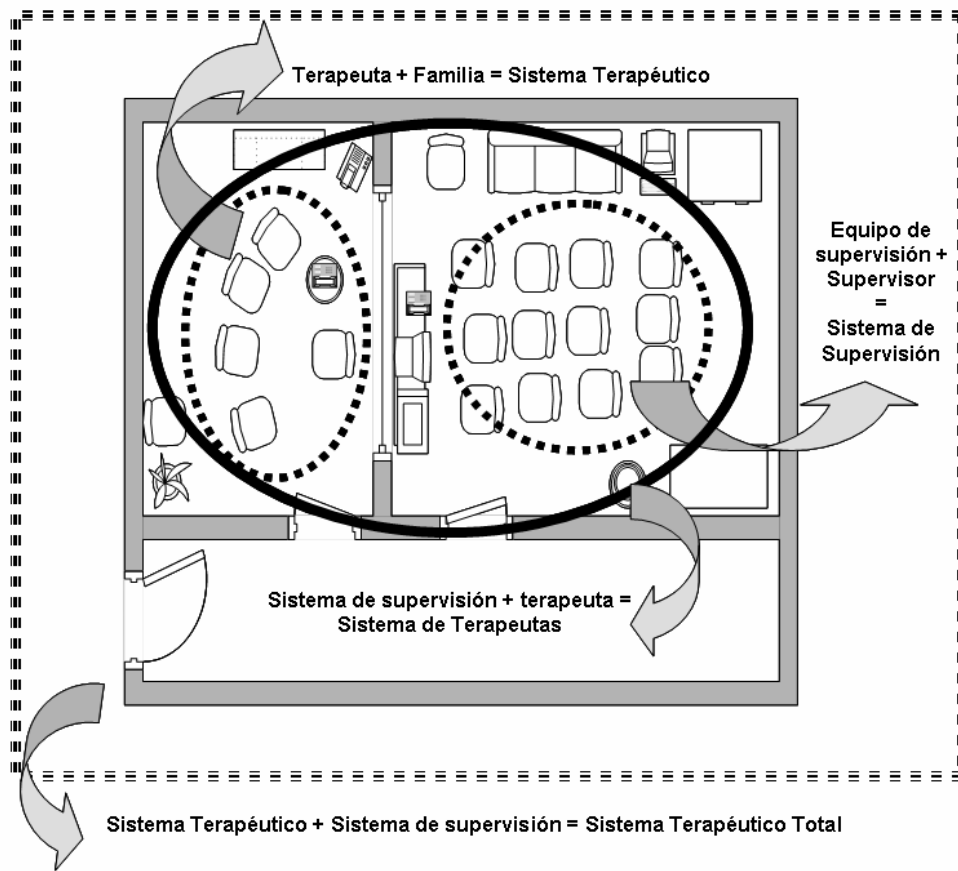
En primera instancia cabe mencionar las características de la modalidad de trabajo desarrollada en los escenarios clínicos de la residencia en Terapia Familiar Sistémica. El trabajo llevado a cabo se realizaba con:

- Un terapeuta al frente con la familia o usuario.
- Un grupo de terapeutas (4 terapeutas en formación) en una cámara de Gesell, separados del terapeuta en turno con un espejo bidireccional¹⁸.
- Hay un supervisor en la cámara de gesell que supervisa al terapeuta en turno y coordina al equipo que se encuentra atrás del espejo.
- El terapeuta en turno tiene comunicación con el equipo y el/la supervisor@ de manera inmediata por medio de un interfon.

La forma de trabajo en los escenarios tiene una base totalmente sistémica que parta de la cibernética de segundo orden, en la que el observador es a su vez observado, donde interactúan una serie de sistemas: el sistema del terapeuta y la familia, el sistema del terapeuta y el equipo, el sistema del equipo y el supervisor, el sistema del equipo y la familia; a esta interacción dinámica se le llama sistema terapéutico total. A continuación se presenta un esquema de los

¹⁸ En el caso del ISSSTE Tlalnepantla no había cámara de gesell, sin embargo el trabajo se adaptó bajo esta lógica de supervisión y de desarrollar un proceso terapéutico.

diversos sistemas que están implicados y posteriormente se explicará las características de cada uno de estos sistemas.



Esta metodología y epistemología revolucionó la psicoterapia, ya que por un lado, se puede adoptar una posición y ser observado y, por otro, revisar la posición en que se está ubicando a través de la mirada del otro. Asimismo, desde el papel de observador (equipo y supervisor) y de observado (terapeuta) se pueden advertir situaciones que el terapeuta sería incapaz de advertir por ser participe del sistema terapeuta-familia, como podrían ser escaladas simétricas, juegos en donde el terapeuta se encuentre atrapado, isomorfismos con la familia, interferencia de aspectos personales del terapeuta en el proceso terapéutico, prejuicios que se estuvieran obstaculizando el proceso de terapia en el sistema terapeuta-familia (Hoffman, 2005).

En los tres escenarios de formación con los que cuenta la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se trabaja bajo estos lineamientos, de tal forma que se otorga al estudiante una formación supervisada y retroalimentada en el momento de la interacción con la familia, lo que facilita el aprendizaje y una conducción ética ante los usuarios al brindarles un servicio de mayor calidad, funcional y eficiente.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios.

El trabajo que se lleva a cabo en las sedes se hace con: 1) una cámara de Gesell¹⁹, 2) video grabando las sesiones y 3) se trabaja con equipo conformado por 4 estudiantes de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la FESI así como una o dos supervisoras. Este forma de trabajo dio origen en los inicios de la Terapia Familiar, tal como lo menciona Hoffman (2005, p.15) "...el salto a una nueva perspectiva o surgimiento de posibilidades nuevas que siguió a la reunión de dos ojos, dos manos, dos cámaras del cerebro. Este formato también se aplica a la psicoterapia...la psicoterapia se convirtió en una interacción bicameral que ofrecía una oportunidad similar de explorar una dimensión totalmente nueva. Tenemos dos asientos. Podemos adoptar una posición, y hacer que alguien más tome otra posición, para comentar o revisar nuestra posición".

En este sentido al comenzar a trabajar con el espejo bidireccional se abrieron nuevas posibilidades en la intervención y en la evaluación, Hoffman (2005, p. 16) continua marcando "...no solamente en la evaluación sino en la terapia se aprovecho el enfoque de dos cámaras. El empleo de dos sales para dividir las tareas de la terapia condujo a una nueva y mejor manera de organizar el cambio de sistemas. Así fue posible abandonar el que estaba convirtiéndose...en un modelo ya caduco: el concepto del terapeuta como agente libre que actuaba sobre un sujeto libre, el cliente o la familia".

Los primeros en utilizar esta modalidad de las video grabaciones, el trabajo en equipo y el espejo bidireccional fueron un grupo de investigadores americanos en el Mental Research Institute, posteriormente se comenzó a difundir esta metodología de trabajo a otras partes del mundo. Los asociados de Milán dieron gran empuje y popularizaron esta misma forma de proceder en sus trabajos realizados en el Centro de Estudios para la Familia (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1988; Papp, 1994).

En la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se trabaja de forma similar:

- En el primer semestre de la carrera se participa como observador del grupo de terapeutas experimentados.
- En los semestres posteriores se forma parte del equipo de supervisión y también se está al frente con familias. El equipo de trabajo se conformó por cinco integrantes, tres mujeres y dos varones. El equilibrio entre el género es importante según Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata (1988) para

¹⁹ En el caso del C.C.H plantel Azcopotzalco y la clínica de la FESI, ya que en el caso del ISSSTE los terapeutas que conforman el equipo se encuentran atrás del usuario.

contrarrestar los estereotipos, prejuicios o ideas que cada género pudiera tener.

- Había minimamente una supervisora en turno que formaba parte del equipo de supervisión.
- El equipo está en constante comunicación con el terapeuta en turno por medio de un interfon, o en su defecto por medio de la escritura en un pizarrón que éste tiene de frente.
- Cada sesión era video grabada.
- Cada sesión era grabada en audio.
- Para cada caso se pedía autorización para videogravar y grabar en audio las sesiones, haciendo explicito los aspectos de confidencialidad, anonimato y de material de uso exclusivo de la institución.
- Todo el equipo era responsable de todas las familias aunque se participara únicamente como equipo de observación.
- Para cada sesión el terapeuta en turno tenía que elaborar un acta en donde se transcribía textualmente o se hacía un resumen de la sesión anterior. Se entregaba una copia a cada integrante del equipo.
- Para la primera sesión se hacía una llamada telefónica al cliente, posteriormente se elaboraba un acta general de dicha llamada.

La estructura de las sesiones era la siguiente:

a) Pre-sesión: es una reunión entre el grupo de terapeutas y/o grupo de terapeutas y supervisores para leer, platicar y comentar la entrevista telefónica o el acta precedente. Con la pre-sesión se busca: establecer hipótesis, directrices de trabajo, sugerencias para la sesión y elementos que aporten información en la resolución de la problemática. Su duración es de 10 a 15 minutos. Este espacio también se puede aprovechar para ir preparando el equipo de audio y video.

b) La sesión: es de duración variable, aproximadamente va de 45 minutos a una hora. El terapeuta trabaja con la familia, se solicita información y se observa la manera en la cual se suministra dichos datos, sin dejar de lado como es que la familia interactúa con el/ella y entre sus miembros. Se está pendiente de las secuencias de comportamientos verbales y no verbales. Durante la sesión los terapeutas se abstienen de admitir valoraciones, juicios, inducir respuestas o interpretar la información que proporciona la familia. Se trabaja haciendo énfasis en la persona del terapeuta, es decir, en lo que hace o dice durante la sesión.

c) Discusión de la sesión: se hace un corte que dura entre cinco y diez minutos, en donde el terapeuta aprovecha para dialogar con el equipo, esto con el fin de decidir la finalización de la sesión. En este espacio se llegan a acuerdos sobre qué mensaje enviar a la familia para cerrar la sesión.

d) Conclusión de la sesión: el terapeuta vuelve con la familia para la conclusión de la sesión que consiste generalmente en un mensaje, en un breve comentario o una prescripción o tarea. No se deja al usuario comentarlo o que emita opinión

alguna ya que el mensaje puede diluirse, por tanto, se expresa el mensaje y finaliza en ese momento la sesión.

e) Cierre de sesión: su duración es entre cinco y diez minutos. Se reúne nuevamente el equipo para hacer comentarios sobre el caso, sobre todo centrado en: aspectos relevantes, líneas futuras de trabajo, revisión de hipótesis, propuestas de estrategias de intervención o sugerencias que puedan facilitar la resolución de la problemática. En este espacio es importante mencionar que se hace una retroalimentación al terapeuta en turno, en donde cada uno de los miembros del equipo expresa comentarios positivos sobre el manejo de la sesión y de la persona del terapeuta así como áreas de oportunidad para que el terapeuta pueda desarrollar en un futuro.

MARCO TEÓRICO

PARTE II

3. Análisis del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.

Según Eguiluz, (2004) a mediados de los sesenta empezaron a regresar a México psiquiatras formados en Estados Unidos y Canadá. Uno de los iniciadores de la terapia familiar fue Raymundo Macías, que regresó en 1963 de Montreal, Canadá, después realizar su residencia en psiquiatría de enlace y capacitación en terapia familiar bajo la supervisión de Nathan Epstein. Poco tiempo después empezó a dictar una cátedra titulada “Terapia y dinámica familiar”, no sólo en el posgrado de psiquiatría, con el doctor Guillermo Dávila, sino también en el posgrado de la UNAM. Como director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana; Macías fundó el curso de especialización en terapia familiar, en el que, con Roberto Derbez y Lauro Estrada, inició en 1969 la formación de los primeros especialistas en terapia familiar. Este enfoque comenzó a ganar terreno en diversas universidades y centros de formación de terapeutas ya que ha resultado ser funcional ante diversas problemáticas.

La terapia familiar es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre un individuo aislado, por lo que resulta en este aspecto, significativamente distinto de otras formas de tratamiento clínico. Este tratamiento hace referencia a un proceso que alienta la forma habitual de funcionamiento de la familiar, es decir, la manera en como se comunican, los roles que cada uno juega, las reglas de comportamiento, los patrones de relación que ocurren y las formas de control que se unas entre ellos (Eguiluz, 2001).

Es importante conocer las bases epistemológicas para dar un sentido a la práctica profesional del terapeuta familiar y entender y justificar sus acciones y decisiones ante su quehacer terapéutico.

La epistemología (del griego epísteme, conocimiento, teoría del conocimiento) designa una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites, los métodos y la validez del conocimiento. Como ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que los organismo piensan y llegan a decisiones que determinan su conducta (Bateson, 1990). Varios terapeutas de familia también emplean este término para referirse a la estructura del conocimiento o al conocimiento de la estructura.

Para Bateson (s/f citado en Hoffman, 2005) el tema de la epistemología fue de intensa preocupación. Para él, la epistemología significa: las leyes de las cuales nos valemos para dar sentido al mundo. Estas reglas –no siempre conscientes- determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás.

En este sentido Simon, Stierlin y Wynne (1997) marcan que la epistemología se ocupa de todos los aspectos relativos a la adquisición de conocimientos. Con respecto a los seres humanos, se refiere al desarrollo de la estructura del pensamiento así como también a la lógica interna de los procesos

emocionales. La estructura del conocimiento de todo organismo puede verse como su modelo del mundo y el marco de referencia de su conducta. La organización de un modelo del mundo depende de la comunicación que tenga el individuo con su ambiente, es decir, las estructuras y condiciones dadas de ese mundo y el potencial del organismo para percibir las. Se trata de un proceso dialéctico de adaptación interna y externa. Cuando se examinan todos los canales que intervienen en la formación del conocimiento, la percepción, la emoción, el pensamiento y la decisión, se hace evidente que, como afirmó Foerster (1974, citado en Simon, Stierlin y Wynne, 1997) en su "ley de la homeostasis epistemológica", que marca que el sistema nervioso de los seres humanos está construido para "computar" una realidad estable.

Nosotros como clínicos partimos de un modelo epistemológico para organizar nuestro trabajo terapéutico (Mendoza, 1991). Cada escuela psicológica se sustenta bajo una base epistemológica, y en la psicología se pueden ubicar dos paradigmas epistemológicos dominantes: a) epistemología lineal, y, b) epistemología sistémica o recurrente (Keeney 1991; Eguiluz, 2001; Hoffman, 2005).

El primero se fundamenta en un pensamiento lineal, que parece asignar una causa y un efecto en una sola dirección (Hoffman, 2005) en este sentido Mendoza (1991) y Eguiluz (2001) marcan como ejemplo que un evento A, dará como consecuencia un evento B, y el evento B será causa de C, sin que vuelva a afectar al evento A. Según Hoffman (2005) otra de sus características es que con este pensamiento se buscan las causas de los fenómenos, lo que facilita echar la "culpa" de un problema para vincularlo con su origen. De igual forma se fundamenta en el dualismo.

En este sentido las consecuencias de adoptar una postura de este tipo desemboca en: centrarse en el pasado, buscar culpables, considerar que cada evento es susceptible de ser analizado de forma aislada, sin importar el contexto, otorgando una posición clave a lo individual y a lo intrapsíquico, lo que a su vez facilita intervención que llevan a corregir los elementos "anormales" del usuario y a desarrollar programas de intervención generalizados para todos los pacientes (Keeney 1991; Eguiluz, 2001).

Por otro lado, la epistemología sistémica o recurrente se focaliza hacia aspectos ecológicos y contextuales, donde se consideran los sistemas totales así como la interrelación de elementos que los conforman y su complejidad. Se piensa en términos de procesos de cambio, aprendizaje y evolución (Keeney, 1991).

Las características de este tipo de epistemología se condensan en una terapia recursiva, la cual tiene un proceso de retroalimentación por medio de la reflexión que hace el psicólogo de su trabajo sobre el problema que está tratando, por un lado, y por otro, busca las conexiones que tiene con los contextos que lo corporizan (Mendoza, 1991).

La terapia familiar se fundamenta en este tipo de epistemología. La terapia familiar es un paradigma reciente, un sistema de referencia que revela y reordena datos de manera significativa, crea nuevos significados y abre nuevas perspectivas. Este paradigma nos obliga a romper con hábitos de pensamiento y modelos tradicionales (Stierlin, Rucker-Embden, Wetzels y Wirsching, 1999).

Entre las características del proceder profesional y vinculado al trabajo con este esquema, se pueden enumerar según Stierlin, Rucker-Embden, Wetzels y Wirsching (1999):

1. El individuo ahora se presenta influido de tal manera por el sistema, que el concepto de la individualidad personal se hace cada vez más problemático, ya que ahora los integrantes de una familia se le presentan como elementos de un círculo de interacción, en el que la conducta de un miembro influye necesariamente en la de todos los demás. Por tanto el comportamiento individual ya no se puede considerar unidimensionalmente como la causa del comportamiento de los demás: cada integrante influye en los demás y es influido a su vez por éstos.
2. Si ha de cambiar el individuo, deberá modificarse el medio en que se mueven. La unidad de tratamiento ya no es la persona aislada, aun cuando se entrevista a un solo individuo, sino la red de relaciones en que éste se halla envuelto.
3. La importancia que atribuye a factores relacionales reales. Este cambio determina el cambio hacia nuevos procedimientos terapéuticos.
4. Busca la reestructuración de las relaciones existentes.
5. Movilización de recursos familiares.
6. Las terapias individuales encuentran su lugar en el paradigma terapéutico familiar. Las intervenciones pueden comenzar con toda la familia o con uno de sus subsistemas como el individuo, ya que éste constituye un elemento o bien una totalidad.

Esta forma de proceder, centrada en el grupo familiar, surge gracias al aporte empírico de personas dedicadas al trabajo con individuos y con familias, sin embargo a nivel teórico se hicieron de igual forma aportaciones importantes que posteriormente contribuyeron a la consolidación de lo que actualmente llamamos "terapia familiar".

Todo comienza en la década de los 60's, en donde los conflictos bélicos de la época tenían una repercusión en las personas de las comunidades de los Estados Unidos, lo que generaba que los modelos de salud se vieran limitados y en crisis, esto gracias a que dichos modelos y/o enfoques no respondían a las necesidades que la sociedad requería en ese momento, en donde la principal demanda eran los trastornos emocionales, un buen ejemplo eran los casos de esquizofrenia.

Según Hoffman (2005) entre las personalidades más importantes que decidieron abordar este tipo de problemas fueron en su mayoría psiquiatras, tal es

el caso de Nathan Ackerman en Nueva York, quién en 1965 fundó el “Instituto de la Familia” que pretendía atender familias y formar terapeutas y comenzó a estudiar las interacciones familiares. Carl Whitaker junto con Tomas Malone se centraban en pacientes esquizofrénicos y sus familias, tratando de generar una nueva terapéutica que rompiera con lo habitual y con las viejas pautas de pensamiento y comportamiento. Don D. Jackson, Jhon Weakland, Jay Haley y Paul Watzlawick quien con el apoyo de Gregory Bateson fundaron el Mental Research Institute (M.R.I) hicieron grandes aportaciones con el concepto de “doble vínculo” o “doble atadura”.

Don D. Jackson, también desarrolló el concepto de homeostasis familiar, consideraba que alterando un elemento de la pauta podía alterar otros así como el síntoma; también comenzó a experimentar con la prescripción del síntoma; Jhon Weakland generó estudios de la comunicación y sentó las bases para lo que posteriormente se conocería como terapia breve. Jay Haley se convirtió en el fundador de la terapia estratégica. Trabajó en Filadelfia y Washington como psicoterapeuta, se le reconoce por las coaliciones, jerarquías, triadas y paradojas en el trabajo terapéutico. Paul Watzlawick comenzó a trabajar con el constructivismo, y desarrolló conceptos como: cambio de primer y de segundo orden. Su formación fue como lingüística y terapeuta, y uno de sus más grandes aportaciones fue el desarrollo de los axiomas de nueva teoría de la comunicación humana.

Milton H. Erickson fue otra gran influencia en cuanto a la utilización del lenguaje en el cambio. Comenzó su trabajo en Phoenix, Arizona, en donde se caracterizó por ser hipnoterapeuta, dándole importancia al poder del lenguaje, la metáfora, la paradoja, la prescripción del síntoma y la utilización de los recursos personales para la resolución de problemas.

Murray Bowen es otra persona que contribuyó desde 1946 en Washington; su formación como psiquiatra lo llevó a descubrir la importancia que tiene la familia de origen para el individuo, sobre todo la madre en la generación el vínculo y los problemas que un individuo puede construir a partir de la relación simbiótica que se genera en los primeros años de vida con la madre. Bowen desarrolla la teoría trigeneracional, que sienta las bases para el estudio de otras generaciones, ya que éstas pudieran tener influencia sobre la problemática actual por la cual cruza la familia.

Por otro lado, Salvador Minuchin, psiquiatra argentino comenzó en la década de los 60's a distinguirse por el trabajo con niños delincuentes en los Estados Unidos. Una de sus más grandes aportaciones es el desarrollo teórico y tecnológico para el cambio de la estructura familiar.

Finalmente las ideas de Gregory Bateson fueron un parte aguas en la conceptualización de los problemas humanos. Bateson fue zoólogo, antropólogo y epistemólogo, su más grande contribución fue el doble vínculo o la doble atadura.

Sus ideas facilitaron el desarrollo de un nuevo pensamiento el cual facilitaba la descripción y el estudio de la interacción entre organismos.

Para Stierlin, Rucker-Emden, Wetzel y Wirsching (1999), algunos de estos aportes contribuyeron al desarrollo de nuevas formas de pensamiento y consolidaron trabajos que se venían realizando como es el caso de la aplicación de la cibernética y la teoría de la comunicación humana así como la Teoría General de los Sistemas. Esta forma de ver los fenómenos se la puede describir también como un modelo circular y contraponerla al modelo causal lineal, monocausal, sobre el que se basan hoy día innumerables planteamientos psicológicos.

3.1. Análisis teórico conceptual de de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

3.1.1 Teoría General de los Sistemas.

Cuando se menciona la Teoría General de los Sistemas se hace referencia al trabajo que Ludwig Von Bertalanffy y sus colaboradores desarrollaron en la década de los 30's y 40's. Eguiluz (2001) marca que entre los objetivos principales que buscaba Bertalanffy estaban: a) la formulación de principios que pudieran ser aplicados a diversos sistemas, b) encontrar isomorfismos (o similitudes que permitieran un puente o una conexión) entre las ciencias, c) encontrar un lenguaje común que sirviera como punto de unión entre diversas disciplinas.

Complementando lo anterior, Vargas (2004) explicita que el objetivo era el de diseñar una teoría general de la organización, ya que uno de los problemas a los que se enfrentaba era el de la complejidad organizada. Por tanto se torna importante el proceso de organización del sistema. Hall y Fajen (s/f, citados en Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002) definen un sistema como "un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos" en donde los *objetos* son los componentes o partes del sistema, los *atributos* son las propiedades de los objetos y las *relaciones* mantienen unido al sistema, y continuando con esta lógica, se podría decir que cualquier cambio en cualquiera de los objetos producirá un cambio en todos los demás.

Según Ochoa de Alda (1995); Eguiluz (2001) Watzlawick, Beavin y Jackson (2002) la familia se comporta como un sistema abierto²⁰ y por tanto contiene ciertas características que son las siguientes:

²⁰Se distinguen entre dos tipos de sistemas, los abiertos y los cerrados. Los sistemas cerrados no intercambian información con su medio, como podrían ser las máquinas por ejemplo. Los sistemas abiertos están en constante intercambio con el medio, como lo podría ser la familia, ya que la familia se encuentra vinculada con otros sistemas como pueden ser las instituciones, profesionales de la salud, macrosistemas de ideas como puede ser lo cultural, es decir, estos sistemas se encuentran en constante interacción e intercambio de información con la familia.

- Totalidad: la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos. En consecuencia, de la evaluación de los individuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones (Ochoa de Alda, 1995).
- Recursividad: según Eguiluz (2001) este concepto nos permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se contienen en otros de mayor tamaño, y lo más importante de esta característica es que independientemente de si se trata de un subsistema o un suprasistema, cada uno se comporta como un sistema, como un individuo que posee todas las características de su especie o clase.
- Orden jerárquico: según Eguiluz (2001) implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo. En este sentido se vincular con conceptos tales como evolución, diferenciación, organización, etc. y siempre se refiere a estados de menor complejidad que evolucionan a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos. Ochoa de Alda (1995) marca que en toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan los demás. Es necesario subrayar que la relación jerárquica no sólo se observa entre las personas sino también entre los subsistemas a los que pertenecen. Así por ejemplo, los padres son legalmente responsables de cuidar a sus hijos, por lo que como subsistemas parental ocupan una posición superior al subsistema filial.
- Retroalimentación: Simon, Stierlin y Wynne (1997) marcan que la retroalimentación es un método que consiste en controlar un sistema reinsertando en él los resultados de su actuación pasada. Los circuitos y las estructuras de retroalimentación son elementos esenciales en los sistemas cibernéticos. En la teoría tradicional de la familia, la retroalimentación negativa se conceptualiza como elemento regulador de las familias y otros sistemas (homeostasis), como condición previa para la supervivencia del sistema en un medio en constate cambio. Esta formulación era más satisfactoria para explicar la estabilidad que para comprender el cambio. Keeney (1991) marca que también puede haber retroalimentación que corrija la desviación en una dirección distinta y se produzca un cambio en el sistema, a ésta se le llama "retroalimentación positiva". Para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado.
- Equifinalidad: se llega al mismo resultado aunque varíe el punto de partida. Cuando se observa un sistema, estructura o función, no se puede hacer necesariamente una inferencia con respecto a su estado pasado futuro a partir

de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen necesariamente los mismos efectos (Simon, Stierlin y Wynne, 1997); es decir, el sistema tiene la posibilidad de alcanzar el mismo resultado o estado Terminal aunque varié su punto de partida (Eguiluz, 2001).

- Equicausalidad: se refiere a la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos, esta propiedad y la anterior establecen la conveniencia de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma. Como consecuencia, para ayudar a la familia a resolver el problema hay que centrarse fundamentalmente en el omento presente, en el aquí y ahora. Por tanto, la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema de tal forma que se pueda influir en ellos para inicial el cambio terapéutico (Ochoa de Alda, 1995).
- Causalidad circular: describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca, de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema a la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez dé una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo a A (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).
- Regla 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 se la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí (Ochoa de Alda, 1995).
- Entropía y neguentropía: la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden, o la falta de un modelo en la estructuración de un sistema. La entropía negativa, o neguentropía se refiere en término general al grado de orden u organización de un sistema cerrado. En la segunda ley de la Termodinámica se afirma que la entropía de un sistema cerrado aumentará siempre hacia un máximo, que se alcanza cuando se logra el equilibrio. En termodinámica se habla de un incremento de la entropía cuando los sistemas pasan de estados menos probables a estados más probables. En la teoría termodinámica tradicional de sistemas cerrados ese proceso es irreversible. En la teoría de la información, el concepto de neguentropía se usa para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje codificado; un aumento de la información implica una reducción de la entropía. En otras palabras, la información y la neguentropía son esencialmente lo mismo (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).
- Homeostasis: es el equilibrio interno de la familia que se produce como consecuencia de las tendencias morfostáticas y morfogenéticas que tienen lugar en la dinámica del sistema total (Ríos, 2003).
- Teleología: el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (ciclo vital) a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a cada uno de sus miembros a través de dos mecanismo: morfogénesis y morfóstasis. a) Morfogénesis: proviene del griego (morphé, forma; génesis, generación) y se refiere a la formación y desarrollo de las estructuras de un sistema. Describe como un

fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación-amplificación, exagerando una desviación (cambio) mínima en el sistema, puede inducir un cambio desproporcionadamente grande en el mismo sistema; b) Morfostasis: proviene del griego (morphe, forma; stasis, permanecer quieto) y significa la capacidad de un sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante. Este concepto es similar al de homeostasis. Los dos se refieren a la manera en que un sistema elimina las perturbaciones y es capaz de mantener una estructura determinada. Los mecanismos esenciales que permiten que el sistema lo logre son los circuitos de retroalimentación negativa (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).

A partir de estas ideas y de las propiedades de los sistemas, se comenzó considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional, que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales, por lo que pierde sentido las unidades aisladas, y en cambio adquiere relieve y es objeto de búsqueda lo que ocurre entre las unidades del sistema (Andolfi, 1991).

Todo organismo es un sistema que tiene un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas y la familia se puede ubicar como un sistema abierto constituido por unidades ligadas entre sí y por reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambian información con el exterior (Minuchin y Fishman 1981; Andolfi, 1991, Keeney, 1991; Minuchin, 2004). La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, instituto, etc.), en otras palabras, esto significa que las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico (Minuchin y Fishman 1981; Andolfi, 1991 Haley, 2002; 2003; Minuchin, 2004).

De esta forma la familia esta en constante transformación, se adapta a las diferentes exigencias de diversos estadios de desarrollo por los que pasa (ciclo vital familiar) con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la conforman (Minuchin y Fishman 1981; Minuchin, 2004). El proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias: tendencia homeostática y capacidad de transformación: circuitos retroactivos actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (realimentación negativa), o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva) (Andolfi, 1991).

Así, la familia es conceptualizada como un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1988; Andolfi, 1991; Rodríguez, 2004). Cuando se origina tensión en la familia, desde dentro o fuera de la familia se requerirá un proceso de adaptación, es decir,

una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y de consentir el crecimiento de sus miembros por otro (Andolfi, 1991).

3.1.2 Cibernética.

Según Eguiluz (2001) se le atribuye a Wiener el desarrollo de la cibernética. Para la concreción de lo que hoy se conoce como cibernética, Wiener trabajó con Arturo Rosenblueth, que fue un fisiólogo (brazo derecho de Wiener al desarrollar esta nueva ciencia).

Wiener (1948, citado en Simon, Stierlin y Wynne, 1997) intentó abarcar todo el campo de la teoría del control y la comunicación, se tratase de máquinas o animales. La cibernética se ocupa de investigar científicamente procesos sistémicos de carácter muy variado, entre ellos los fenómenos de regulación, procesamiento de la información, adaptación, autoorganización, autorreproducción, acumulación de información y conducta estratégica. Dentro del enfoque cibernético general se han desarrollado los siguientes campos teóricos: teoría de los sistemas, teoría del control, teoría de la información, teoría de la comunicación, teoría del juego y teoría de la decisión.

La historia de la cibernética comienza según Vargas (2004) en Nueva York en el año de 1942, en Nueva York tuvo lugar la primera de una serie de conferencias financiadas por la Fundación Josiah Macy Jr. Fue en este evento donde presentaron por primera vez Rosenblueth, Wiener y Bigelow un trabajo acerca de la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional, haciéndose énfasis en la autocorrección y la autorregulación, y el éxito fue tal que dicho evento se repitió durante cuatro años consecutivos; habiendo mucho interés por parte de varios especialistas, entre ellos el antropólogo Gregory Bateson²¹, personaje fundamental en el desarrollo de la cibernética aplicada a la conducta.

Así Keeney (1991) hace en su libro "Estética del cambio" una síntesis sobre lo que implica la cibernética de primer y segundo orden, y se expondrá a continuación.

La cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización. En este mundo se pueden concebir dos clases de sucesos en que se manifiesta la pauta: en lo material y en los inmateriales. La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Gregory Bateson acertó al marcar que las leyes que rigen la corporización de lo lamente deben buscarse entre las leyes que gobiernan la información, y no la

²¹ Dentro de estos primeros trabajos desarrollados se comenzaban a aplicar conceptos cibernéticos como circularidad, información, retroalimentación, regulación, autoorganización, entre otros. Se comenzó a aplicar a diversos campos científicos, se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas e incluso se pasó a hablar en años posteriores de una cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética.

energía o la materia, por lo que el concepto de retroalimentación²² se volvió crucial.

El concepto abrió la posibilidad para explorar “el control de las máquinas”, ya que la retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. De esta forma los conceptos de información, control y retroalimentación pasaron a formar parte de este nuevo pensamiento llamado “cibernético”. Este tipo de ideas fueron utilizados para el estudio de procesos dinámicos y estáticos, en donde se vincularon conceptos como homeostasis y cambio, que a pesar de que parecen contradictorios son complementarios, de tal forma que puede entenderse todo cambio como un empeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.

Diversos aspectos de la teoría cibernética han sido importantes en ámbitos bastantes diferentes de la investigación teórica y práctica. La integración de esos diversos aspectos de la cibernética en una ciencia unificada estuvo a cargo en su mayor parte de los matemáticos, en los primeros años de la década de 1940. Realizaron esta tarea limitando sus investigaciones a las relaciones y funciones formales de la conducta y estudiándolas independientemente de los procesos de transferencia y transformación de la energía. Gregory Bateson, en particular, se dio cuenta de la importancia de la cibernética para comprender e influir en las relaciones humanas complejas (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).

Una vez que se tuvo esta red de conceptos bajo un marco de pensamiento cibernético, se comenzó a estudiar sistemas más complejos, considerando que éstos envuelven un ordenamiento jerárquico de retroalimentaciones. Importa recordar que esta jerarquía es una red recursiva, y no una pirámide dividida en estratos, y cuando se habla del proceso de retroalimentación se alude a una red recursiva (Keeney, 1991).

3.1.3 Cibernética de primer orden.

En un primero momento se habló de cibernética (o cibernética de primer orden), en donde los ingenieros solían referirse al estudio de las “cajas negras”. La ingeniería cibernética de las cajas negras se limitaba a examinar la relación entre lo que entra en un sistema (la entrada o insumo) y lo que sale de él (salida o producto). Dicha relación era cibernética cuando la salida actuaba de tal modo sobre la entrada que modificaba las salidas futuras. La concepción de la caja negra, que postula que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, suele dar origen a la suposición de que aquél es capaz de manipular o controla unilateralmente el sistema que está observando. Sin embargo, esta concepción es incompleta y sólo resulta útil en aquellas situaciones que exigen un manejo

²² Es decir, el retorno de la información para formar un lazo de control cerrado.

unilateral, en un orden superior de recursión se tendría que incluir a quién calibra la máquina (Keeney, 1991).

De esta noción surgieron los conceptos de retroalimentación, organización e información. Los procesos centrales eran los procedimientos que optimizan el logro de un objetivo: la homeostasis, en el sentido de procesos correctivos. La terapia familiar en este primer periodo pone énfasis en reglas familiares, mitos familiares y patrones interactivos (Sluzki, 1985).

3.1.4 Cibernética de segundo orden.

Estos conceptos tuvieron grandes implicaciones teórico-metodológicas en la terapia familiar sistémica, así como un cambio de visión, ya que desde la cibernética de segundo orden se incluye quién calibra, o en otras palabras, el terapeuta forma parte de un sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación; en dicho nivel es incapaz de ejercer un control unilateral, y puede facilitar, bloquear la autocorrección indispensable en el sistema familiar (Keeney, 1991).

Lo anterior facilita abrir el problema de la "autorreferencia" ya que ahora el terapeuta es incluido dentro de lo observado. Al respecto Laura Fruggeri & Massimo Matteini (1988, citado en Mendoza, 1991), nos dicen que en este paradigma alterno "el observador utiliza el modelo teórico para analizar su relación con el sistema. Este paradigma sugiere una relación de tipo autoreferencial entre el observador, el fenómeno estudiado y el modelo teórico". Esto permite que el observador participe en el proceso de observación; que al describir al objeto observado, se describa así mismo. En esta perspectiva, el sistema existe sólo a través de las diferencias bosquejadas por el observador: el sistema no es un dato, pero es una forma de organizar el dato que el observador elige. "La descripción del sistema, hace al sistema diferente. A cada grado, el observador describe al sistema a través de un entretenimiento, el cual modifica su relación con el sistema" (Varela, 1979, citado en Mendoza, 1991). Esta es la base de la epistemología cibernética.

Nosotros como clínicos organizamos la realidad a través de un filtro epistemológico, esto con la finalidad de poder organizar el trabajo terapéutico. Un terapeuta lineal progresivo, es aquel que trabaja con una serie de causas y argumentos cuya secuencia no vuelve al punto de partida, lo que lo ubica dentro del primer paradigma expuesto. Una terapia recursiva, que se ubica dentro del segundo, tiene un proceso de retroalimentación por medio de la reflexión que hace el psicólogo de su trabajo sobre el problema que está tratando, por un lado, y por otro, busca las conexiones que tiene con los contextos que lo corporizan. Esto se logra al ubicarse el psicólogo en los niveles de observador y observado. Lo que la rata hace o no, contribuye a organizar la conducta del experimentador. La cibernética de segundo orden es, pues, una manera de señalar la participación y la inclusión de los observadores dentro del sistema (Mendoza, 1991).

En el ámbito de la terapia familiar, las ideas procedentes de la cibernética hicieron que se formularan preguntas fundamentales sobre muchos presupuestos epistemológicos y ciertas premisas terapéuticas y de diagnóstico. Aquí pueden distinguirse dos fases. En la primera, los investigadores se preocuparon por determinar cómo se podría mantener la estabilidad en un sistema (cibernética de primer orden). En la segunda, los temas predominantes fueron las condiciones y necesidades del cambio y la creatividad, es decir, centrados en las relaciones causales recíprocas que amplifican las desviaciones (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).

3.1.5 Nueva Teoría de la Comunicación Humana.

Durante mediados del siglo pasado hubo una expansión de las ciencias del comportamiento, esto se generó gracias al enfoque comunicacional o interaccional o sistémico. Su origen se nutre de campos tales como la ingeniería de comunicaciones y la cibernética, además de la antropología y la teoría de los sistemas. Es posible que haya sido precisamente esta característica la que le otorgó tal cualidad expansiva, en tanto proporcionó un modelo general, no enraizado en campo específico que puede ser aplicado con comodidad tanto en las ciencias psicológicas como en las ciencias sociales.

A partir de 1945, año de la publicación de los primeros trabajos de Wiener y Rosenblueth, De Shannon y Weaver, y de von Bertalanffy, proliferó una producción científica multifacética. Por una parte, se desarrolló la teoría de la información, de base notoriamente tecnológica, centrada en el estudio de las condiciones ideales para la transmisión de información y en los límites y las perturbaciones de los sistemas artificiales de comunicación. Por otra parte, se expandió el campo de la comunicación de masas, centrada en el estudio de las características y los efectos de los medios de comunicación masivos, finalmente, y nutriéndose de las contribuciones del notable antropólogo Gregory Bateson y de diversos investigadores del Mental Research Institute de Palo Alto California en Estados Unidos, se fue perfilando la base conceptual del modo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de comunicación sino en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos (Sluzki, s/f, citado en Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002).

Se le atribuye el calificativo “nueva” precisamente para distinguirla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver en 1949, que contenía formas de explicación sumamente simple y mecánicas (Eguiluz, 2001).

Hacia los años 50's en California, un equipo de investigación guiado por Gregory Bateson desarrolló dos constructos teóricos que vendrían a funcionar como principios del trabajo terapéutico con orientación sistémica. La hipótesis del doble vínculo y la familia como un sistema homeostático. Si bien la hipótesis del doble vínculo es fundamental para concebir como las formas de interacción

humana (cuyo vehículo es la comunicación) son un elemento de suma importancia para pensar el trastorno psicológico en términos interaccionales; es la metáfora del sistema la que me interesa enfatizar en este breve y apenas bosquejado recuento histórico.

En el año de 1956 aparece el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" publicado por el equipo de Bateson, conformado por Weakland, Haley y Don Jackson. En este texto se presenta una aproximación teórica al problema de la esquizofrenia donde se desplaza el foco de atención original de las explicaciones etiológicas tradicionales (centradas en la psique o mente del enfermo) y se pasa al ámbito de la comunicación interpersonal. Este desplazamiento constituiría una separación con respecto al modelo médico vigente donde el trastorno se demarcaba como una patología mental. Pensar el trastorno psicológico de una manera diferente fue posible gracias a la metáfora del sistema, la metáfora cibernética, que habría de guiar el trabajo terapéutico sistémico los siguientes 30 años (Vargas, 1991).

Los resultados de esta investigación sirvió para encontrar diversos niveles en la comunicación: a) niveles de significación; b) niveles de tipo lógico y c) niveles de aprendizaje. Los estudios sirvieron para comprender el comportamiento de los esquizofrénicos, e introdujeron el concepto de "doble vínculo" como el determinante crucial de dicho trastorno.

Las condiciones para generar un doble vínculo son según Bateson, Jackson, Haley, y Weakland (1956) y Hoffman (1990):

- Dos personas que tienen una relación afectiva.
- Una de las personas ejerce cierto poder o jerarquía sobre la otra (díada víctima-poderoso).
- Un mandato primario negativo, que implica una amenaza para la víctima "no hagas eso".
- Un mandato secundario que entra en conflicto con el primero "no atiendas a nada de lo que digo", en donde se puede encontrar en contradicción con el primer mensaje a través del lenguaje no verbal o por el tono de voz.
- Una mandato terciario que prohíbe a la víctima escapar o cualquier comentario, en donde generalmente son claves no verbales, que refuerzan reglas que no es necesario explicar y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo o huir.
- Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes.
- Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

Los resultados encontrados en el Mental Research Institute referentes a la teoría del Doble Vínculo sirvieron de base para comenzar a indagar sobre la

pragmática de la comunicación, es decir, como la comunicación afecta a la conducta, y a partir de diversos estudios el equipo de Palo Alto comenzó a trabajar con cinco axiomas básicos que hoy en día forman parte del marco epistemológico de la terapia familiar, los postulados son los siguientes: a) toda comunicación es conducta y como es imposible dejar de comportarse es imposible dejar de comunicarse; b) toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, de tal manera que el segundo clasifica al primero; c) las personas puntúan la secuencia de hechos; d) hay dos niveles de comunicación: analógico y digital; e) las personas interaccionan de forma simétrica o complementaria. Estos resultados fueron expuestos por Watzlawick, Beavin y Jackson (2002) publicados con el nombre de "Nueva Teoría de la Comunicación Humana". A continuación se hace una síntesis de los cinco axiomas básicos, así como de las patologías que se pueden facilitar en función de la pragmática comunicacional:

a) La imposibilidad de no comunicar: se llama mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se habla de comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción, ya que constituyen un nivel más elevado en la comunicación humana. Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.

➤ **Patología:** una situación típica de esta clase es un encuentro entre dos desconocidos, uno de los cuales quiere establecer una conversación y el otro no, por ejemplo, dos pasajeros en un avión que comparten un asiento. Supongamos que A sea el que no quiere hablar. Hay dos cosas que no puede hacer, no puede abandonar físicamente el campo y no puede no comunicarse. La pragmática de este contexto comunicacional se ve así limitada a unas ciertas reacciones posibles:

a) Rechazo de la comunicación: A puede hacer sentir a B, en forma más o menos descortés, que no le interesa conversar.

b) Aceptación de la comunicación: A terminará por ceder y entablar conversación.

c) Descalificación de la conversación: A puede defenderse mediante una técnica de la descalificación, esto es, puede comunicarse de manera tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas (cambios de tema, oraciones incompletas).

d) El síntoma como comunicación: a puede fingir somnolencia, sordera, borrachera, ignorancia del idioma o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse.

b) Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación: toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación. Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone

conductas. Siguiendo a Bateson, estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales y connotativos de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite datos de la comunicación y el connotativo dice cómo debe entenderse la misma. La relación puede expresarse en forma con verbal gritando o sonriendo, y puede entenderse claramente a partir del contexto en que tiene lugar. La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición esencial de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro. Así llegamos al 2º axioma "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación".

➤ **Patología:**

1. En el mejor de los casos, los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y también al de relación.
2. En el peor de los casos, encontramos la situación inversa: los participantes están en desacuerdo con el nivel de contenido y también al de relación.
3. Entre ambos extremos hay varias formas mixtas importantes:
 - Los participantes están en desacuerdo con el nivel de contenido pero ello no perturba su relación
 - Los participantes están de acuerdo con el nivel de contenido pero no en el de su relación
 - Otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos, "contenido y relación"
 - Por último están todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido a fin de no poner en peligro una relación.

En los trastornos de la comunicación debidos a la confusión entre el contenido y la relación, el desacuerdo puede surgir en cualquiera de los dos niveles, y ambas formas dependen una de la otra. Estos aspectos se relacionan con: a) Definición del self y del otro: en el nivel relacional las personas proponen mutuamente definiciones de esa relación. La persona P puede ofrecer a la otra, O, una definición de sí misma; b) Confirmación: O, puede aceptar (confirmar) la definición que da P de sí mismo; c) Rechazo: el rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por ende, no niega necesariamente la realidad de la imagen que P tiene de sí mismo, de hecho ciertas formas de rechazo pueden ser constructivas; d) Desconfirmación: no se refiere a la verdad o a la falsedad de la definición que P da de sí mismo, sino más bien, niega la realidad de P como fuente de tal definición. La desconfirmación afirma de hecho: "Tú no existes"; e) niveles de percepción

interpersonal: estamos en condiciones ya de volver a la jerarquía de mensajes que surge cuando analizamos la comunicación en el nivel relacional. Hemos visto que ante la definición que P da de sí mismo, O puede dar tres respuestas posibles: confirmación, rechazo o desconfirmación. Por medio de cualquiera de ellas O comunica: "Así es como yo te veo". Esto lleva a contextos metacomunicacionales cuya complejidad hace tambalear la imaginación y que sin embargo, tienen consecuencias pragmáticas muy específicas; f) **Impenetrabilidad**: la visión que el otro tiene de mí es tan importante como la que yo tengo de mí mismo. Lo que hace que la impenetrabilidad sea tan difícil de resolver desde el punto de vista terapéutico es el hecho de que las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas.

c) La puntuación de la secuencia de los hechos: la puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Así llegamos al 3º axioma "La naturaleza de una relación depende de una puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes".

➤ **Patología:** las discrepancias en cuanto a la puntuación de las secuencias de hecho 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. Lo que podemos observar en casi todos estos casos de comunicación patológica es que constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación, es decir, hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse. Los conceptos de causa y efecto resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción y se pueden generar la profecía autocumplidora, es decir, se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. Lo que caracteriza la secuencia y la convierte en un problema de puntuación es que el individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes, y no que las provoca (piensa, nadie me quiere... todos terminan por no quererlo a causa de su actitud).

d) Comunicación digital y analógica: estos dos tipos de comunicación -uno mediante la semejanza auto explicativa y otro mediante una palabra- son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. La comunicación analógica es toda comunicación no verbal, incluyendo la postura, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación,

mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

➤ **Patología:** puede haber errores de traducción entre el material analógico y digital.

e) **Interacción simétrica y complementaria:** en una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.

➤ **Patología:** las patologías potenciales son:

➤ Escalada Simétrica: en una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia.

➤ Complementariedad rígida: equivale a desconfirmaciones antes que a rechazos del self del otro. Así, según el contexto, el mismo patrón puede ser acabadamente confirmador del self en un momento y desconfirmador en una etapa posterior de la historia natural de una relación.

La nueva teoría de la comunicación humana impacta en la terapia familiar ya que se centra en los efectos pragmáticos, es decir, en los efectos que tiene la comunicación sobre el comportamiento. Se rescata la comunicación como un elemento que forma parte de la condición de la vida humana y el orden social. También es obvio que desde el comienzo de su existencia, un ser humano participa en el complejo proceso de adquirir reglas de la comunicación, ignorando casi por completo en qué consiste este conjunto de reglas que forman parte de la comunicación humana. Otro aspecto importante a considerar es que no se limita a estudiar la comunicación como un fenómeno unidireccional (del que habla al que escucha) sino que se considera a la comunicación como un proceso de interacción, dando la oportunidad de conceptualizar los problemas humanos bajo una perspectiva nueva y diferente que se ha anclado a la visión de la terapia familiar sistémica.

3.1.6 Constructivismo.

Durante los años 80's se viene a presentar una corriente de discursos críticos que se enfrentan a este dilema en la práctica de la terapia sistémica. Si en los 50's fue posible una conceptualización diferente del trastorno psicológico gracias a una forma de aplicar el pensamiento Batesoniano, en los 80's encontramos otra posibilidad en lecturas diferentes del mismo Bateson, y en el trabajo de biólogos especializados en el campo de la ciencia cognitiva como Humberto Maturana y Francisco Varela, lingüistas como Ernest Von Glasersfeld, epistemólogos como Heinz von Foerster, antropólogos como James Clifford e incluso hacia dentro de nuestra propia disciplina en el trabajo de Kenneth Gergen. Su crítica se presenta como una forma totalmente diferente de conceptualizar nociones que nuestro sentido común había adoptado como evidentes o cuando menos incuestionables. Nociones como "lo real", "la objetividad", "el sujeto" o la "historia" son incluidas en

una esta corriente de pensamiento que reestructura nuestro pensar de "lo psicológico".

En términos generales el contexto de discusión en que encontramos estos discursos críticos en el de la epistemología. El cuestionamiento explícito se dirige a la pregunta "¿cuales son las condiciones bajo las cuales es posible un conocimiento verdadero?" En este punto el trabajo de los biólogos Humberto Maturana, Francisco Varela y el epistemólogo Heinz von Foerster nos permite plantear algunas líneas de este pensar crítico. Ellos se interrogan por la posibilidad de un mundo independiente al observador, sus investigaciones referentes al modo en que el cerebro procesa la información. El cerebro no procesa la información el sentido análogo al de una cámara fotográfica sino a través de la identificación de diferencias. El acto perceptual no se constituye en términos de un mapeo de los objetos exteriores hacia un punto en el cerebro sino en el cálculo de las diferencias que se registran en las superficies, texturas o espacios. El cerebro constituye conjuntos de invarianzas que se identifican como objetos sólidos que experimentamos como lo que está ahí y que llamamos "objetivo". Sin embargo sería imposible saber como es "realmente" lo que se percibe antes de que sea procesado por el cerebro. Aquello que señalamos como "objetivo" o "real" sólo se puede asumir cuando coincidimos con alguien más que confirma nuestro computo de diferencias. De hecho nuestras ideas sobre el mundo son ideas compartidas, según von Foerster, conseguidas a través de consensos mediados por la cultura y el lenguaje. En este punto es entonces posible decir que aquello que entendemos como "realidad" es el resultado de un juego de interacciones sociales. En la medida que nos relacionamos con el mundo construimos nuestras ideas acerca de él en la conversación con otros individuos.

Este movimiento del juego de interacción sujeto (pensado en términos de conciencia o conducta) mundo hacia una relación lenguaje/mundo nos lleva a focalizar cómo las frases, los discursos, las palabras están inmersas en nuestra vida cotidiana y constituyen formas de vida (Vargas, 1991). En este sentido, el lenguaje se convierte en la herramienta para construir la realidad. De esta forma se puede expresar lo que cada cual percibe y conoce (Limón, 2002). Estos son los fundamentos de lo que hoy conocemos como constructivismo.

El enfoque sistémico comenzó a considerar la descripción de las formas en que los seres humanos, en contextos sociales, construyen cognitivamente en el lenguaje el mundo en el que viven y la repercusión que dicho proceso tiene en la formación de problemas humanos y del cambio terapéutico (constructivismo) (Moctezuma y Desatnik, 2001).

El constructivismo plantea que un organismos nunca es capaz de reconocer, describir o copiar, la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella, un modelo o "mapa" que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y que obedece a principios evolutivos de selección. Retomando elementos de la biología y de la teoría evolutiva de Jean Piaget, el constructivismo postula que las estructuras orgánicas

y cognoscitivas evolucionan de manera similar, esto es, a través de procesos de selección que operan por medio de ensayo y error, en donde las experiencias adquiridas se transforman en hipótesis para orientar la acción futura de los organismos. Desde esta perspectiva, los sistemas vivientes son sistemas cognoscitivos y la vida un proceso de conocimiento. Sin caer en el solipsismo para el constructivismo existe un mundo afuera (de nosotros) que no puede ser conocido, y eso que no puede ser conocido es “el mundo tal cual es”.

Gregory Bateson creía que si se sabe como las personas establecen distinciones en su entorno y como las organizan para construir su realidad (puntuación) entonces el terapeuta tendría una herramienta importante, en tanto podría comprender la experiencia de un individuo observando de qué manera es puntuado su contexto social. Dado que el individuo o la familia acuden al consultorio con hábitos de puntuación ya arraigados, por lo que es importante tener en cuenta como el terapeuta puntúa los hechos y como la familia observa y categoriza su propia experiencia, que es totalmente distinta de cómo lo hace el observador (terapeuta)²³ (Limón, 2002).

El constructivismo fue una influencia muy importante en la terapia familiar y facilitó el centrarse no en una realidad normativa sino en la idiosincrasia de los clientes y las familias, y a partir de dicha información generar nueva información que permitiera una mejor adaptación a la realidad que la persona o la familia tiene o representa. En este sentido el lenguaje juega un papel fundamental como piedra angular en la construcción de realidades.

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

Actualmente, la denominación “terapia familiar” se ha convertido en un cajón de sastre que engloba numerosas y dispares formas de hacer terapia, a las que les sigue el apelativo de “familiar” (Ochoa de Alda, 1995). A lo largo de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala la formación profesional se centró en aspectos teórico-prácticos de las diversas metodologías que conforman la gama de modelos enfocados al trabajo con las familias desde un enfoque sistémico y posmoderno.

Algunos modelos se apegan más rigurosamente a los marcos epistémicos que otros, sin embargo, entre los mismos modelos se pueden hallar diferentes en la forma de proceder y de conceptualizar las problemáticas. Por tanto, a continuación se expondrán de manera breve los modelos que surgen de estas ideas.

²³ Esta idea tiene que ver con el axioma 3 del apartado anterior sobre “Nueva Teoría de la Comunicación Humana”.

3.2.1 Modelo Estructural.

3.2.1.1 Historia.

El modelo estructural de terapia familiar fue desarrollado por Salvador Minuchin. Tiene formación como médico psiquiatra; nació en Argentina en 1921, en el marco de una familia judía. A partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problema psicosomáticos.

Salvador Minuchin llevó a cabo su trabajo inicial en la Chile Guidance Clinic de Filadelfia en Estados Unidos. Las personas con las que trabajó inicialmente fueron Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte y Bernice Rosean. En el año de 1965 Minuchin inició su labor como director de la Philadelphia Chile Guidance Clinic, que por mucho tiempo estuvo a la vanguardia como centro de terapia familiar y de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajan con poblaciones marginadas (Desatnik, 2004).

3.2.1.2 Estructura familiar.

La 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, cuando y con quien relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema a parte de que regulan la conducta de los miembros de la familia.

Gracias a estas pautas el sistema se autorregula y se mantiene a sí mismo, favoreciendo resistencias al cambio (esto para conservarse y mantenerse) más allá de cierto nivel y trata de conservar las pautas existentes con las cuales el sistema familiar se rige. Cuando hay situaciones de desequilibrio en el sistema, la familia intenta restablecer el equilibrio, utilizando estrategias como la culpabilidad, riñas, enfermedades, o en otras palabras, un síntoma que se convierta en la forma de mantener las cosas como están, es decir, de equilibrar el sistema (Minuchin y Fishman, 1981; Minuchin, 2004)

Los elementos que conforman la estructura familiar son: a) subsistemas, b) límites, c) jerarquías, d) alianzas, e) coalición, y, f) triángulos; que como ya se mencionó, están organizadas a partir de pautas de transacción (Minuchin, 2004; Desatnik, 2004). A continuación se retomaran los aspectos mencionados para su explicación.

3.2.1.3 Subsistemas.

Para Minuchin y Fishman (1981) y Minuchin (2004) el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas que están conformados por generación, sexo, intereses o funciones, de tal manera que cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Entre los subsistemas con mayor relevancia se encuentran:

Subsistema conyugal: se forma cuando dos adultos de sexo opuesto se unen con la intención expresa de constituir una familia. Esto genera una acomodación entre la pareja que los lleva a desarrollar pautas de complementariedad para la negociación, de tal manera que tengan que ceder ambos parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia (a una nueva familia).

Subsistema parental: se forma cuando nace el primer hijo y la pareja se convierte en papá y mamá. Es un aspecto importante ya que se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. A partir de que llega el primer hijo, el subsistema familiar debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Se deben de trazar límites claros que permitan el acceso a ambos padres pero a la vez excluyéndolo de las relaciones de sus padres o del subsistema conyugal. Conforme comienza a crecer el niño o los niños, el subsistema parental debe de ser capaz de reconocer las necesidades de sus hijos, así como comenzar a respetar los inicios de su autonomía. Los hijos comenzarán a tener contacto con personas ajenas al sistema familiar (como amigos, vecinos, maestros, etc.) así como con contextos diferentes (escuela, centros de salud, grupos de amigos, etc.) y el subsistema parental debe de flexibilizar para adaptarse a estos nuevos factores que implican la sociabilización de los hijos. Se espera que los padres comprendan las necesidades de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen. El factor "edad" es importante ya que los requerimientos y cambios en la familia están en función de la edad de los hijos, es decir, es diferente tener hijos pequeños a hijos adolescentes. 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.

Subsistema fraterno: se conforma por los hermanos o los hijos de los padres. Los niños al estar entre iguales aprenden a sociabilizar, a negociar, cooperar y competir. Aprenden a lograr amigos, a ceder, a compartir, a lograr reconocimiento y a desarrollar habilidades que en un futuro le serán útiles. Cuando los niños se ponen en contacto con el mundo de sus iguales extrafamiliares, intentan actuar de acuerdo con las pautas del mundo fraterno. Cuando aprenden formas alternativas de relación, incorporan las nuevas experiencias al mundo fraterno.

3.2.1.4 Límites.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan, y de que manera. La función de los límites reside en la protección de la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior y el exterior de una familia resulta un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

Los tres tipos de límites que se pueden encontrar en un sistema familiar son: a) límites claros (límites claramente definidos), b) límites difusos (límites que son permeables), y c) límites rígidos (Minuchin, 2004).

3.2.1.5 Jerarquías.

El modelo estructural define a las jerarquías como la función del poder y sus estructuras en la familia. La jerarquía corresponde a la diferenciación de roles de padres e hijos y de las fronteras entre generaciones (Minuchin, 2004).

3.2.1.6 Alianzas.

Por "alianza" se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas; supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie (Minuchin, 2004).

3.2.1.7 Coalición.

Es la unión de dos miembros contra un tercero; es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero, de tal manera que se dividen los participantes de una colación entre un grupo aliados y un oponente. La diferencia con la alianza es que en este caso se tiene un oponente, y en la alianza no (Minuchin, 2004).

3.2.1.8 Triángulos.

Su función es equilibrar la relación de dos miembros, insertando a un tercero para encubrir y/o desviar un conflicto. Hoffman (1990) cuatro tipos de triangulaciones diferentes: a) triángulo simple, en donde los padres se pelean por el hijo para ganarlo, por ejemplo, los padres que se pelean enfrente del niño discutiendo sobre quien lo quiere más y por qué, y uno y otro comienzan a regalarle cosas (simétricamente) para ganarlo a costa de dejar mal al otro padre; b) coalición o triángulo perfecto; se caracteriza porque hay gente de dos generaciones (padres-hijo), un ejemplo sería el explicado en el apartado anterior "coaliciones" sobre la madre-hijos contra el padre periférico; c) desviador atacador, un ejemplo sería el explicado en el apartado de "coalición" sobre el niño que es chivo emisario; y, d) triángulo desviador asistidor, es cuando hay una exacerbada involucración tanto de los hijos como de los padres que se encuentran tan unidos

que terminan sobre involucrando para desviar el conflicto, por ejemplo, cuando los padres se pelean, en ocasiones utilizan a los hijos para enviarse recados, y los hijos terminan como mediadores o intercomunicadores entre el sistema parental.

3.2.1.9 Adaptación de la familia.

Una familia se encuentra sometida a presión interna (gracias a los subsistemas y acomodación de los miembros de la familia) y externa (como la de las instituciones). La respuesta a estos requerimientos exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad. Cuando el sistema familiar se vuelve rígido y no permite flexibilizarse antes los requerimientos puede surgir un síntoma para equilibrar la familia ante la situación que enfrenta.

El estrés o presión en la familia tiene cuatro fuentes principales: a) contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares; b) contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares; c) estrés en los momentos evolutivos de la familia; y, d) estrés referentes a problemas de idiosincrasia.

Finalmente vale la pena marcar esta relación entre estructura familiar y adaptación, en donde la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, es decir, debe de ser capaz de tener disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y de flexibilidad para generar posibles cambios (Minuchin y Fishman, 1981; Minuchin, 2004; Desatnik, 2004).

3.2.1.10 Conceptualización del problema.

Desde el modelo estructural, el problema se conceptualiza no de forma individual, es decir, el problema es de una sola persona, si no de todas las que conforman el sistema familiar, esto gracias a que todos los elementos del este sistema están en relación con todos. Se pueden ubicar algunos aspectos importantes que pueden conllevar a un mal funcionamiento del sistema familiar, esto gracias al tipo de interacciones que fomentan ciertas configuraciones de los subsistemas u holones. Entre las más importantes se pueden ubicar: como la familia percibe su realidad, el exceso de pertenencia e individuación de la familia, la no diferenciación entre los subsistemas (en función de los límites), la falta de adaptación a los cambios que la familia va teniendo en su ciclo vital y la repetición de la pautas. El objetivo de las siguientes explicaciones es marcar como cada uno de estos aspectos pueden conllevar a problemas en la familia (Minuchin y Fishman, 1981; Minuchin, 2004).

3.2.1.11 Proceso terapéutico desde el Modelo Estructural.

Principalmente se fundamenta en la lógica de la adaptación familiar, en donde la familia constantemente en crisis, lo que facilita romper el equilibrio familiar pero también permite reestructurarse para tener una nueva adaptación a la

situación. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que el sistema se configure con pautas que impliquen un síntoma o problema, lo que generará equilibrio y por tanto la familia se mantendrá con estas pautas de interacciones aunque se produzcan problemas referentes a la percepción de la realidad, del exagerado sentido de pertenencia o individualidad, de los límites, de la no diferenciación de subsistemas o del ciclo vital.

Por tanto el objetivo del modelo estructural tiene como objetivo central reestructurar la organización familiar, llevando a la familia a un desequilibrio, es decir, el terapeuta busca romper el equilibrio actual para quebrantar su homeostasis y así generar nuevas posibilidades de relacionarse y de establecer un nuevo orden adaptativo en el sistema familiar, de manera que ésta logre ajustarse a la crisis y tenga pautas acorde con la situación que esta viviendo la familia.

Al haber una reestructuración en el sistema familiar hay cambios, los cambios llevan a crisis, las crisis buscan el equilibrio y el equilibrio conlleva a la adaptación del sistema ante la situación vivida. Los cambios realizados se mantienen gracias a que el sistema se autorregula, de tal manera que una vez introducido un cambio en la estructura, el sistema lo mantiene (Minuchin y Fishman, 1981; Minuchin, 2004).

3.2.1.12 Función del terapeuta.

La presencia del terapeuta estructural es una piedra angular en la terapia. El terapeuta es un miembro nuevo que se suma al sistema para formar otro sistema diferente (el sistema terapéutico), entonces, la familia llegará con una demanda o queja sobre un integrante familiar denominado "paciente identificado". El terapeuta desde el primer momento que hace contacto con la familia tiene que irse adhiriendo al sistema, para que una vez desde dentro comience a desequilibrar el sistema. Esto es de suma importancia ya que el terapeuta ingresa al sistema familiar para desequilibrarlo, y llevar a la familia a experimentar nuevas formas de relacionarse o percibir las cosas para permite un nuevo orden y equilibrio. El terapeuta se convierte en un director de orquesta, que organiza y desequilibra a la familia para obtener cambios en los elementos de la estructura familiar (Minuchin y Fishman, 1981).

3.2.2 Modelo Estratégico de Jay Haley.

3.2.2.1 Historia.

El creador de este modelo es Jay Haley, quién nació en Wyoing, Estados Unidos, en 1923. Estudió Arte Teatral y Bibliotecología en la UCLA, posteriormente hizo un posgrado en Comunicación en la universidad de Stanford.

Jay Haley se comenzó a interesar por los sistemas a partir de una serie de eventos que fueron concatenando sus ideas, por ejemplo, en el año de 1946 se

había publicado el libro de Teoría General de los Sistemas, y había algunos escritos que se interesaban en ésta, por tanto se hablaba de la totalidad, entropía, orden y organización. Para el año de 1948 Wiener publicó su libro titulado “Cibernética” que hacía énfasis en los procesos de retroalimentación y la autocorrección. Paralelamente se publicaba la Teoría de la Información propuesta por Shannon y Weaver, en donde se hacía énfasis en la complejidad organizada y las leyes de la termodinámica. Para 1962 Gregory Bateson dirigía un proyecto de investigación junto con Jackson, Weakland y William Fry. Jay Haley retomó estas ideas enmarcadas con el rótulo de “Teoría de la Comunicación Humana” y las complementó con las ideas y el trabajo comunicacional del gran hipnoterapeuta Milton H. Erickson que tuvo gran influencia en Haley.

En 1962 Haley junto con Jackson y Ackerman fundan la revista Family Therapy, un año después publica “Estrategias de psicoterapia”, y de 1965 a 1975 trabajó junto con Minuchin y Montalvo en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, donde llegó a ser director de investigación.

Todas estas ideas y experiencias lo llevaron a la conclusión de que la comunicación tenía un papel importante en los problemas humanos, junto con las cadenas de retroalimentación que se generaban y las relaciones que se establecían con la comunicación, por lo que un paso decisivo fue comenzar a centrarse en la interacción, la organización y la comunicación de la familia, ya que esto podía facilitar un problema o su solución, por lo que Haley, comenzó a pensar que el intercambio de mensajes entre las personas definía las relaciones que estabilizaban a la familia por medio de procesos homeostáticos, bajo la forma de acciones, inclusive como problemas.

Desde los años 60’s hasta los 80’s fueron 20 años de investigación y publicaciones reflejados en más de 14 libros publicados y una buena cantidad de artículos para revistas. En 1995 se retira de la práctica profesional a los 72 años. En los 90’s publica todavía tres libros más; su último libro “The art of strategic psychotherapy” comenzó a venderse en el año 2003.

Otra persona a la que se le atribuye el origen del modelo junto con Jay Haley es Cloe Madanes, quien es de nacionalidad argentina, sus trabajos en la terapia comenzaron al llegar a Estados Unidos, y los realizó con el Dr. Minuchin en Filadelfia, junto con Haley fueron de los primeros en utilizar el teléfono para comunicarse con el terapeuta así como el espejo bidireccional (Galicia, 2004).

3.2.2.2 Puntos centrales de la Terapia Estratégica.

El terapeuta asume un papel directivo y se hace responsable de generar estrategias específicas a cada problemática, a cada individuo, díada, triada o familia, sin embargo, tiene que flexibilizar y ser creativo en cada una de las intervenciones que prescribirá o llevará a cabo. El terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente, por lo que algunos de sus principales objetivos son: identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar

intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque así como evaluar el resultado de la terapia (Haley, 2002).

El terapeuta estratégico considera que los problemas son generados gracias a que hay jerarquías incongruentes dentro del grupo, lo que favorece niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por tanto se torna importante evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente que presenta el problema (paciente identificado) (Haley, 2002, Galicia, 2004).

El terapeuta busca ciclos o secuencias de conducta para interrumpir o bloquear este círculo vicioso. Una vez que define la unidad de análisis se centra en ésta para resolver el problema (Haley, 2002). Jay Haley se centró en organización haciendo énfasis en la jerarquía y las coaliciones como punto central para perturbar o cambiar estructuras familiares (Galicia, 2004).

3.2.2.3 Desarrollo del proceso terapéutico.

Haley (2002) desarrollo una serie de etapas a lo largo del proceso terapéutico, en donde partiendo de una cibernética de segundo orden estas mismas cuentan como intervención, el desarrollo es el siguiente:

- Etapa social: es la etapa donde se saluda a la familia, procurando desarrollar un sentimiento de comodidad para ambos (terapeuta/familia).
- Etapa del planteamiento del problema: lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han venido o qué problemas los aqueja, pasando así de una situación social a una situación de terapia.
- Etapa de interacción: se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí.
- Etapa de fijación de metas: se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr. Finalmente, se fija día y hora para una nueva sesión, a la que asistirá toda la familia o parte de ella.

3.2.2.4 Tipo de estrategias de intervención en la terapia estratégica.

El terapeuta estratégico trabaja el enfoque con directivas que derivan del trabajo terapéutico de Milton H. Erickson (Haley, 2002, 2003). Una directiva es todo cuanto se haga en terapia (una pregunta, asentir con la cabeza, una tarea, etc.), ya que toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra personas haga algo; en ese sentido está impartiendo una directiva (Haley, 2002, Galicia, 2004).

La finalidad de impartir directivas es: hacer que la gente se comporte diferente, intensificar la relación cliente-terapeuta y obtener información. Se pueden ubicar dos tipos de directivas según Galicia (2004):

- Directivas que se marcan con el propósito de que lo cumplan.

- Ordenar a alguien que deje de hacer algo.
 - Pedirle que haga algo diferente.
- Directivas marcadas con el propósito de que no se cumplan y se cambie por la vía de la rebelión.
- Tareas paradójicas: consisten en pedirle a toda la familia que permanezca igual que no cambien ó; se le pide solo a una parte de la familia que no cambie.
 - Tareas metafóricas: consisten en elegir una actividad familiar para cambiar, luego, se elige una actividad parecida, que sea más fácil de hacer para la familia y finalmente se asigna una tarea dentro de esa actividad para hacer un cambio.
 - Ordalías: consiste en hacer que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esto debe ser algo que la persona pueda ejecutar, no ponga objeción y no cause daño.

3.2.3 Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.

Las primeras piedras que dieron inicio al origen al modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas fueron por parte de Jackson; Riskin y Satir en Marzo de 1959. En la década de los años 60's se une al equipo de trabajo Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland. Estas ideas se comenzaron a desarrollar y a crecer en el "Metal Research Institute" (M.R.I).

Para el año de 1967 Richard Fish da origen al Brief Therapy Center en donde gracias al trabajo de varias personas en el M.R.I. se pudo generar el modelo que hoy se conoce como Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas, pero ¿de donde surge este modelo?.

La terapia breve centrada en problemas tiene en su base epistémica diversas fuentes de pensamiento, entre éstas se encuentran la cibernética de segundo orden, la teoría de la comunicación humana generada a partir de las investigaciones en el Mental Research Institute (MRI) encabezadas por Gregory Bateson, y las ideas propuestas por Ludwing Von Bertalanffy en la década de 30's-40's (Eguiluz, 2001).

Finalmente se puede decir que el padre de este modelo es el hipnoterapeuta Milton H. Erickson quien aporta aspectos cruciales como el trabajo con hipnosis natural y el lenguaje que se utiliza con el paciente así como las aportaciones enfocadas a la capacidad de maniobra del terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Estas aportaciones e ideas se vinculan con dos teorías importantes (la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell y la Teoría de Grupos de Galois) para finalmente consolidarse con el actual modelo que hoy día nombramos como

“Centrado en Problemas” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999) y cuyos autores principales son Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fish.

3.2.3.1 Teoría de los Tipos Lógicos: Russell y la Terapia Familiar.

Conectado esta teoría con los grupos, Russell considera en éstos dos factores importantes: 1) *miembros*, como los componentes de una totalidad, y 2) *clase*, que es la totalidad misma, o grupo.

Se parte de una idea fundamental, la cual es que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”, ya que de ser considerada se convierte en una paradoja, por ejemplo, si una persona del sexo masculino dice “todos los hombres son infieles” el por ser hombre (su sexo) esta haciendo una afirmación en donde se incluye, quedando atrapado por incluirse en su afirmación, el sexo “hombre o masculino” es el miembro que conforma la totalidad, y la clase “el ser hombre infiel” es la clase. Cuando no se hace esta distinción de niveles lógicos en el lenguaje se puede caer en paradojas, en donde la persona puede quedar atrapada como en el ejemplo. Por lo que una gran aportación de Russell es el hecho de diferenciar entre miembro y clase y el hecho de que una clase no puede ser miembro de sí misma.

Entonces, entre las aportaciones de esta teoría están: a) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones; y b) pasar de un nivel al inmediatamente superior (de un miembro a una clase) supone una variación, un salto, una discontinuidad o transformación, que es lo que se busca en terapia (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002).

3.2.3.2 Cambio de tipo 1 y 2, y Teoría de los Grupos: el aporte de Galois a la terapia familiar.

Según Watzlawick, Beavin y Jackson (2002), esta teoría intenta explicar la relación entre elementos y totalidades (igual que un sistema como lo propone Bertalanffy), por lo que Galois propone una serie de propiedades que contienen todos los grupos:

1. Todos los grupos están compuestos por miembros, todos los cuales son iguales en cuanto a una característica común de tal manera que con un común denominador se puedan hacer adiciones o sustracciones de los miembros. Cuando se hace una combinación al interior del grupo se obtiene un cambio de un estado del grupo a otro, aspecto que es una aportación a la terapia familiar en el sentido de que en el sistema puede haber un cambio que no altere la estructura del sistema y se continúe con los mismos resultados a pesar del cambio, a esto se le llama cambio tipo 1²⁴ (el paciente que trata de resolver sus problemas golpeando a los demás, y posteriormente cambia y ahora insulta

²⁴ En el cambio de tipo 1 se hace referencia al cambio de conducta.

para resolver sus problemas, es un cambio pero sigue obteniendo los mismo resultados).

2. En el grupo se puede combinar sus miembros en distinto orden y sin embargo el resultado de combinación permanece siendo el mismo, por ejemplo si 1 y 2 son miembros de un mismo grupo, es lo mismo poner 1y 2, que 2 y 1, al combinarlos se mantiene el mismo resultado. En la terapia familiar esto es como el proceso homeostático, en donde se mantiene un equilibrio, por ejemplo, el niño llora mucho y la madre le grita, aunque la madre trate de controlar su carácter y deje de gritar el niño continuará llorando y ante esta conducta la madre en algún momento gritará ($1 \{gritar\} + 2 \{llorar\} = \text{equilibrio}$ ó $2 \{llorar\} + 1 \{gritar\} = \text{equilibrio}$, si se puede observar independientemente de la combinación el resultados sigue siendo el mismo.
3. Todo grupo contiene un *miembro de identidad* tal que su combinación con cualquier otro miembro de este otro miembro, por ejemplo $5 + 0 = 5$, el 0 es el miembro de identidad ya que el resultado sigue siendo 5 a pesar de la combinación, *lo que indica que un miembro en un grupo puede actuar sin provocar cambio*; a esto se le llama cambio de tipo 1, es decir, en la terapia, haga lo que haga el paciente las cosas no cambian, su problemática continua igual, la persona con problemas con su pareja puede intentar llevarle flores, pedirle perdón, llorarle, disculparse, etc. y el resultado sigue siendo el mismo, la indiferencia y el problema que tiene con ésta.
4. Todo grupo (o sistema) tiene su reciproco u opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad, por ejemplo, $5 + (-5) = 0$. El miembro opuesto dará el elemento de identidad "0" que podría mantener invariable al sistema, conserva su identidad, por ejemplo, si grito, lo que tendría que hacer es lo opuesto, no gritar, si tengo frío, prendo el calentador, para que haga calor, si golpeo a alguien, ahora no lo golpearé, es decir, se busca lo contrario, sin embargo esto produce el "0" que en algunos problemas humanos no produce cambio, sin embargo, si se fomentan formas de percibir la problemática se puede producir un cambio de tipo 2²⁵, es decir, un cambio que altera a todo el sistema. El cambio de tipo 2 resulta introducido en el sistema desde el exterior y por tanto no es algo familiar o entendible en términos de los cambios de tipo 1. En el caso de la terapia familiar, el terapeuta será quien introduzca el cambio, y como vendrá de afuera buscará un cambio de tipo 2 que altere y busque cambio en el sistema, por tanto en ocasiones se prescribirán tareas paradójicas o que pudieran parecer contrarias e ilógicas a la solución, por tanto, si una persona que no puede dormir se le pide que haga lo que sea para no dormir se vuelve ilógico y paradójico, sin embargo aquí se introduce el elemento contrario (el no dormir) y se mantiene la identidad del sistema, sin embargo, el terapeuta buscará la forma de que el paciente haga lo contrario cambiando su percepción, lo que

²⁵ El cambio de tipo 2 hace referencia al significado, el sentido y el valor que hemos llegado a atribuir a los objetos o situaciones.

dará por resultado un cambio de tipo 2, superando al cambio de tipo 1 como el tomar pastillas para dormir, tomar leche caliente, leer antes de dormir o hacer ejercicio antes de ir a la cama, que ya ha intentado el paciente y que no ha funcionado.

Pensando en la familia como un grupo, como un sistema, estos postulados se aplican a la organización y relación entre elementos del sistema, lo que facilita la aplicación de estas bases teóricas a la resolución de problemas humanos vistos como un entramado de elementos y propiedades.

3.2.3.3 Fundamentos del Modelo De Terapia Breve Centrado en Problemas.

A partir de las ideas de Watzlawick, Weakland y Fisch (1999) y Fisch, Weakland y Segal (2003) se hará el desglose de los fundamentos de este modelo, empezando por la definición de lo que se entiende por “Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas”. Para estos autores es una serie de estrategias terapéuticas que buscan modificar una insatisfacción en el presente para mejorar el futuro, por lo que se centra en el aquí y en el ahora, más específicamente en el problema que la persona lleva a sesión. En terapia se buscan cambios pequeños (en un primer momento el cambio mínimo)²⁶, de tal manera que éstos generaran otros cambios mayores paulatinamente.

El terapeuta toma un papel directivo para guiar al paciente, por tanto el terapeuta juega un papel crucial por la influencia que éste tiene, por lo que es importante considerar la demanda del paciente y la ética del terapeuta, esto para no hablar de “manipulación” sino de cómo se pueden utilizar estas directivas en el bienestar e interés del paciente. Las directivas utilizadas se pueden impartir de manera directa, aunque en este modelo en su mayoría son de manera indirecta.

Este modelo hace la diferenciación de conceptos que son claves para la resolución de problemas y para abreviar la terapia. Se distingue entre “cliente y paciente”, y entre “problemas” y “dificultades”.

El **paciente** será aquél que se hace depositario de los problemas, es decir, la persona que se dice que tiene el problema, la persona anormal, la persona que esta mal o que genera el problema, por otro lado el **cliente** es aquella(s) persona(s) que esta(n) interesado (s) en resolver el problema²⁷, por lo que plantear la pregunta “¿quién es el más interesado en resolver el problema?” le da al terapeuta de vislumbrar quienes son los clientes, y por tanto con quienes va a trabajar, porque son ellos o él/ella los más interesados en resolver el problema

²⁶ El cambio mínimo busca el efecto “bola de nieve”, es decir, una pequeña gota que cae en la montaña congelada comienza a rodar y se convierte en una pequeña bola de nieve que continua rodando hasta que se convierte en una avalancha, en otras palabras, este cambio mínimo posibilita otros cambios mayores en las personas.

²⁷ En ocasiones el cliente y el paciente puede ser la misma persona; esto facilita la terapia porque la persona que se dice tener el problema es quién está interesado en resolverlo.

porque les causa molestia por tanto cooperaran en lo que sea posible. El cliente se identifica fácilmente ya que es la persona de la cual la familia se queja o ve como un problema.

En cuanto a la diferenciación de “problemas y dificultades”, las dificultades son situaciones que se pueden resolver con el sentido común, por ejemplo, si tengo sed y no tengo dinero en ese momento, pido prestado para comprar un refresco y la dificultad se acaba por sentido común, o si tengo miedo para ir al baño porque está oscuro, me levanto, prendo la luz y la dificultad se solucionó. Por otra parte, los *problemas* son situaciones en las cuales el paciente queda atrapado, no sabe que hacer, le genera crisis, ansiedad, etc. y parece no tener solución, éstos se mantienen por tres modos de enfocar mal las dificultades:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea: *es preciso actuar, pero no se emprende tal acción*, p. ej. la persona que niega que no tiene un problema de salud por sobrepeso como la diabetes, porque lo niega, y no hace nada para bajar de peso por salud.
2. Se intenta cambiar para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente: *se emprende una acción cuando no se debería emprender*, p. ej. querer combatir las ratas en una comunidad porque a la persona le dan miedo las ratas y quiere acabar con éstas, y por tanto comienza a poner veneno alrededor de su casa y de algunos vecinos, comienza a comprar armas de fuego para cazar a las ratas o intenta soluciones de este tipo, cuando no podrá acabar con la plaga que hay en el mundo o cuando no hay ratas cerca de su hogar.
3. Cuando se comete un error de tipificación lógica, y se hace un cambio de tipo 1 cuando se requería un cambio de tipo 2 o viceversa: *la acción es emprendida a un nivel equivocado*; p. ej. un problema en el cual se necesita que el paciente en lugar de gritar únicamente levante la voz (cambio de tipo 1) en lugar de un cambio de percepción para solucionar el problema (cambio tipo 2) tal como en lugar de gritar tenga que asimilar el hecho de que es una persona con mucha vitalidad y fuerza y el gritar en realidad no es un problema sino un reflejo de su vitalidad.

El comenzar a hacer la diferenciación entre este tipo de conceptos facilita al terapeuta planear y organizar y re-organizar la demanda de los clientes así como el sistema a trabajar.

Culturalmente las personas han aprendido formas lógicas de resolver problemas, entre estas formas se encuentran hacer lo contrario de lo que están haciendo, es decir, si el problema es fumar, no fumar, si no puedo dormir, intentaré dormir, si mi problema es ansiedad en los exámenes, intentaré relajarme, es decir, buscan los opuestos²⁸. En ocasiones las personas a pesar de que no

²⁸ Tal como lo marca el axioma 4 de la Teoría de Grupos

obtienen resultados con estos intentos los continúan haciendo, o en su defecto buscan variantes, lo que continua produciendo un elemento de identidad en el sistema que no provocará un cambio de tipo 2, sino uno de tipo 1, y la persona al estar haciendo “más de lo mismo” contribuirá para que el problema se siga manteniendo o se aumente, por lo que el terapeuta debe de dejar atrás lo que se ha venido intentando (más de lo mismo) y generar formas alternativas de comportarse para la resolución del problema, aunque estas pudieran parecer paradójicas.

Hay que recordar que esta forma de hacer terapia se centra principalmente en hacer que las personas perciban o cambien el significado de la situación (cambio de tipo 2). Para lograr este objetivo es importante mantener: a) la capacidad de maniobra terapéutica a lo largo de toda la terapia, es decir, la libertad del terapeuta para actuar para resolver la problemática o la demanda planteada por el paciente en terapia; b) primer contacto con el cliente, en donde el terapeuta comienza a mantener esta capacidad de maniobra y distingue entre cliente y paciente; c) la entrevista inicial, en donde es importante tener información clara, hacer preguntas claves para ubicar el paciente identificado, al cliente, sondear las consecuencias del problemas, las expectativas que se tienen de la terapia, sondear el problema, recabar datos importantes, pedir ejemplos, definir prioridades ante diversos problemas y sobre todo y como piedra angular, explorar los intentos de soluciones anteriores para que el terapeuta no vuelva a incurrir en éstos; d) detectar la postura del paciente, este es un paso decisivo en la terapia, ya que esto contribuirá a hacer cosas diferentes y abandonar el “más de lo mismo” que en ocasión es lo que mantiene el problema. La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que lleve a cabo las directivas y pueda afrontar su problema; el terapeuta tiene que enmarcar cualquier sugerencia que se haga de tal manera que el cliente se convenza de que la propuesta por disparatada que parezca funcionará²⁹. Una premisa básica de este modelo es trabajar con lo que el cliente traiga y utilizar su lenguaje, ya que si el terapeuta usa sus creencias, valores, su forma de percibir la situación así como su lenguaje es posible que se establezca en primer término empatía con el éste y la posibilidad de reenmarcar bajos su términos la directiva y que la acepte; e) planear el caso, para esto se requiere precisión sobre todo en los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia; y, d) analizar que tipo de intervención es más recomendable para cada caso, de manera general, las intervenciones constituyen un medio de interrumpir las soluciones que los clientes han estado ensayando previamente. Existen dos grandes categorías de intervenciones: las principales y las generales.

²⁹ En este modelo se utiliza mucho las intervenciones paradójicas, por tanto, el prescribir algo de lo que el paciente esta huyendo o quiere librarse suena ilógico, paradójico y difícilmente lo aceptará, sin embargo, si el terapeuta reenmarca esta sugerencia y la ofrece con una percepción diferente y con beneficios hacia el cliente, tiene más posibilidades de que la directiva se acepte.

a) Las principales:

- I. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- II. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
- III. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
- IV. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
- V. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

b) Las intervenciones generales.

- I. No apresurarse.
- II. Los peligros de una mejoría.
- III. Un cambio de dirección.
- IV. Como empeorar el problema.

3.2.4 Terapia Breve Centrada en Soluciones.

3.2.4.1 Orígenes del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (MTBCS).

O'Hanlon (1998) narra las influencias que de este modelo, entre las cuales se encuentran:

- Bandler y Grinder: a quienes se les atribuye el desarrollo de lo que hoy se conoce como Programación Neuro-Lingüística, es decir, un modelo, que basado en la comunicación, permite saber cómo se construyen los pensamientos, y de este facilitar las habilidades tanto personales como ajenas para generar cambios positivos y evolutivos³⁰. O'Hanlon (1998) destaca la importancia de identificar las "mejores prácticas" y los mejores momentos de los clientes y otras personas con el fin de conseguir que los clientes los emplearan como soluciones cuando se enfrentaran a futuros problemas.
- Milton H. Erickson (1901-1980): fue una figura fundamental en el campo de la terapia familiar. Aunque, estrictamente hablando, no era un terapeuta familiar, hizo muchas contribuciones en este campo, principalmente a través de su influencia en dos de sus alumnos, Jay Haley y John Weakland. Ambos eran investigadores y colegas de Gegrory Bateson, el biólogo y antropólogo que fuera otra figura fundamental en la terapia familiar. Erickson era uno de los pocos psiquiatras estadounidenses que había practica y estudiado los usos de la hipnosis clínica. En el MTBCS se refleja la influencia de Erickson al prestar atención a los recursos y capacidades de los clientes, visualizando que todo lo que traían y ejercían los clientes era una capacidad, incluyendo los síntomas, y fue innovador en cuanto que

³⁰ Centro de Estudios para Optimizar la Comunicación (2006).

desatacaba la importancia de identificar los mejores momentos de los clientes y otras personas con el fin de conseguir que los clientes los emplearan como soluciones cuando se enfrentaran a futuros problemas (op. cit.).

- **Constructivismo:** Espinosa (2004) marca la gran influencia de esta epistemología en el MTBCS que establece que las familias y las personas forman su propia realidad, es decir, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y a su experiencia. También señala que todo conocimiento o “realidad” es resultado de ese proceso. En la terapia, por tanto, el terapeuta no debe de asumir que haya una realidad única, por tanto no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. Su función es preocuparse por solucionar las quejas que presenten y no deberá creer que existe una sola forma correcta y válida de vivir la vida.
- **Bateson y Weiner:** Cade y O’Hanlon (1995) marcan que las terapias breves tienen una fuerte influencia de las ideas de Gregory Bateson, quien comenzó a estudiar en 1952 las paradojas de la abstracción de la comunicación, haciendo uso de la teoría de los niveles lógicos. Por otro lado Norbert Weiner con sus ideas sobre la cibernética (la ciencia de la comunicación, aún en desarrollo, y el control de los sistemas). Ambos han aportado ideas centradas en la epistemología de lo que hoy se conoce como Terapia Familias Sistémica, en donde la MTBCS se considera dentro de ésta.

3.2.4.2 Historia del MTBCS.

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve Weakland, Fisch y Watzlawick comenzaban a trabajar la terapia con un límite de diez sesiones prefijadas. La directriz central de su trabajo era intentar resolver el problema presentado en vez de reorganizar o producir un *insight*. Este modelo de tratamiento se llama “Centrado en los Problemas” porque los terapeutas que lo aplican buscan aliviar sólo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia.

Con el tiempo hubo una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, centrado en los problemas, del cual había nacido este modelo, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, muy en la tradición del MRI, para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y amplificar estas secuencias de soluciones (<biblio>). En Milwaukee se fundó el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) que comenzó con el desarrollo de este Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones (MTBCS) con terapeutas como O’Hanlon y de Shazer (O’Hanlon y Weiner, 1990).

Sin embargo, según O'Hanlon (1998) las ideas del MTBCS fueron articuladas por un terapeuta llamado Don Norum en 1978. Esta propuesta se presentó por primera vez en una ponencia titulada "Brief Therapy: The Family has the Solution", en donde se argumentaba que era preferible preguntar a las familias por sus propias soluciones que centrarse en sus problemas o en las ideas que el terapeuta pudiera tener sobre su solución y donde también hablaba de clientes que habían experimentado un cambio positivo antes del tratamiento. Las ideas expuestas fueron reflejadas y desarrolladas posteriormente en diversos métodos basados en soluciones. Steve de Shazer y su esposa Insoo Kim Berg y otros colaboradores que más adelante formarían el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) estaban presentes en la conferencia y posteriormente decidieron trabajar con Don Norum en el Family Service³¹.

3.2.4.3 ¿Qué es la terapia breve centrada en soluciones?.

Es una serie de estrategias terapéuticas enfocada a la búsqueda de soluciones, en donde se torna importante que el terapeuta cuide su lenguaje y dirijan su conversación hacia el cambio, animando a los clientes a que contemplen el futuro concentrándose en las posibilidades más que en los problemas. Así, los clientes aprenden cómo seguir adelante, asumiendo y practicando los cambios terapéuticos. El terapeuta tiene que enfocar sus intervenciones hacia el presente buscando excepciones en donde no se presenta el problema y hacia el futuro sin problemas, no perdiendo de foco las posibilidades y soluciones del cliente a su problema (O'Hanlon, 1998).

Por eso Espinosa (2004) la marca como una conversación entre dos personas como mínimo (terapeuta y un cliente) sobre el modo de alcanzar la meta de este último.

3.2.4.4 La muerte de la patología: presupuestos básicos del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

La psicología tradicional se ha enfocado a buscar problemas y patologías, que derivan en una normalidad de lo que las personas hacen y piensan, este tipo de aspectos se pueden ver reflejados en la "psicología madre" o "primera fuerza de la psicología llamada psicoanálisis, de donde se derivan una gran cantidad de escuelas fundamentadas en un modelo médico (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Durante muchos años se ha procedido de esta forma, si el lector se remonta a la historia de la psicología descubrirá que el terapeuta se ha conducido bajo una lógica médico-lineal, ¿por qué?, porque muchos de los pioneros fundadores de escuelas psicológicas han sido en su mayoría médicos, biólogos, fisiólogos con influencia de los descubrimientos de ciencias duras como la física,

³¹ O'Hanlon (1998) marca que el artículo fue enviado al *Family Process*, sin embargo fue rechazado por no tener bases teóricas sólidas, y en el mismo relato expresa una queja al no reconocerle en la historia del modelo a Don Forum por sus aportaciones.

la química o la biológica, las cuales trabajan bajo esta lógica lineal, atomista, reduccionista y taxonómica³². Desde esta postura los terapeutas entienden que su labor consiste en tratar de corregir los elementos “malos”, “enfermos” o “locos” y se centran en las causas que lo provocan.

El modelo de MTBCS se enfoca en aspectos totalmente distintos a lo que la psicología tradicional³³ ha venido haciendo, que se puede ver reflejado en los siguientes supuestos expuestos por O’Hanlon y Weiner (1990); O’Hanlon y Weiner (1990); O’Hanlon (1998):

*Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus problemas, y no patologías, disfunciones o enfermedades mentales, que la psicología tradicional busca. En este sentido es importante que el terapeuta guíe a la persona a utilizar esos recursos y a que definan el motivo de la consulta. Por tanto, los clientes definen los objetivos, ya que ellos son los expertos en sí mismos, sin embargo el terapeuta debe de estar atento de negociar objetivos resolubles y alcanzables. En esta negociación de metas y durante el proceso terapéutico el terapeuta debe de tener en cuenta que *no hay una forma única o correcta de ver las cosas*, como los clientes son los expertos en sí mismos, el terapeuta pasa a una posición de facilitador para descubrir con la persona soluciones y recursos, respetando su visión del mundo que es válida ante la situación y que puede ser utilizada para generar alternativas, no como en la psicología tradicional en donde se impone un esquema normativo de la “realidad” y el experto es el terapeuta.*

*El cambio es inevitable, el cambio es constante, es una premisa del cual el terapeuta parte y esto influye en su mapa del problema para generar posibilidades y *no problemas*. Por tanto el terapeuta debe de estar atento a los cambios que se produzcan, ya que *el terapeuta identifica y amplía el cambio*, de tal manera que un pequeño cambio se haga visible, valioso y se amplíe.*

*No se necesita saber mucho del problema para resolverlo, lo importante es como el terapeuta hace las preguntas y las dirige hacia las soluciones, y no como en la psicología tradicional en donde se indaga en el problema la mayor parte del tiempo dejando de lado en muchas ocasiones el “cómo se resuelve”. La labor del terapeuta sería *buscar las excepciones*, en donde no se presenta el problema y se aprende que “*hace en esas situaciones*” para posteriormente repetir las y generar soluciones a sus demandas. En este sentido *no se requiere conocer la causa del problema para resolverlo*, ya que el terapeuta se centra en las soluciones y en los recursos, por lo que tener un registro histórico del problema no ayuda a solucionar el problema. Lo importante bajo esta lógica es *generar un pequeño cambio para producir un cambio en el sistema*, ya que si las personas logran un cambio*

³² Ver Mueller, F. (1980). *Historia de la psicología de la antigüedad a nuestros días*. México: Fondo de Cultura Económica.

³³ En el presente trabajo se habla de la “psicología tradicional” como aquellas escuelas teóricas que se centran en aspectos cognitivos, estructuras intrapsíquicas o en conductas pero que comparten la característica de estar fundamentados en un modelo médico que busca problemas o patologías y que se centran en el individuo.

pequeño, y el terapeuta lo resalta, el cliente puede motivarse y continuar comportándose diferente, lo que a la vez generará otro tipo de cambios en el sistema, ya que todas las partes de éste están conectadas.

Una de las herramientas del trabajo es el lenguaje, por lo que en todo momento el terapeuta tiene que cuidar su lenguaje, las preguntas y la forma de decir las cosas, ya que con el lenguaje se pueden crear realidades, posibilidades o soluciones, por lo que gran parte del modelo se centra en como se dicen las cosas.

3.2.4.5 Proceso terapéutico con el MTBCS.

La pregunta que se plantea ahora es ¿qué hace el terapeuta que trabaja con el MTBCS?. Se debe de aclarar que este proceso no es lineal, ni forzosamente se debe de presentar en el orden en el que se expone, sino que las cualidades personales del terapeuta y la problemática específica hacen del modelo una herramienta de trabajo que se adapta a la problemática y al cliente, sin embargo, por fines didácticos se ha desglosado de esta manera, y que a continuación se explica:

- *Presentación terapeuta/cliente:* saludos, se hablan de cosas triviales y se demuestra interés por el cliente (se genera el rapport).
- *Explicación de la forma de trabajo:* se explican las condiciones y/o reglas, bajo las cuales trabaja el terapeuta y/o la institución (p. ej. el uso de videocámara).
- *Motivo de consulta:* el cliente llega a consulta por un malestar, por lo que se le da la oportunidad de que describa su problema, se escucha, se valida el dolor o la situación por la que está pasando el cliente y no se le dedica mucho tiempo a esta etapa. Es importante comenzar a utilizar el lenguaje del cliente (p. ej. Cliente: veo que las cosas van mal y que no hay una luz al final – Terapeuta: me parece todavía no has visto esa luz [utilizar canales sensoriales] o sus propias palabras, p. ej. Cliente: la vida me pone jugarretas ominosas – Terapeuta: entonces si estoy entendiendo bien, usted ha estado cayendo en este último mes en jugarretas ominosas).
- *Definir objetivos resolubles:* el terapeuta se asegura de los objetivos sean alcanzables y concretos para saber cuando se han alcanzado (p. ej. no como en todo el día se re-define en el objetivo de comer dos o tres veces al día; no poder dejar de fumar una cajetilla diaria se re-define a fumar 5 cigarrillos al mes).
- *Preguntas presuposicionales:* estas preguntas se utilizan a lo largo de toda la terapia, sin embargo se suele preguntar por cambios o cosas diferentes desde la llamada a la consulta terapéutica, dando por hecho que se ha producido alguno (p. ej. ¿Qué cambios ha habido desde que llamó al día de hoy?, platicarme un poco sobre esto), de haberse producido el(los) cambio(s) se amplifican (p. ej. ¿quién se dio cuenta?, ¿me parece que es un cambio pequeño pero importante?, ¿que dijeron “X” sobre el cambio?, etc.) y de no haberse producido algún cambio se comienza a trabajar sobre excepciones.

- *Trabajo con excepciones*: el trabajo con excepciones sirve para encontrar situaciones en las cuales el problema no se presenta, para aprender que es lo que hace la persona para resolverlo, se obtienen recursos del cliente, y se puede saber sobre los intentos de solución que no han funcionado para no incurrir en ellos.
- *Intervenciones*: una vez definido el objetivo terapéutico y que se ha comenzado a trabajar con las excepciones, el terapeuta se puede auxiliar de otras estrategias terapéuticas como preguntas y tareas.

3.2.5 Modelo de Terapia de los Asociados de Milán.

3.2.5.1 Antecedentes históricos del modelo.

En los años sesenta comenzó el equipo de Milán con 20 personas (con formación médica-psiquiátrica-psicodinámica), y se reunían dos o tres veces por semana, sin goce de sueldo para discutir sobre los casos clínicos que atendían. La calle donde trabajan se llamaba Via Leoparda. Muchos comenzaron a desertar por la falta de apoyo económico y otros intereses, hasta que se conformó un segundo grupo integrado por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Cecchin Gian Franco y Giuliana Prata (Martínez, 2005). El enfoque de este grupo era de corte psicoanalítico (Ochoa de Alda, 1995).

Este segundo grupo fue conformado en 1967 por Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, quién fundó el Instituto de la Familia en Milán (Rodríguez, 2004). En este mismo año comenzaron a estudiar pacientes con diagnóstico de psicosis, término utilizado por ellos como sinónimo de “trastorno mental grave” en donde se consideraban la anorexia y la bulimia (Ochoa de Alda, 1995; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998).

Este grupo fue influido fuertemente por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson, es decir, por los investigadores y terapeutas de Palo Alto California (MRI) (Ochoa de Alda, 1995; Rodríguez, 2004), lo que los llevó al desarrollo de estrategias específicas y una cosmovisión fundamentada en la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética de Segundo Orden y la nueva Teoría de la Comunicación Humana (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Aproximadamente en 1980 el equipo se divide por diversos factores, Martínez (2005) marca que principalmente por diferencias teóricas e intereses, ya que Palazzoli y Prata se interesaron por la investigación de familias con trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia, así como el desarrollo de estrategias terapéuticas. Por otro lado, Boscolo y Cecchin estaban interesados en la formación de terapeutas. Finalmente el equipo se dividió: a Palazzoli y Prata, se les unieron Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Stefano Cirillo, todos ellos se dedicaban a la investigación y formaron el “nuovo Centro di Terapia della Famiglia” (actualmente se llama Nuevo Centro Maria Selvini Palazzoli) y el grupo de Boscolo y Cecchin formaban terapeutas en el “Centro Milanese di Terapia della Famiglia”.

Los estudios de Palazzoli apuntaron a la tipificación de juegos psicóticos y a la revelación de estos juegos, la prescripción invariable como una estrategia universal, es decir, aplicable a cualquier problema familiar (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998), al estudio del dolor personal, historias familiares, las necesidades insatisfechas, las experiencias de crianza y las relaciones con los padres de origen (Selvini, Cirillo y Selcini, 1999).

Por parte del equipo de Boscolo y Checchin se centraron en lo que Martínez (2005) llama la cibernética de tercer orden o el construccionismo social, la co-construcción y de-construcción de historias familiares y el manejo del tiempo (presente, pasado y futuro como anillo recursivo) en las sesiones terapéuticas para abrir posibilidades y realidades alternativas a las que las familias viven (Boscolo y Bertrando, 1996).

3.2.5.2 Influencias de la Escuela de Milán.

Según Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata (1988) las ideas que marcaron su forma de proceder se encuentran en:

- Teoría General de los Sistemas.
- Cibernética de Segundo Orden.
- Nueva Teoría de la Comunicación Humana.

Una vez que el equipo de Milán se desintegró se hicieron visibles otras influencias como: el psicoanálisis, el análisis de historias individuales y la narrativa (Selvini, 1990) [por parte de Palazzoli] y el construccionismo social (Martínez, 2005) [por parte de Boscolo y Cecchin] en donde se marca como crucial el significado personal que se le atribuyen a los hechos y los supuestos por medio de los cuales se construyen los mapas del mundo, los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones.

3.2.5.3 Postulados del Modelo de Milán.

El equipo de Milán comenzó a trabajar con dos hipótesis centrales según (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1988; Rodríguez, 2004):

- La familia es un sistema que se gobierna a si mismo y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás.
- Toda conducta verbal o no verbal es comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicacional.

De estas dos hipótesis se desprende una tercera: las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas

en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas. Entonces, si las conductas no son patologías, sino que son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan. Para intentar cambiar dichas reglas en la familia se desarrollaron diversas estrategias que apuntaban a trabajar con las relaciones y con las reglas que implícita y/o explícitamente la familia había establecido.

3.2.5.4 Estructura de las sesiones.

El equipo de Milán se caracteriza por una forma muy particular de trabajar y estructurar sus sesiones de terapia. En un primer momento al recibir la llamada telefónica en el centro se utilizaba una ficha de datos, en la cual se transcribían en una ficha: datos de la familia y datos personales de cada integrante, así como una breve descripción del problema. En este momento se le daba cita a la familia. La estructura es la siguiente según lo narrado por Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata (1988):

1. Presesión: se retomaban los datos de la ficha para comenzar con la primera sesión o se leía el acta de la sesión anterior.
2. Sesión Terapéutica: en la que dos terapeutas estaban a cargo frente a la familia (hombre y mujer para evitar sesgos de género) y otra parte del equipo se encontraba tras el espejo bidireccional, y se comunicaban con los primeros a través de un interfon si es que percibían perturbaciones en los terapeutas por maniobras de la familia, o se les llamaba para darles sugerencias, observaciones o información.
3. La discusión de la sesión: los terapeutas hacían un corte antes de finalizar la sesión para salir y comentar con el equipo atrás del espejo la sesión y decidir como terminarla.
4. Conclusión de la sesión: los terapeutas regresaban para dar la conclusión o una prescripción en forma de mensaje.
5. El acta de la sesión: una vez que la familia se había retirado el equipo redactaba un acta sobre lo sucedido en la sesión, que se leería en la siguiente presesión.

3.2.5.5 Ideas centrales del Modelo de Milán.

A lo largo de sus estudios encontraron ciertas características. A estas familias les nombraron “familias con transacción esquizofrénica”, y consideraban que los síntomas psicóticos se gestaban a lo largo de las generaciones.

Todos los miembros evitan definir la relación y la rechazan cuando esta se llega a dar. Al interior de la familia se gesta una lucha por definir la relación (entre los padres que es la primera generación), por lo que se comportan sin dar confirmaciones, alabanzas, quizás porque pueda ser signo de debilidad o como un obstáculo para que los hijos luchen por superarse o porque esto puede

representar pérdida de autoridad. Ninguno de los dos miembros reconoce ejecutar el liderazgo y ninguno acepta la responsabilidad de lo que anda mal.

En estas familias existe una simetría exacerbada y encubierta que nunca llega a terminar ni a definirse. La variedad de las jugadas o intentos por perpetuar la lucha es infinita, facilitando ciertos problemas en la familia. En la primera generación, las normas de estas familias son rígidas y repetitivas. En la segunda generación se observa lo anterior, además de que manifiestan cautela al exponerse por miedo al rechazo (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1988, Rodríguez, 2004).

En conclusión, en estas familias no hay confirmación y mucha descalificación, hay mucha asimetría encubierta y son incapaces de definir la relación, por lo que se generan síntomas para equilibrar el sistema.

3.2.5.6 Estrategias de Intervención de la Escuela de Milán.

El primer equipo de Milán se enfocó a desarrollar estrategias que fueron enfocadas a definir la relación, a develar el juego familiar, a evitar las relaciones simétricas entre la familia y entre familia-terapeuta, así como a cambiar las reglas del juego familiar. Estos resultados fueron publicados en el libro titulado *Paradoja y Contraparadoja*, según Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata (1988) dichas estrategias son:

- Connotación Positiva.
- Prescripciones
- De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.
- Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.
- Aceptar sin objeción una mejoría sospechosa.
- Recuperar a los ausentes.
- Eludir la descalificación.
- Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie.
- Rituales familiares³⁴.

Cuando el equipo se separó Mara Selvini Palazzoli desarrolló otras estrategias como (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998):

- La prescripción invariable.
- Trabajo con el insight sistémico

³⁴ Bajó la lógica y construcciones de rituales propuesta por Imber-Black, Roberts y Whiting (1988).

3.3 Abordajes Terapéuticos Posmodernos.

En la última década, se han considerado también las conceptualizaciones propias del construccionismo social para describir y explicar la práctica sistémica caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación y la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad. Bajo esta conceptualización, el énfasis se centra en la forma en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran y, a diferencia del constructivismo donde la realidad se construye a partir de la experiencia individual (y biológica) en el lenguaje (contexto social), desde el socioconstruccionismo la realidad se construye en la relación social como productora de discursos. De este modo, la práctica clínica es explicada como un proceso que se orienta a la formación de historias y significados alternativos a la situación problemática de las personas (Moctezuma y Desatnik, 2001).

De estas ideas surgen formas de hacer terapia. Entre las formas más populares se encuentran: la terapia narrativa, los grupos reflexivos y la terapia colaborativa. A continuación se hará la exposición de cada una de estas formas de abordaje, así como de sus fundamentos teóricos y epistemológicos.

3.3.1 ¿Qué es el modernismo y la posmodernidad?.

Se utiliza el concepto de postmodernidad para designar un amplio número de movimientos artísticos, culturales y filosóficos del siglo XX y en oposición o superación del modernismo. Se torna importante hacer una distinción entre "modernidad" y "modernismo"; y "posmodernidad" y "posmodernismo", ya que son aspectos diferentes: a) Modernidad y Posmodernidad: se refiere a un periodo histórico; b) Modernismo y Posmodernismo: hacen referencia a corrientes de pensamiento.

Modernidad es el desarrollo de la sociedad occidental que tuvo sus comienzos a principios del siglo XVI con la creciente conciencia de la existencia de un Nuevo Mundo del otro lado del océano hacia el este, se consolidó en el siglo XVIII, dominó el siglo XIX y se agotó en el siglo XX. Se caracterizó por un proceso acelerado de liberación del individuo de las restricciones tradicionales a la elección personal: la religión establecida, la clase social inamovible, el alto riesgo de una enfermedad mortal, movilidad geográfica restringida y oportunidades económicas limitadas.

El modernismo fue el esfuerzo por liberar a los individuos de todas las fuerzas que han restringido su capacidad de hacer elecciones personales. La modernidad se caracterizó por la creencia confiada en progreso como una narrativa de la marcha de la humanidad hacia adelante por medio de realización de sus invenciones y perfeccionamientos, a saber, la democracia, los derechos humanos, la ciencia y la tecnología (Parry, 2001).

La posmodernidad se centra en la idea de que la renovación radical de las formas tradicionales en el arte, la cultura, el pensamiento y la vida social impulsada por el proyecto modernista que fracasó en su intento de lograr la emancipación de la humanidad, y de que un proyecto semejante es imposible o inalcanzable en las condiciones actuales. Se convirtió en un movimiento en nuestra cultura que se aleja de la búsqueda y la creencia de verdades fundamentales y se considera como un movimiento que ha sido descrito como resultado de la evolución de nuestra compleja visión del mundo (Pardeck, Murpchy y Jung, 1994, citado en Biever et al., 1998).

Las premisas fundamentales del modernismo según Andersen (2005) son:

- Es posible adquirir un conocimiento verdadero (objetivo, correcto) de los seres humanos (lo cual significa que ese conocimiento es generalizable y aplicable a todos los seres humanos, en todos los contextos y en todo momento).
- Los seres humanos funcionan a partir de un “centro interior” (que podemos llegar a conocer verdaderamente).
- El lenguaje es una herramienta para expresar nuestros pensamientos (que se originan en el “centro interior”).
- El lenguaje, que debe ser inequívoco y literal, está al servicio de la información.

Desde la posmodernidad se cuestionan muchos de estos supuestos. Según Grandesso (2002) en este cambio paradigmático de la forma de pensar, surge una crisis del modelo epistemológico de la modernidad, colocando en jaque aspectos como:

- La separación entre un mundo real y un mundo de la experiencia. Se cuestiona la idea de objetividad y realidad, centrando el foco de atención en una realidad social, creada y co-creada a partir de las experiencias del individuo y de la relación con los otros y la cultura.
- La seguridad de las representaciones claras y distintas como fundamento de un conocimiento válido, es decir, la existencia de verdades inmutables como base para las construcciones del conocimiento. Se cuestiona la veracidad del conocimiento como una construcción de grupos hegemónicos y que es aprehendida por las personas, y ésta a su vez moldea su comportamiento, creencias y sus historias.
- La posibilidad de separación entre un sujeto epistémico, apto para emprender un conocimiento confiable de origen cabal, y el objeto de su conocimiento, es decir la posibilidad de un conocimiento objetivo. Se cuestiona la idea de que el “hombre” como sujeto pueda estudiar el “hombre” como objeto de estudio, ya que se encuentra de por medio la subjetividad del que describe, investiga y puntúa los hechos del fenómeno estudiado, concluyendo en una descripción del mundo o de la realidad (el mapa no es el territorio).

Andersen (2005) complementa con algunas propuestas a partir de dichos cuestionamientos de la posmodernidad hacia la modernidad:

- Una alternativa a las explicaciones estables y generalizables de la vida humana es que un ser humano cambia constantemente y se adapta a los diversos contextos que, a su vez varían constantemente. Esta comprensión es compatible con el concepto de realidades múltiples.
- Lo importante no es lo que se encuentra dentro de los individuos (como constructos teóricos psicológicos) sino la colectividad que forma al individuo, de tal manera que en la colectividad hay que poner atención a las conversaciones que se entablan dentro de ella; lo significativo respecto de las conversaciones es el lenguaje en el que están los interlocutores.
- Una premisa alternativa del lenguaje es que, además de informar, forma. El lenguaje en el que estamos determina las posibilidades, por un lado, y las limitaciones, por el otro, de lo que llegamos a comprender. El lenguaje intervendrá en la formación de lo que lleguemos a pensar y comprender. La persona que se expresa, al expresarse como lo hace, da forma a su vida y a su self (ya sean uno o varios), de tal manera que toda persona está siendo formada constantemente: se está transformando, reformando o conformando a sí misma.
- Una premisa alternativa respecto a las palabras es que las palabras sólo se refieren a otras palabras, y no a los objetos que están “ahí afuera”. La impresión, la imagen o las ideas peculiares de lo que está “ahí afuera”, y de lo que nosotros lambamos, son formadas por las palabras que elegimos para nuestras descripciones.

A partir de estas ideas y cuestionamientos de la modernidad, se comenzaron a generar movimientos artísticos y de la literatura, al igual que en la psicología. Finalmente Pardeck, Murpchy y Jung (1994) resumen marcando que el posmodernismo ha llegado a ser descrito como una teoría lingüística que propone que el mundo social no puede ser tratado como un sistema objetivo. Y está interesado según Biever, Bobele, Gardner y Franklin (1998) en explorar las maneras en que el lenguaje, el poder, los factores sociales y la historia moldean nuestras visiones acerca de la realidad, la verdad y conocimiento.

3.3.2 La tercera oleada de la psicoterapia.

O’Hanlon (1998) reconoce en la psicoterapia tres oleadas que han rendido fruto en el proceder terapéutico. La primera oleada, que empezó con Sigmund Freud y estableció las bases para el campo de la psicoterapia, estaba centrada en la patología y estaba dominada por las teorías psicodinámicas y la psiquiatría biológica. La primera oleada fue un avance muy importante porque ya no consideraba que las personas con problemas fueran moralmente deficientes y nos dio un vocabulario común (DSM-IV) para describir los problemas del ser humano.

La segunda oleada de la psicoterapia –las terapias centradas en los problemas – apareció durante los años cincuenta, aunque no sustituyó por

completo la primera. Ésta intentaba compensar la excesiva fijación en la patología y en el pasado. Las terapias centradas en los problemas, incluyendo la terapia conductista, los métodos cognitivos y la terapia familiar, no partían del supuesto que de que el cliente estuviera enfermo. Se centraban más en el “ahora y aquí” en lugar de buscar significados ocultos y causas finales. Ya no se veía la personalidad como algo herméticamente encerrado dentro de la piel, sino como algo influenciado por las pautas de comunicación, la familia y las relaciones sociales.

Para la segunda oleada, el cambio no era tan difícil como para la primera: bastaba con influir en algunas de las variables para que cambiara todo el sistema, incluyendo características personales. Los terapeutas de la segunda oleada consideraban que sus clientes estaban básicamente sanos y simplemente hacían una “visita al taller”. El objetivo era arreglarlos con la mayor rapidez posible y devolverlos a la carretera de la vida. No intentaban ajustar nada que no se les hubiera pedido que arreglaran.

Los modelos en terapia familiar se ubican dentro de esta segunda oleada, y todos proceden bajo los mismos lineamientos epistemológicos modernistas con sus variantes. Los ejes rectores son los siguientes:

- Teoría General de los Sistema.
- Cibernética de segundo orden.
- Teoría de la Comunicación Humana.
- Constructivismo.
- Otras ideas influyentes: dentro de los modelos de terapia familiar se pueden encontrar otros pensadores y figuras que tuvieron influencia determinante en la construcción de los modelos, entre ellos se encuentran:
 - Las ideas de Milton H. Erickson.
 - La Teoría de los Tipos Lógicos de Russell y la Teoría de Grupos de Galois.
 - Bandler y Grinder: a quienes se les atribuye el desarrollo de lo que hoy se conoce como Programación Neuro-Lingüística.
 - Las ideas de Gregory Bateson.

Este tipo de modelos o formas de proceder, se pueden encontrar ubicadas dentro de la modernidad. Estos modelos de terapia familiar sistémica se encuentran bajo las analogías de las ciencias físicas positivistas (que van encaminadas a las organización social como máquinas elaboradas, constituidas a base de mecánica e hidráulica) y las ciencias biológicas (que consideran la organización social bajo la analogía de un cuasi-organismo, por tanto se habla de sintomatología de un problema subyacente con una función y una utilidad) (White y Epston, 1993).

Hubo personas como Michel White, David Epston, Tom Andersen, Harlene Anderson, Harry Goolishian por mencionar solo algunos que comenzaron a

trabajar bajo las propuestas del posmodernismo fundamentados en una visión constructivista social.

3.3.3 El constructivismo social como una propuesta de abordaje de lo psicológico.

Un importante grupo de pensadores postmodernos son los constructivistas sociales. En un intento por definir la manera en que explicamos el mundo, si abandonamos la búsqueda de verdades fundamentales y conocibles, los constructivistas sociales han dirigido su mirada a nuestros orígenes sociales. Para ellos, el mundo que percibimos y los significados que creamos acerca del mundo son el resultado de interacciones sociales, es decir, hablamos con otras personas y vivimos en un contexto cultural que nos transmite significados (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 1998).

La predisposición a reconocer el tremendo poder de la historia pasada y de la cultura presente que conforman nuestra vida, integrada con una visión poderosa y optimista de nuestra capacidad para liberarnos de las en cuanto somos conscientes de su presencia (O'Hanlon, 1998).

La posición del constructivista implica que los significados son transitorios, cambiantes, de momento a momento, en la conversación. Como el barro, los significados están constantemente "en construcción" desde este punto de vista, las "verdades" últimas o fundamentales son vistas con gran escepticismo por los constructivistas sociales (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 1998).

O'Hanlon (1998) considera que bajo esta lógica el terapeuta participa en el proceso de formación de la identidad, y se busca centrarse en atribuirle la culpa a nadie, y en los efectos insidiosos de las ideas y "prácticas" opresivas y de los hábitos de acción a los que todos estamos sometidos. Estas prácticas llevan una visión muy distinta de la personalidad y, en consecuencia, del cambio terapéutico.

Sin que los terapeutas familiares pudieran percatarse suficientemente de su presencia, es a partir de la segunda mitad de los años ochenta del siglo XX que empezaron a emigrar, a este ámbito, nuevos puntos de vista y autores que propiciaron una forma diferente de ver los problemas humanos y la psicoterapia, entre los que se encontraban la orientación constructivista, también conocido como teoría del constructivismo social o socioconstructivismo (Limón, 2005).

Anderson (1997) marca seis directrices básicas para un enfoque posmoderno en psicoterapia:

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.

4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
5. El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

3.3.4 El proceso terapéutico como proceso social de cambio.

Fruggeri (1996) hace un análisis del proceso de cambio como un acto social. Si se retoman las ideas expuestas anteriormente y aplicadas a la terapia entonces habría reflexiones fundamentales que habría que considerar para el proceder del terapeuta.

Para empezar, es fundamental marcar la definición del conocimiento como un proceso autorreferencial es el punto de partida para la elaboración de un paradigma científico que no puede confiar en la objetividad, en un solo lenguaje descriptivo y exacto o en un marco conceptual universal. La psicoterapia como todos los actos humanos se basa en el círculo hermenéutico de interpretación-acción (Bateson, 1990; Fruggeri, 1996).

Dentro de este círculo hermenéutico de interpretación-acción Fruggeri (1996) desarrolla diversos aspectos a considerar en este proceder social que es la terapia, y que desde una visión posmoderna tiene implicaciones en los aspectos teórico-metodológicos:

- Los poderosos se vuelven impotentes: la autorreferencia que caracteriza el proceso de conocimiento implica que las relaciones entre el individuo y el medio o entre el individuo y otros individuos no pueden ser interacciones instructivas. Ello equivale a afirmar que “nadie puede hacer nada por nadie”. Esto es exactamente lo contrario de la base sobre la que tiene lugar el encuentro terapeuta-cliente y sobre la que el terapeuta fundamenta sus actos. Se muestra un derrumbe de la omnipotencia del terapeuta.
- El modelo médico se deja de lado: los individuos construyen sus realidades, lo que abre una discusión en el terreno de la descripción de los mecanismos normales o patológicos.
- La varita mágica está rota: los comportamientos de los individuos son una función de sus procesos cognitivos y simbólico, sus comportamientos interpersonales no pueden considerarse meras respuestas a lo que los otros hacen, sino funciones de los significados que los individuos atribuyen a su comportamiento y al de los demás. En consecuencia, las intervenciones del terapeuta no tienen eficacia por sí misma, ya que sus esfuerzos están vinculados a los significados que los clientes atribuyen.

A partir de estos aportes o ideas nuevas, el enfoque sistémico a partir del construccionismo social generó revisiones conceptuales y metodológicas, de tal manera que se comenzó a cuestionar los fundamentos mismos de la psicoterapia, como fenómenos científico y social. Esto conllevó a una perspectiva epistemológica que cuestiona las premisas según las cuales los terapeutas se definen a ellos mismos, elaboran teorías y prácticas, modelos y técnicas, desarrollan relaciones interpersonales, sociales e institucionales (White, 1994; Fruggeri, 1996; Anderson, 1997; O'Hanlon, 1998; Limón, 2005).

A partir de estas revisiones epistemológicas, metodológicas y teóricas fundamentadas en las críticas del posmodernismo Anderson (1997) expone la visión de sistemas y hacia donde se dirigen estas revisiones con la posmodernidad:

Desde (Modelos sistémicos)	Hacia (Ideas posmodernas)
Un sistema social definido por una estructura de roles.	Un sistema basado en el contexto, y producto de la comunidad social.
Un sistema compuesto por un individuo, una pareja o una familia.	Un sistema compuesto por individuos interrelacionados a través del lenguaje.
Una organización y un proceso jerárquicos dirigidos por la terapeuta.	Una postura filosófica terapéutica que invita a una relación y un proceso colaborativo.
Una relación dualista entre un experto y un no-experto.	Una sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos.
Una terapeuta que sabe y que descubre y recoge información y datos.	Una terapeuta que no sabe y que está en posición de ser informada.
Una terapeuta experta y satisfecha que sabe cómo otros deberían vivir.	Una terapeuta experta en crear un espacio para el diálogo y en facilitar el proceso dialógico.
Una terapia centrada en el concurriendo impartido y en una búsqueda de la causalidad.	Una terapia centrada en generar posibilidades y en fiarse en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes.
Un terapeuta seguro de lo que sabe (o cree que sabe).	Un terapeuta inseguro para quien el conocimiento está en constante desarrollo.
Un terapeuta que opera desde conocimientos, supuestos y pensamientos privados y privilegiados.	Una terapeuta que hace públicos, comparte y reflexión sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones.
Un terapeuta intervencionista, con capacidad estratégica y técnica.	Una inquisición compartida que depende de las capacidades de todos los participantes.

Un terapeuta que intenta producir cambios en otra persona u otro miembro de un sistema.	Un cambio o una transformación que son una consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa.
Una terapia con personas bien delimitadas, dotadas de si mismos nucleares.	Una terapia con personas multifacéticos, dotadas de si mismo relacionales construidos en el lenguaje.
Una terapia como una actividad que investiga a otros sujetos.	Un terapeuta y un cliente que participan como co-investigadores para crear lo que “descubren”.

3.3.5 Descripción de los abordajes terapéuticos posmodernos.

Las terapias que pueden ser consideradas posmodernas conforman un espectro bastante amplio de posibilidades. Grandesso (2002) enumera una extensa variedad de abordajes, organizados en forma razonablemente consistente – tanto desde el punto de vista teórico como de las prácticas derivadas- que pueden ser denominadas posmodernas, que bien no intenta inventariar y clasificar exhaustivamente dicho espectro. En el presente trabajo se desarrollaran las siguientes: terapia narrativa, terapia con equipos reflexivos y la terapia con enfoque colaborativo.

3.4 La Terapia Narrativa.

El desarrollo de esta visión surge gracias a la creatividad de Michael White en Australia. Se le reconoce por la innovadora técnica psicoterapéutica de “externalización del problema”. Comienza a construir su trabajo a partir de dos principales fuentes de inspiración: a) Ideas de Gregory Bateson sobre la cibernética aplicada a las ciencias sociales y su concepto de “mente”, así como el proceso epistemológico de las personas “cómo sabemos lo que sabemos”, y la información que genera diferencias “la diferencia que hace la diferencia”; b) Ideas de Michel Foucault sobre el análisis de la medicina moderna, los sistemas de conocimiento, las clasificaciones científicas y la evaluación (Tomm, 1994).

Sluzki (s/f, citado en White, 1994) considera a White como el principal exponente de la terapia narrativa, considerando sus ideas como pilar de la Nueva Escuela Australinana de Terapia Familiar, sostenida por el Dulwich Centre de Adelaida. Para White, el terapeuta obra como coautor, junto con el paciente y su familia, de una versión alternativa más positiva y capacitadota que aquella “saturada de problemas” con la que el paciente llega a la terapia.

Michael White comenzó el trabajo clínico con niños que sufrían de encopresis, observó que el progreso clínico se aceleraba cuando se le daba al paciente la posibilidad de hablar el problema como algo distinto y separado de sí, lo personificó como una entidad exterior al niño, de aquí surge lo que actualmente

se le conoce como “exteriorización el problema”, y con el tiempo White a pasado del trabajo con niño con encompresis a diversos problemas como anorexia nerviosa y violencia familiar (Tomm, 1994).

Otro de los grandes exponentes de la terapia narrativa es David Epston quién proviene de Nueva Zelanda, y coordina la revista “Store Corner” del Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, que es una fuente importante en la cual ha difundido su trabajo. Está formado como antropólogo que le ha resultado útil para el uso de los relatos (White y Epston, 1993).

Epstón (s/f, citado en Tomm, 1993) descubrió y comenzó a trabajar con el potencial terapéutico de las cartas que resumen habitualmente cada sesión. Se ha impuesto la disciplina de escribir una carta al cliente o a la familia tras casi cualquier entrevista. La copia de la carta constituye normalmente el único registro de la sesión. De esta forma, la “historia clínica” es prácticamente compartida por familia y terapeuta. Esta conducta supone una significativa incursión en una relación más igualitaria entre profesionales y clientes.

Ambos han colaborado en diversos cursos, seminarios y en diversos escritos, sin embargo, hay otros autores que se deben de considerar dentro de este abordaje según Grandesso (2002) como es el caso de: Karl Tomm, Hill Freedman y Gene Combs.

3.4.1 Principales representantes de la Terapia Narrativa.

El desarrollo de esta visión surge gracias a la creatividad de Michael White en Australia. Se le reconoce por la innovadora técnica psicoterapéutica de “externalización del problema”. Comienza a construir su trabajo a partir de dos principales fuentes de inspiración: a) Ideas de Gregory Bateson sobre la cibernética aplicada a las ciencias sociales y su concepto de “mente”, así como el proceso epistemológico de las personas “cómo sabemos lo que sabemos”, y la información que genera diferencias “la diferencia que hace la diferencia”; b) Ideas de Michel Foucault sobre el análisis de la medicina moderna, los sistemas de conocimiento, las clasificaciones científicas y la evaluación (Tomm, 1994).

Sluzki (s/f, citado en White, 1994) considera a White como el principal exponente de la terapia narrativa, considerando sus ideas como pilar de la Nueva Escuela Australiana de Terapia Familiar, sostenida por el Dulwich Centre de Adelaida. Para White, el terapeuta obra como coautor, junto con el paciente y su familia, de una versión alternativa más positiva y capacitadora que aquella “saturada de problemas” con la que el paciente llega a la terapia.

Michael White comenzó el trabajo clínico con niños que sufrían de encompresis, observó que el progreso clínico se aceleraba cuando se le daba al paciente la posibilidad de hablar el problema como algo distinto y separado de sí, lo personificó como una entidad exterior al niño, de aquí surge lo que actualmente se le conoce como “exteriorización el problema”, y con el tiempo White a pasado

del trabajo con niño con encompresis a diversos problemas como anorexia nerviosa y violencia familiar (Tomm, 1994).

Otro de los grandes exponentes de la terapia narrativa es David Epston quién proviene de Nueva Zelanda, y coordina la revista "Store Corner" del Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, que es una fuente importante en la cual ha difundido su trabajo. Está formado como antropólogo que le ha resultado útil para el uso de los relatos (White y Epston, 1993).

Epstón (s/f, citado en Tomm, 1993) descubrió y comenzó a trabajar con el potencial terapéutico de las cartas que resumen habitualmente cada sesión. Se ha impuesto la disciplina de escribir una carta al cliente o a la familia tras casi cualquier entrevista. La copia de la carta constituye normalmente el único registro de la sesión. De esta forma, la "historia clínica" es prácticamente compartida por familia y terapeuta. Esta conducta supone una significativa incursión en una relación más igualitaria entre profesionales y clientes.

Ambos han colaborado en diversos cursos, seminarios y en diversos escritos, sin embargo, hay otros autores que se deben de considerar dentro de este abordaje según Grandesso (2002) como es el caso de: Karl Tomm, Hill Freedman y Gene Combs.

3.4.2 Ideas centrales de la Terapia Narrativa.

Para Grandesso (2002) la Terapia Narrativa tiene ligeras variaciones, sin embargo, se puede encontrar que comporte el interés por diversos aspectos, entre los cuales se pueden destacar:

- Pone énfasis en las micro-prácticas transformativas y en la organización de historias cualitativamente "mejores" para el sistema en torno a los "extraños atractores", refiriéndose a la teoría del caos. Dichos atractores se caracterizan como opciones potenciales surgidas en los puntos de bifurcación de las historias desestabilizadas por la conversación terapéutica.
- Pone énfasis en los procesos reflexivos y en la apertura de las palabras a los significados por ellas construidos, como proceso de cuestionamiento o como contexto generativo en relación al cambio.
- Se enfatiza la importancia de las diversas voces – la que proviene de la escritura, la que proviene de los diálogos internos, la que es consecuencia de las distintas conversaciones-
- Pone énfasis en la deconstrucción de las historias dominante y de las prácticas subyugadores del self. La propuesta de externalización, al situar a la persona y al problema como entidades distintas, contribuye a descentralizar el self porque torna conocidos los contextos organizadores de las narrativas opresoras en las cuales las personas construyen empobrecidas visiones de si mismas y restringidas posibilidades

existenciales. La reconstrucción narrativa resultante del trabajo terapéutico caracteriza a este modelo de terapia como de re-autoría de la autobiografía.

3.4.3 La analogía del texto.

White y Epston (1993) exponen una serie de analogías con las cuales las personas interpretan la realidad para proceder en el mundo. En un primer nivel se encuentran las analogías de las ciencias físicas positivistas, en un segundo nivel se encuentran las metáforas de las ciencias biológicas, y en un tercer nivel se ubican las analogías que utilizan las ciencias sociales, que son: la teoría del juego, el drama, el proceso de ritual y el texto. La terapia narrativa se centra en esta última al considerar la organización social como “textos de comportamientos” que se enfoca a representaciones de historias o conocimientos entendidos como opresivos o dominantes, de tal manera que al trabajar bajo este mapa o analogía el proceder se tendría que centrar en buscar espacios disponibles para la elaboración de historias alternativas.

Se comenzó a centrar la atención por la analogía textual después de observar que, si bien una manifestación del comportamiento se produce en el tiempo, de modo tal que cuando se le presta atención ya no se está dando, el significado que se adscribe a ese comportamiento se prolonga en el tiempo, aspecto que ha sido estudiado en profundidad en los estudios de Boscolo y Bertrando (1996).

Fue la adscripción de significado lo que llamó la atención de los investigadores que, en su esfuerzo por entenderla, apelaron a la analogía del texto. Esto permitió considerar la interrelación de las personas como la interacción de los lectores respecto de ciertos textos. Esta analogía hizo también posible concebir la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos, en la medida en que cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por lo tanto, una nueva forma de escribirlo (White y Epston, 1993; O’Hanlon, 1998).

3.4.4 La contribución de Michael Foucault: los discursos de poder.

Michael Foucault (s/f, citado en White, 1994) hace un análisis sobre las prácticas de poder a las cuales todas las personas están sometidas de una u otra forma. Las prácticas de poder penetran en la vida de las personas y la modelan en sus niveles más profundos como en las actitudes, deseos, cuerpos, costumbres, etc. y él comparaba estas prácticas con una forma de adiestramiento. En un micronivel las prácticas de poder se podían observar en la periferia de la sociedad como en hospitales, prisiones, familias, etc, que son en donde es más evidente el ejercicio del poder, y éste se ejerce de arriba hacia abajo y es descentralizado y “admitido”. Estas formas de poder determinan la conducta de los individuos y lo somete a ciertos fines o a cierta dominación, a una objetivación del sujeto, de tal manera que el individuo termina por convertirse en un objeto, el cual contribuye a auto monitorearse a partir de estas formas de poder a las cuales se ha sometido,

de tal forma que se convierte en “complacientes” participantes para disciplinar o vigilar su propias vidas.

Esta colaboración rara vez es un fenómeno consciente. Las operaciones de ese poder están disfrazadas o enmascaradas porque el poder obra en relación con ciertas normas a las que se les atribuye la condición de “verdades”. Estas verdades son tomadas como dominantes, ya que provienen de grupos hegemónicos socialmente, y de esta forma estas verdades dominantes están en realidad especificando la vida de las personas y sus relaciones (White y Epston, 1993; White, 1994, Fillingham y Susser, 1998).

Este análisis sugiere que muchos de nuestros modos de conducta reflejan nuestra colaboración en controlar o vigilar nuestras propias vidas, así como las vidas de los demás, nuestra colusión en la especificación de vías de conformidad con los conceptos dominantes de nuestra cultura (White, 1994).

3.4.5 Narración dominante.

Hasta aquí se puede decir que las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones. Cuando una persona tiene un problema es porque se le sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos por la persona (White y Epston, 1993).

Si predomina una historia saturada de problemas, representaremos de modo habitual la misma vieja y problemática historia, que revivimos como si hubiera pasado ayer. De tal modo que una gran parte de la experiencia vivida queda en el trasfondo, relegada por la narración doliente con “verdades normatizadoras” (Suárez, 2004).

3.4.6 Relatos alternativos y eventos extraordinarios.

Las personas son tan ricas en experiencia vivida, que solo una fracción de esta experiencia puede relatarse y expresarse en un determinado momento. Y una gran parte de la experiencia vivida queda inevitablemente fuera del relato dominante acerca de las vidas y las relaciones de las personas. Estos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación, o regeneración de lo que se conoce como relatos alternativos (White y Epston, 1993).

A medida que las personas se separan de las historias dominantes o “totalizantes” que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos; a estos eventos se les conoce como “logros aislados” (White,

1994) o eventos extraordinarios (White y Epston, 1993, Suárez, 2004), que sirven para comenzar a construir una historia diferente de su vida.

3.4.7 El objetivo de la Terapia Narrativa.

Entonces, si una persona acude a terapia, el objetivo sería la identificación o generación de relatos alternativos que le permitieran representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarían como más útiles, satisfactorios y con final abierto (White y Epston, 1993). De tal forma que se tenga presente que el relato que prevalezca a la hora de asignar significado a los sucesos de nuestra vida determinará en gran medida la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones (Suárez, 2004) por lo que el terapeuta generará las condiciones necesarias a través del lenguaje para construir un ambiente y una charla terapéutica que lleve a la deconstrucción y a la resignificación de la historia dominante de las personas (Fruggeri, 1996).

3.4.8 Deconstrucción y hermenéutica en la Terapia Narrativa.

En terapia se pueden ubicar una serie de prácticas reiteradas, por lo que se aplican métodos deconstructivos, es decir, se utilizan procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas. Muchos de los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivizarlas. Andersen (2005) expone la utilidad de utilizar en las terapias posmodernas la metodología hermenéutica de interpretación-acción como una guía para el proceso deconstructivo, en donde el terapeuta se mueve con cada nueva información, con cada pregunta o historia en una interpretación que sirve de base para una posterior interpretación, de tal manera que se genera un círculo basado en la "interpretación de la interpretación de la interpretación..." de esta forma constantemente se está interpretando y actuando bajo esa nueva información adquirida. White (1994) marca como algo importante en la terapia, deconstruir: a) el relato, b) las prácticas modernas de poder, y, c) las prácticas discursivas.

3.4.9 Deconstrucción del relato.

La deconstrucción del relato se puede hacer a partir de la externalización de conversaciones y vivencias, de la externalización del problema (preguntas de influencia relativa, influencia del problema y de las personas), de la búsqueda de acontecimientos extraordinarios pasados, presentes y futuros, de preguntas relativas al panorama de acción y de consciencia, y a las preguntas referentes a experiencias de experiencias.

3.4.10 Deconstrucción de las prácticas de poder.

La objetivación de estas prácticas de poder familiares y dadas por descontadas contribuye muy significativamente a deconstruirlas. Y esto se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas. Cuando las prácticas de poder quedan desenmascaradas las personas pueden asumir una posición respecto de ellas y contrarrestar la influencia que tienen en sus vidas y relaciones. Esta externalización se inicia pidiendo a las personas que se den cuenta de los efectos que dichas prácticas tienen en sus vidas. En el diálogo debe hacerse hincapié especial en lo que las prácticas de poder han dictado a las personas tocante a su relación con su propio yo y con los demás. De esta forma las personas estarán en condiciones de desarrollar otras prácticas preferidas del yo y de sus relaciones, es decir, de contraprácticas (White, 1994).

3.4.11 Deconstrucción de las prácticas del saber.

Las disciplinas profesionales han logrado desarrollar prácticas y técnicas de lenguaje según las cuales esas disciplinas tienen acceso a la “verdad del mundo”. Los terapeutas pueden contribuir a deconstruir el saber de los expertos al considerarse ellos mismo “coautores” de otros conceptos y prácticas y al realizar un esfuerzo concertado a fin de establecer un contexto en el cual las persona que buscan ayuda terapéutica tenga el privilegio de ser los autores primarios de esos conceptos y prácticas. Los terapeutas pueden poner en tela de juicio la idea de que posee una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y puede hacer dudar de la posibilidad de que las personas estén sometidas a la imposición de ideas, alentando a dichas personas a interpretarlo sobre la entrevista misma. (White, 1994).

3.4.12 Cartas, certificados, documentos y contradocumentos en la Terapia Narrativa.

En nuestra cultura el lenguaje desempeña un papel central en las actividades que definen y modelan a las personas, y si el lenguaje escrito realiza una contribución importante en este sentido, es obligado analizar los documentos modernos y su papel en la redescipción de las personas. En el campo de las disciplinas profesionales, un documento puede tener diversos propósitos, el objetivo de la mayoría de los documentos profesionales es una persona que se somete, o ha sido sometida, a evaluación, y el autor del documento es una persona versada en la retórica característica de un dominio específico de conocimiento experto. El terapeuta puede utilizar prácticas asociadas con documentos alternativos que faciliten la supervivencia y consolidación de nuevos significados y de una revisión de los significados preexistentes. En estos documentos la persona desempeña un papel central a la hora de contribuir a la especificación de si mismo y de esta manera se hace consciente de su participación en la constitución de su propia vida. Por tanto el terapeuta puede utilizar cartas, certificados, diplomas, o documentos que sirvan como

contradocumentos para facilitar una nueva significación de su historia dominante (White y Epston, 1993).

3.5 Contexto del Grupo Reflexivo y el Enfoque Colaborativo.

A finales de la década de 1980 y al inicio de los años noventa, algunos terapeutas comenzaron a exponer una serie de inquietudes y reflexiones surgidas del análisis crítico de su experiencia con la teoría y la práctica clínica de la psicoterapia familiar y sistémica. Se empezó a hablar del “giro interpretativo”, que se caracterizó por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia y por modificaciones en la forma de interactuar con los clientes. Estos enfoques se pueden ver reflejados al enfoque colaborativo representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian, al trabajo con equipos reflexivos de Tom Andersen (Beltran, 2004).

3.6 El Grupo Reflexivo.

El concepto del grupo reflexivo trabaja sobre la idea de que todos participan en un diálogo sobre el cambio. El equipo ya no le hace algo “a” a familia sino que hace algo “con ella”, y la terapia se convierte entonces en una empresa en colaboración. No se trata de un nuevo método ni de una nueva escuela de terapia familiar. Pertenece a un nivel de abstracción más general, un nivel de valores y posición terapéuticos. En el proceso se modifican los roles, las reglas y las expectativas de la terapia (Sluzki, s/f, citado en Andersen, 1991).

Con el trabajo de grupo reflexivo las familias no solo lo experimentan como algo que les da poder, sino que parecen fascinadas por el proceso de escuchar las conversaciones de los profesionales acerca de ellos. Por supuesto que hay reglas entre los profesionales que los llevan a utilizar descripciones positivas y a la evitar términos competitivos o críticos. Sus comentarios en general ofrecen nuevas opciones y descripciones más que ideas sobre lo que está mal. Es de fundamental importancia que la gente no se sienta identificada con la crítica o la culpa (Hoffman, s/f, citado en Andersen, 1991).

Se le reconoce como principal representante a Tom Andersen, quién fue médico clínico y actualmente trabaja como psiquiatra. Es también profesor de Psiquiatría Social en la Escuela de Medicina de la Universidad de Tromsø. Es conocido por su innovadora “posición reflexiva”. Es editor de *The Reflecting Team* (Mc Namee y Gergen, 1996).

3.6.1 ¿Qué significa reflexivo y a que conlleva el concepto en la práctica?.

Se pensó en el significado de la palabra en francés. En francés, la palabra *reflexión* tiene el mismo significado que la palabra noruega “refleksjon”, es decir: *algo que es oído, aprehendido y pensando antes de dar una respuesta*. El revertir

la luz y el sonido también dio más libertad para pensar, y se comenzaron a preguntar de qué manera los diversos conceptos y reglas que seguían afectaban a los mismos, terapeutas que participaban en el grupo Andersen (1991).

Espinosa (2001 inédito) complementa marcando que la manera de llegar a las historias de los consultantes es a través de la Reflexividad, entendida como reflejar al otro, es decir, y coincide con Andersen (1991) cuando marca que es algo que es pensando y solo tiene de ser razón cuando se habla. Esta idea nos lleva a escuchar, es decir, fungir como equipos reflejantes.

Al aprehender esta idea, conlleva a un efecto sobre la forma de proceder como equipo reflexivo, Andersen (1991) marca que esto llevaba a que la información comprendida estaría dentro del contexto, es decir, que el propio contexto era el antecedente para la información, por lo tanto, las hipótesis estaban hasta cierto punto estrechamente relacionadas con dónde se hallaba el terapeuta. Como punto de partida se acordó evitar todo “preconcepción” y las hipótesis fueron omitidas en todo lo posible.

Anderson (2005) con estas ideas logró comprobar que el modo de hablar depende del contexto en que se habla. Si se opta por hablar de las familias sin su presencia, se cae fácilmente en el frío lenguaje “profesional”. Si se opta por hablar de ellas en su presencia, se hace espontáneamente de manera amistosa y utilizando el lenguaje corriente.

3.6.2 Estructura de las sesiones y los participantes del Grupo Reflexivo.

El uso o no de la sala de observación varía. Cuando se emplea, se suele preguntara los clientes si quieren que el equipo esté en la sala o del otro lado del espejo; y al momento de las reflexiones en equipo también se les pregunta si quieren estar en la misma sala o del otro lado del espejo.

Las sesiones usualmente inician procurando que los clientes aclaren al terapeuta lo que consideran necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes otorgándoles a cada uno (multiparcialidad) un espacio a sus relatos y a las experiencias que le son familiares. Estos aspectos consideramos como básicos para lograr el diálogo.

Una vez realizada esta fase, el terapeuta se reúne con el equipo y, en presencia de los clientes, desarrollo con éste un intercambio de las ideas surgidas a partir de la conversación que el terapeuta sostuvo con ellos. Posteriormente, el terapeuta vuelve con los clientes y retoma con ellos los comentarios hechos por los miembros del equipo (Anderson le llama a este proceso “diálogos sobre los diálogos), no usa la designación de “reflexivo” para el equipo, aunque si habla de reflexión). En ocasiones estas dos fases se repiten (la de conversar con el equipo y volver con el cliente). Presentar las reflexiones de forma abierta ante/con el

terapeuta y los clientes permite reconocerlos como colaboradores en el sistema terapéutico (Beltran, 2004).

3.6.3 El Equipo Reflexivo y el Cambio.

Para lograr un cambio con el equipo reflexivo se requiere que las personas sean expuestas a algo poco usual, pero familiar. Es decir, deben exponerse a situaciones sociales, terapéuticas, inusuales pero no demasiados alejadas de su visión. Las nuevas narraciones familiares para las personas deben de tener significado (o resignificado) en su contexto; de otra manera no tiene sentido para ellos.

El hecho de que tenga significación para la persona o la familia es crucial, ya que las personas de antemano llegan con un sistema de significado creado, si los significados son adecuadamente diferentes, las conversaciones ente quienes los proponen crearán, quizá nuevos significados quizás más útiles. Si los significados son demasiados diferentes, es probable que esas conversaciones cesen. Cuando un terapeuta entra en este tipo de escenario, ya lleno de significados, debe ser precavido en cuanto a aportar más significados. Si el terapeuta se conecta amigablemente con los integrantes del sistema de significado, les allanará la incorporación e sus significados a la conversación (Andersen, 2005).

El terapeuta tiene que generar diálogos sobre los diálogos, de tal manera que lo oído y lo dicho se pueda desplazar entre dos niveles del diálogo, el interno y el externo (Andersen, 1991). Según Andersen (2005) el diálogo se torna más significativo si están presentes una o varias personas para veros y oírlos, que es a lo que se le denominan “servir de testigos”.

3.6.4 Principios generales del Equipo Reflexivo.

Hay algunas directrices que se deben de tomar en cuenta al hacer un equipo reflexivo. Anderson (2005) las marca de la siguiente manera:

- Las variaciones del equipo reflexivo están en función de la creatividad del terapeuta, siempre y cuando se sigan los principios básicos ya anteriormente mencionados.
- Cuanto menos planificado sea el equipo reflexivo, tanto mayor será la posibilidad de que la situación determine su forma.
- Es importante que quienes participen en el proceso puedan decir y hacer lo que les resulte cómodo y natural.
- Hay que hablar (especular) a partir de algo que haya visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta.
- Se debe procurar hablar en tono indagador.
- Se evitan declaraciones, opiniones y los significados atribuidos por el terapeuta.

- El terapeuta se debe de sentir libre de comentar todo cuanto oye, pero no todo cuanto ve (por ejemplo, lenguaje verbal que indique tristeza o ira, no se revela a la familia), ya que las personas no están obligados a revelar todo lo que piensan y sienten.
- Se genera una charla sin barreras, es decir, no se hace corte antes de cerrar la sesión para elaborar un mensaje (como al estilo de los asociados de Milán), sino que los diálogos del equipo comienzan minutos antes de cerrar la sesión.
- Hay que estar al tanto sobre el lenguaje corporal o no verbal.
- Retomar el lenguaje de la familia o el consultante, así como sus palabras y sus significados.
- No se tiene que: juzgar, hacer interpretaciones, mantener contacto visual con los clientes y dar consejos

Finalmente, Beltrán (2004) complementa los siguientes puntos para ampliar los lineamientos del proceder del Equipo Reflexivo:

- Lo que se pregunta o se propone se hace desde una actitud tentativa.
- La conversación implica enterarse un poco de un tema y luego mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado tiempo en alguno.
- No se debe generar la impresión de que un tema es más relevante que otro.
- Es importante hacer preguntas que amplíen las posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta.
- Se recomienda asegurarse de que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir. No hay nada detrás o debajo de las palabras sino que todo está en las palabras. Lo que importa es cómo se sintió el cliente en la conversación y si se sintió escuchado o no.
- El terapeuta debe evitar escuchar su diálogo interno sobre lo que el cliente está tratando de decir.
- La novedad se logra hablando de lo familiar en un modo no familiar.
- Los clientes dan muchas señales, el terapeuta se tiene que entrenar para desarrollar sensibilidad.
- La responsabilidad del terapeuta es hacer contribuciones que posibiliten el cambio.

3.7 Enfoque Colaborativo.

Estos abordajes terapéuticos se organizan en torno a la definición de lo sistemas humanos como sistemas lingüísticos, generadores de lenguaje y significado, organizadores y desintegradores de problemas. Este es el caso de la terapia de base dialógica estructurada como una conversación de intercambios colaborativos de doble dirección, en la cual el especialista es el cliente, propuesta por Harlene Anderson y Harold Goolishian.

Desde este enfoque, el proceso terapéutico es una conversación en la cual el terapeuta es un participante activo y “arquitecto del diálogo”, es una forma de

conversación en la que el terapeuta y el cliente participan del co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narrativas, a partir de una postura terapéutica de genuino no-saber (Grandesso, 2002).

Cabe mencionar según Beltrán (2004) que el Enfoque Colaborativo y los Grupos Reflexivos son comunes en el sentido de que oponen una perspectiva filosófica de la terapia (a un nivel de valores y posición terapéuticos) basada en la premisa de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación. Asimismo, enfatizan la importancia ética y clínica de realizar conversaciones abiertas con los clientes desde una posición no jerárquica o heterojerárquica.

En esta medida es importante que el lector tome en cuenta los puntos ya planteados en los equipos reflexivos.

3.7.1 Antecedentes del Enfoque Colaborativo.

Harold Goolishian fue director emérito del Houston Galveston Institute. En 1991 poco antes de su muerte, fue distinguido por la American Association for Marital and Family Therapy por sus notables contribuciones a la terapia familiar. Es autor de numerosos artículos, muchos de ellos en colaboración con Harlene Anderson. Fue un pionero en los campos de la psicoterapia y de la terapia familiar (Mc Namee y Gergen, 1996).

Harry Goolishian comenzó a desarrollar en 1970 procedimientos que denominó Terapia de Impacto Múltiple (TIM) en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas. La TIM fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes. Esta forma de trabajo estaba influida por las investigaciones en comunicación realizadas por Don Jackson, Bateson y sus colegas en Palo Alto California; de la práctica clínica de Sullivan, que incluía en la terapia al personal de los pabellones del hospital; de la terapia de grupo familiar de Bell, y de la hospitalización de familias hechas por Bowen.

La TIM formó parte del cambio paradigmático que emergió en la década de 1960 en el campo de la psicoterapia, cambio que se caracterizó por pasar de una visión lineal e individual del comportamiento humano a una visión relacional en la que, para comprender los problemas del individuo, se incluía el estudio de la familia (Beltrán, 2004).

Para los años setenta comenzó a trabajar con Harlene Anderson, quién es directora del Houston Galveston Institute, es editora responsable del *Journal of Strategic and Systemic Therapies* y de *Human Systems: the Journal of Systemic Consultation and Management*. Es autora y coautora de numerosas publicaciones profesionales junto con Harold Goolishian (Mc Namee y Gergen, 1996).

El trabajo entre Goolishian y Anderson se estableció formalmente de 1977 con la fundación del Galveston Family Institute que se le conoció como el “Grupo de Galveston”. Colaboraron con ellos Paul Dell y George Pulliam (Beltrán, 2004). El trabajo realizado iba dirigido a ofrecer servicios clínicos y de entrenamiento en psicoterapia, así como explorar los fundamentos de la teoría y la práctica, lo que facilitó cuestionar las ideas y las de otros profesionales desde las experiencias adquiridas en este grupo (Anderson, 1997).

Estas ideas desarrolladas en el Grupo de Galveston fue lo que se reconoció como enfoque colaborativo, y según Beltrán (2004) consiste en una ruptura paradigmática que situó a los terapeutas en el proceso reflexivo de la observación, pues este enfoque ponía en duda la existencia de una realidad objetiva independiente y la dualidad sujeto-objeto. Con esta perspectiva, se cuestionó también la postura del terapeuta como interventor y del paciente como receptor de las intervenciones, entre otros aspectos.

3.7.2 Postulados centrales del Enfoque Colaborativo.

Anderson y Goolishian (1996) marcan como el desarrollo de la terapia familiar se ha visto limitado por las metáforas cibernéticas con las cuales trabaja, ya que argumentan los serios límites de trabajar con un paradigma de este tipo, en el sentido de que hay pocas oportunidades de tratar con la experiencia misma de un individuo, ya que desde este enfoque se trata a los seres humanos como máquinas de procesamiento de la información, y no como seres generadores de significado.

Anderson y Goolishian (1996) hacen una revisión actual sobre su postura colaborativa, y marcan ocho ejes principales para tener en terapia un enfoque colaborativo:

1. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social. Todos los sistemas son sistemas humanos lingüísticos y quienes mejor pueden describirlo son los individuos que participan en ellos, y no los observadores externos y “objetivos”. *El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos.*
2. El significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o dialogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. *Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para sus intercambio dialogal.*
3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto “problema”. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico del sistema, específicos de sus organizaciones y específico de

su disolución alrededor del problema. El sistema terapéutico se distingue más bien por el significado co-creado en desarrollo, “el problema”, que por una estructura social arbitraria, como una familia. *El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema.*

4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos “conversación terapéutica”. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del diálogo, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico y, por ende, del *sistema de di-solución del problema y de organización el problema.*
5. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación - un arquitecto del proceso dialogal – se tiene que empeñar en crear un espacio que facilite la conversación dialogal. *El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.*
6. El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales, o terapéuticas. La pregunta terapéutica es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialogal. Para lograrlo, el *terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “ignorancia”, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.*
7. *Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.*
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vida en el contexto de un significado nuevo y diferente. *Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación.*

3.7.3 La indagación colaborativa.

Anderson (1997) marca una serie de ideas que el terapeuta debe de tomar en cuenta para generar un diálogo colaborativo, entre las cuales destacan:

- Interés en el lenguaje: el terapeuta presta mucha atención a su propio lenguaje y se adapta, como camaleones, al pronto de vista del consultante, así como a las creencias de la familia.
- Curiosidad: las historias peculiares de los consultantes resultan absorbentes y despiertan una verdadera curiosidad por sus puntos de vista

y sus dilemas, lo que facilita una curiosidad natural y espontánea de hablar con la gente y entrar en relación con ella.

- Fomentar los lenguajes individuales: se generan diferencias entre las experiencias, las explicaciones y los significados atribuidos a un mismo hecho, a una misma familia, a un mismo individuo. Estas diferencias son valiosas y pueden ser fructíferas, por lo que se procura mantener la riqueza de las diferencias.
- Poner atención “uno por vez”: hay que poner profundo interés por cada persona y por cada versión, por lo que es importante hablar con un individuo por vez, y a concentrarnos en esa conversación. Descubrieron que mientras hablaban intensamente con una persona, las otras parecían escuchar en una forma que no habían observado antes. Las personas interrumpen y corrigen menos, se convierte en una escucha menos defensiva.
- Utilizar el lenguaje cotidiano: descubrieron que contar la historia de un cliente (o fragmento de su historia) tal como la contaban los consultantes, capturaba la idiosincrasia del cliente, y le hacía cobrar vida. Nuestros colegas se involucraban más con los terapeutas y con el cliente, se interesaban más en aprender la situación particular del cliente, cómo la vivía este y cómo se veía a sí mismo.
- No intervenciones: en la charla se debe centrar en aprender el lenguaje y los significados de los clientes, esto facilita desechar opiniones “expertas” sobre cómo debería ser la gente, cómo deberían ser las intervenciones. En un principio se pensaba que se intervenía, pero no era así. Las ideas y acciones que por entonces todavía se llamaban intervenciones emergían de las conversaciones terapéuticas locales; los clientes participaban en su concepción, y solamente parecían coherentes y lógicas en el contexto de su familia. Lo que alguna vez fue una terapia vistosa, entretenida, con intervenciones bien diseñadas, comenzó a parecer sobria, ordinaria, y hasta aburrida, sin embargo se volvió atractiva para un enfoque colaborativo.
- Suspensión del preconocimiento y atención a la pericia del cliente: al ir creciendo el interés por el conocimiento de la otra persona, el conocimiento del terapeuta se hizo menos importante. Cuando más se suspendía el propio conocimiento, más lugar quedaba para oír la voz del cliente y para que su pericia accediera al primer plano.
- Indagación compartida: la posición adoptada es una posición que invitaba, en forma natural y espontánea, a una indagación mutua o compartida. Los clientes se envuelven con los terapeutas en un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades. La terapia dejó de ser un “hablar a” y se convirtió en un “hablar con”. Cliente y terapeuta se envuelven en la conversación, se unen en un proceso de dar y recibir, un intercambio, un diálogo, un entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas.
- Incertidumbre: se está en el enfoque colaborativo en un estado constante de incertidumbre, ya que es imposible predecir o predecir el resultado y las consecuencias de las conversaciones terapéuticas, eso libera al

terapeuta y genera una posición e comodidad. Los terapeutas se pueden sentir libres de “no saber”.

3.7.4 Los problemas existen en el lenguaje.

Anderson (1997) plantea que la definición del problema desde el enfoque colaborativo es un asunto a tratar en un discurso. Un problema y el significado que le atribuimos no son sino realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje. Por tanto un problema no se resuelve, sino que se disuelve en el lenguaje.

Al trabajar dentro y con el lenguaje, el terapeuta escucha diversos puntos de vista y si éstos son discrepantes se habla de “realidades enfrentadas”. Por tanto consultante y terapeuta abordar cualquier problema desde una perspectiva de realidades múltiples. Cada suceso o experiencia del que el terapeuta toma conocimiento es solo un relato de una historia, un recontar de la historia, una verdad dentro de una gama policromática de verdades.

Anderson (1997) considera que dentro del trabajo colaborativo y de estas realidades múltiples creadas en el lenguaje, el terapeuta se vive y trabaja en sistemas relacionales múltiples, simultáneos y superpuestos. Se piensan como sistemas horizontales, donde la participación intra e intersistemas vienen determinadas por las conversaciones relevantes, y no se piensan como sistemas organizados en estratos jerárquicos. Como terapeutas se participan en múltiples sistemas, algunos de los cuales se extienden en el tiempo mientras otros son solo momentáneos.

A diferencia de la terapia de sistemas, desde el enfoque colaborativo el problema distingue al sistema. Para fundamentar esta idea central se parte del supuesto de que la familia no existe. La familia es una realidad basada en la comunicación, por consiguiente, hay tantas familias como miembros del sistema hay, incluido el terapeuta que lo define. Finalmente se trabaja con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas. En esta medida un sistema de problema es simplemente una clase de sistemas relacional.

3.8 Cuadro comparativo de los modelos sistémicos de Terapia Familiar.

A continuación se expondrán dos cuadros comparativos que buscan marcar diferencias y similitudes entre los diversos modelos de terapia familiar y los aspectos epistemológicos y las características generales de cada uno de éstos.

		MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA				
		ESTRUCTURAL	BREVE EN PROBLEMAS	ESTRATÉGICO	BREVE EN SOLUCIONES	MILÁN
C A T E G O R I A S D E A N A L I S I S E P I S T E M O L Ó G I C O	TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS	La utiliza como marco referencial.	La utiliza como marco referencial.	La utiliza como marco referencial.	La utiliza como marco referencial.	La utiliza como marco referencial.
	CIBERNÉTICA	Se mueve entre lo progresivo lineal y lo circular, es decir, entre cibernética de primero y segundo orden	Utiliza la cibernética de segundo orden como marco referencial.	Utiliza la cibernética de segundo orden como marco referencial.	Utiliza la cibernética de segundo orden como marco referencial, sin embargo, se considera como el puente con la posmodernidad	Utiliza la cibernética de segundo orden como marco referencial.
	CONSTRUCTIVISMO	Sin hacerlo explícito Minuchin se remite a este marco epistemológico al trabajar con realidades familiares.	Lo utiliza como marco referencial.	Lo utiliza como marco referencial.	Lo utiliza como marco referencial aunque el modelo se perfila al construccionismo social por estar conectado con la modernidad.	Lo utiliza como marco referencial, sin embargo, en el Post-Milán se inclina hacia el construccionismo social.
	INFLUENCIA DE M. H. ERICKSON	Tiene la influencia de Bowen, de Ackerman, de Withaker	Tienen en su base influencia del Dr. Milton H. Erickson	Tienen en su base influencia del Dr. Milton H. Erickson	Tienen en su base influencia del Dr. Milton H. Erickson y la Programación Neurolingüística	Tiene influencia de Paul Watzlawick, Jhon Weakland, Richar Fisch y Gregory Bateson
	TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	Utiliza la comunicación aunque no explícitamente marca Minuchin la Nueva Teoría de la Comunicación Humana. Hace metáforas y utiliza en ocasiones el lenguaje analógico.	Tiene influencia de la Nueva Teoría de la Comunicación humana investigada en el M.R.I y de las ideas de Bateson	Tiene influencia de la Nueva Teoría de la Comunicación humana investigada en el M.R.I y de las ideas de Bateson	Tiene influencia de la Nueva Teoría de la Comunicación Humana investigada en el M.R.I y de las ideas de Milton H. Erickson	Tiene influencia de la Nueva Teoría de la Comunicación humana investigada en el M.R.I y de las ideas de Bateson

En cuanto a las características epistemológicas se puede observar que los modelos en terapia familiar comparten diversos marcos epistemológicos como la Cibernética de Segundo Orden, donde el terapeuta se encuentra dentro de lo observado y no tiene neutralidad con la familia, ya que la afecta y viceversa, de igual forma se trabajo con un enfoque Constructivista retomado las construcciones familiares e individuales de las personas para intervenir durante la terapia así como una gran influencia de las ideas derivadas de la Teoría de la Comunicación Humana. Este gran rubro de ideas son englobadas por la Teoría General de los Sistemas. En cuanto a la influencia del Dr. Milton H. Erickson solamente se puede observar en el caso de las terapias estratégicas, ya que en el caso del Modelo Estructural y de Milán crecieron bajo el influjo de otras ideas como las de Paul Watzlawick, Jhon Weakland, Richar Fisch y Gregory Bateson (para el caso del Modelo de Milán) y de Bowen, de Ackerman, de Withaker (para el caso del Modelo

Estructural). El siguientes cuadros se muestran los modelos de terapia familiar y sus diferencias y similitudes en términos de las características de cada uno de estos modelos.

		MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA				
		ESTRUCTURAL	BREVE EN PROBLEMAS	ESTRATÉGICO	BREVE EN SOLUCIONES	MILÁN
CATEGORIAS DE ANALISIS	AUTORES DEL MODELO	Salvador Minuchin	Richard Fisch, Jhon Weakland, Paul Watzlawick y Lynn Seagal.	Jay Haley y Cloe Madanes	William O'Hanlon, Steve De Shazer, Isoo Kim-Berg	Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Cecchin Gian Franco y Giuliana Prata
	FOCO DE TRABAJO	Se centra en la interacción de toda la familia y en la estructura de la misma.	Se centra en los problemas de díadas o triadas y en los intentos de solución realizados.	Se centra en la interacción de toda la familia y en las jerarquías y triangulaciones.	En las excusiones en donde el problema no se presenta, en los recursos del cliente y en apertura de posibilidades de solución.	En el juego familiar, las interacciones y la definición de las relaciones entre los miembros de la familia
	FUNCIÓN DEL TERAPEUTA	Funge como director de una orquesta, organizando y marcando las pautas de interacción.	El terapeuta genera realidades de segundo orden o de cambio tipo 2.	Funge como director de una orquesta, organizando y marcando las pautas de interacción para alterarlas.	El terapeuta es un facilitador que hace preguntas enfocadas a la solución y que conecta al cliente con sus recursos.	Funge como un director de orquesta al re-organizar al sistema para cambiar las reglas del juego familiar
	DIRECTIVIDAD	El terapeuta es directivo de forma directa	El terapeuta es directivo de forma indirecta	El terapeuta es directivo de forma directa e indirecta	El terapeuta no es directivo	El terapeuta es directivo de forma directa e indirecta
	CONCEPTOS CENTRALES DEL MODELO	Desequilibrio, homeostasis, joining jerarquía, limites, alianzas, coaliciones, sistemas y subsistemas, triangulaciones.	Cambio de tipo 1 y 2, paradoja, intentos de solución, problema, dificultad, cliente, paciente identificado.	Jerarquía, limites, alianzas, coaliciones, triangulaciones, pauta, poder y comunicación.	Soluciones, posibilidades, colaboración, orientación hacia el futuro.	Juegos familiares, paradoja, contraparoja, homeostasis, psicosis, comunicación, sistema, neutralidad, circularidad.

		ESTRUCTURAL	BREVE EN PROBLEMAS	ESTRATÉGICO	BREVE EN SOLUCIONES	MILÁN
C A T E G O R I A S D E A N A L I S I S D E L O S M O D E L O S	NECESIDADES DEL MODELO	Por lo que el modelo responde a problemas familiares como delincuencia, robo, etc. Este modelo se generó gracias al trabajo de familias pobres en Filadelfia	El modelo no está pensado para la resolución de problemas familiares, sino se enfoca a los problemas de díadas o triadas.	Sobre todo en aspectos como las triangulación o problemas de jerarquía. El modelo se pensó para la resolución de problemas familiares	El modelo no está pensado para la resolución de problemas familiares, sino se enfoca a los problemas de díadas o triadas.	El modelo se pensó para la resolución de problemas familiares con pacientes psicóticos.
	OBJETIVOS	Busca cambiar la organización familiar.	Busca modificar una insatisfacción en el presente para mejorar el futuro, por lo que se centra en al aquí y en el hora, más específicamente en el problema que la persona lleva a sesión.	Busca cambiar la organización familiar.	Busca soluciones y se orienta al cambio centrándose en al futuro y en las posibilidades.	Busca cambiar las reglas del juego familiar y una re-organización de la misma.
	DURACIÓN DE LA TERAPIA	No se explicita tiempo o número de sesiones.	Se basa aproximadamente en un proceso terapéutico de 10 sesiones (puede ser variable en función del caso).	Se basa aproximadamente en un proceso terapéutico de 10 sesiones (puede ser variable en función del caso).	Se basa aproximadamente en un proceso menor a 10 sesiones (puede ser variable en función del caso).	Se basa aproximadamente en un proceso terapéutico de 10 sesiones (puede ser variable en función del caso).
	NORMATIVIDAD	Se basa en un modelo normativo de funcionalidad familiar.	El cliente-paciente genera su realidad y el terapeuta es respetuoso de estas formas de percibir la realidad.	Se basa en un modelo normativo de funcionalidad familiar.	El cliente construye sus realidades por lo que cualquiera de éstas es tan válida como la del terapeuta.	Se basa en un modelo normativo de funcionalidad.
	UTILIZACIÓN DEL TERAPEUTA	El terapeuta se utiliza para generar los cambios y facilitar las interacciones.	El terapeuta se utiliza para generar los cambios y facilitar las interacciones.	El terapeuta se utiliza para generar los cambios y facilitar las interacciones.	El terapeuta se utiliza para generar los cambios y facilitar las interacciones.	El terapeuta se utiliza para generar los cambios y facilitar las interacciones.
	CICLO VITAL DE LA FAMILIA	Es importante considerar para la resolución de los problemas la etapa y la crisis que se está viviendo la familia a partir de este ciclo vital familiar.	Puede considerar la etapa del ciclo vital de la familia, pero el terapeuta se centran más en el problema y los intentos de solución para resolver el problema (para elegir una de las cinco intervenciones principales)	Es importante considerar para la resolución de los problemas la etapa y la crisis que se está viviendo la familia a partir de este ciclo vital familiar.	Puede considerar la etapa del ciclo vital de la familia, pero el terapeuta se centran más en las soluciones y recursos del cliente	Es importante considerar para la resolución de los problemas la etapa y la crisis que se está viviendo la familia a partir de este ciclo vital familiar.

BUSQUEDAS DE PAUTAS	Se centran en la búsqueda de pautas de comportamiento para hacerlas visibles y desequilibrar a la familia.	Se centran en la búsqueda de pautas de comportamiento (sobre todo en la forma de resolución de los problemas).	Se centran en la búsqueda de pautas de comportamiento para posteriormente alterarlas.	No busca pautas de relación, sino situaciones en las cuales no se haya presentado el problema.	Busca pautas de relación como parte de un juego familiar que está conectado al síntoma.
PACIENTE IDENTIFICADO	Buscan al paciente identificado para destriangularlo o desfocalizarlo del problema.	Hace la diferenciación clara entre cliente y paciente, y con quien traba es con el cliente y otros modelos no distinguen este aspecto.	Buscan al paciente identificado para destriangularlo o defocalizarlo del problema.	Se parte de la idea de que la persona que va es el cliente y se que se encuentra sufriendo por el problema que le aqueja, por lo cual está interesado en resolverlo	Buscan al paciente identificado para cuestionar el síntoma o deslocalizarlo de su situación.
SE CENTRAN EN EL AQUÍ Y EL AHORA	No son modelos de crecimiento personal y no buscan causas en el pasado, se centra en el aquí y en el ahora.	No son modelos de crecimiento personal y no buscan causas en el pasado, se centra en el aquí y ahora.	No son modelos de crecimiento personal y no buscan causas en el pasado, se centra en el aquí y ahora.	El modelo no se centra en el pasado pero se orienta hacia el futuro sin problemas.	El modelo se mueve en un anillo reflexivo y recursivo de tiempo: presente, pasado y futuro.
PRESCRIPCIÓN DEL SÍNTOMA	Se prescribe el síntoma como una estrategia terapéutica.	Se prescribe el síntoma como una estrategia terapéutica.	Se prescribe el síntoma como una estrategia terapéutica.	No se prescribe el síntoma.	Se prescribe el síntoma como una estrategia terapéutica.
UTILIZACIÓN DE LA PARADOJA	No se utiliza la paradoja	Se utiliza la paradoja o las intervenciones paradójicas	Se utiliza la paradoja como una estrategia de intervención.	No se utiliza la paradoja	Se utiliza la paradoja como una estrategia característica.

Todos los modelos pueden trabajar de manera individual o grupal pero siempre centrándose en la interacción ya sea de diadas o triadas (foco de trabajo) durante la labor terapéutica, donde el profesional se encargara de organizar ciertas interacciones dentro del consultorio, generando nuevas realidades, enfocándose a soluciones o re-definiendo las reglas familiares de interacción (función del terapeuta) esto según el modelo que sustente el trabajo del terapeuta. La mayor parte de los modelos de terapia familiar sistémica son directivos, sin embargo algunos ejercen la directividad de forma indirecta y otros de forma directa, el modelo que no se considera directivo en ningún sentido es el de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Los conceptos que se utilizan en los modelos varían en función del modelo teórico que se esté trabajando, sin embargo la terminología y los conceptos son derivados de los marcos teóricos expuestos en el cuadro anterior.

Los modelos responden a necesidades diferentes ya que las condiciones sociales en las cuales fueron creados eran diferentes, por tanto unos se centrarán principalmente en la estructura familiar, otros en las pautas de interacción y otros en las soluciones o problemas de la familia, pero todos apuntan al trabajo de grupos, diadas o triadas, o inclusive al trabajo individual pero desde un enfoque sistémico.

En cuanto a la duración de la terapia no se establece un parámetro en el caso del Modelo Estructural, sin embargo, en otros modelos se habla de 10

sesiones máximo, sin embargo este esquema de trabajo es flexible o se puede volver a establecer otro contrato por otro número determinado de sesiones si el caso lo requiere. Referente a lo normativo de los modelos, el Estructural y Milán se basan en esquemas normativos de cómo deberían funcionar las familias, en el caso de las terapias breves se parte de la idiosincrasia de la familia para establecer cambios. Todos los modelos consideran el ciclo evolutivo de la familia y también el terapeuta se utiliza para generar y facilitar cambios en el sistema familiar.

Este tipo de terapia no es de crecimiento, sino para la resolución de problemas planteados por una persona o una familia. Por tanto la estrategias van dirigidas a la resolución de una demanda. En cualquiera de estos modelos se puede prescribir el síntoma con diversos objetivos, a excepción del modelo en soluciones, y en el caso de la paradoja solamente la utilizan Milán, el Modelo Breve en Problemas y el Modelo Estratégico de Jay Haley.

3.8 Cuadro comparativo de los abordajes posmodernos.

A continuación se expondrá el cuadro referente a las terapias posmodernas, que busca marcar diferencias y similitudes entre estos abordajes terapéuticos.

		ABORDAJES POSMODERNOS		
		NARRATIVA	EQUIPO REFLEXIVO	COLABORATIVO
C A T E G O R I A S D E A N A L I S I S	REPRESENTANTES	Michael White y David Epston	Tom Andersen	Harlene Anderson y Harold Goolishian
	MARCO EPISTEMOLÓGICO	Socioconstruccionismo o consturcionismo social	Socioconstruccionismo o consturcionismo social	Socioconstruccionismo o consturcionismo social
	INFLUENCIAS IDEOLÓGICAS	Gregory Bateson, Michel Foucault, Humberto Maturana y el pensamiento posmoderno	Gregory Bateson y el pensamiento posmoderno	La terapia interaccional y el pensamiento posmoderno
	OBJETIVOS EN LA TERAPIA	Deconstrucción de las historias dominantes a través del diálogo entre terapeuta y consultante	Que el consultante escuche su problemática a través de múltiples perspectivas para generar nuevas descripciones y construcciones de su historia	Favorecer las condiciones necesarias para que la charla entre terapeuta-consultante se conduzca hacia aspectos que favorezcan la opinión, los puntos de vista y la deconstrucción de la historia del consultante
	LENGUAJE	Cotidiano	Cotidiano	Cotidiano
	TEMAS DE CONVERSACIÓN	Externalización del problema y deconstrucción de historias dominantes	Expresar las reflexiones, comentarios y puntos de vista del equipo sobre un mismo tema o problemática (equipo reflexivo)	Comprensión y reconocimiento del otro.
	FOCO DE TRABAJO	Significado de las experiencias de los consultantes	Significado de las experiencias de los consultantes	Significado de las experiencias de los consultantes

En el caso de los abordajes posmodernos, todos comparten el mismo marco epistemológico, es decir, el construccionismo social o socioconstruccionismo. En el caso de la terapia narrativa y el equipo reflexivo, ambos tuvieron gran influencia de las ideas de Gregory Bateson, aunque en la terapia narrativa se retoma mucho del trabajo de Maturana y Focalt. Las tres formas de abordaje se basan en un pensamiento posmoderno. En cuanto a los objetivos que cada abordaje persigue, varía, sin embargo el lenguaje que se utiliza es el mismo, es decir, el cotidiano y los tres abordajes se centran en el significado de las experiencias de los consultantes.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

PARTE III

4. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.

Más allá de la técnica está la sabiduría, Bateson señala que “La sabiduría no sólo exige un conocimiento de los hechos que atañen a los circuitos, sino un conocimiento consciente, con raíz en la experiencia tanto intelectual, como afectiva, que sea la síntesis de ambas”. Cuando las técnicas se guían por esa sabiduría, la terapia se convierte en arte de curar. (Salvador Minuchin)

4.1 Habilidades clínicas terapéuticas

La Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala considera en la formación de terapeutas familiares tanto las habilidades como las competencias, entre las cuales se deben incluir:

4.1.1 Habilidades Teórico Conceptuales

- Conceptualizar los aspectos teóricos de los diferentes modelos expuestos en el programa, es decir, desde los modelos basados en la cibernética, el constructivismo y la teoría general de los sistemas hasta los abordajes posmodernos con un enfoque socioconstruccionista.
- Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, proponer hipótesis explicativas. En el primer contacto y en cada sesión con el usuario o familia, el terapeuta desarrollaba una serie de hipótesis que tenían como objetivo guiar el trabajo en la sesión.
- Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen. En cada caso atendido el terapeuta realizaba un análisis de la pertinencia de utilizar un determinado modelo, justificando la elección en función de las necesidades del usuario o familia, así como de la situación presentada en el consultorio.

4.1.2 Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento

- Capacidad de observación del proceso terapéutico, ya que se tiene que estar atento de los mensajes a nivel analógico considerando que esto forma parte del proceso terapéutico.
- Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio, que va desde un primer contacto telefónico con la familia para otorgar una cita, el establecimiento de un vínculo terapéutico durante el proceso de terapia y la finalización de la misma.
- Entrevistar, generar una relación de colaboración, desde la llamada telefónica hasta el proceso de trabajo en el consultorio dentro de las clínicas.
- Técnicas de enganche y de alianza terapéutica que facilitan la permanencia de los usuarios en la terapia hasta conseguir sus objetivos.
- Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas que guían la labor del terapeuta y establecen directrices de trabajo para la resolución de la problemática.
- Evaluar el tipo de problema y opciones de solución.

- Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas.
- Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios; en este sentido el terapeuta tenía que justificar sus intervenciones bajo una lógica teórico-epistemológica anclada a un modelo.
- Evaluar los resultados y terminar el tratamiento. Esta habilidad es crucial en la medida en que el terapeuta debía identificar los resultados obtenidos en la terapia y discriminar el momento justo de terminar el tratamiento en función de los logros obtenidos.
- Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones desde un punto de vista teórico-práctico-metodológico fundamentado en una postura epistemológica que diera sentido a su quehacer con los usuarios.
- Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.
- Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades de éste, en este sentido se es congruente con una epistemología cibernética de segundo orden.
- Elaborar reportes del tratamiento que contienen una serie de elementos como el familiograma o genograma, establecimiento de motivo de consulta, habilidades de entrevistas para obtener datos personales, historia del problema, hipótesis, intervenciones realizadas, mensajes, tareas, modelo de trabajo y observaciones durante la sesión.

4.1.3 Habilidades de Investigación y Enseñanza

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
- Difundir conocimientos, por lo que en el ISSSTE Tlalnepantla se cumplía con la función de charlas de sala para informar a los derechohabientes sobre temáticas de interés vinculadas a la salud o a la familia. De igual forma se participaron en eventos de difusión nacional e internacional, así como el establecimiento de talleres de formación terapéutica bajo determinados modelos para los alumnos de Licenciatura en Psicología en la FES Iztacala.
- Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados. Para la obtención de estos datos se requieren habilidades de escucha activa y empática y de entrevista, en cada entrevista realizada a las familias se recolectaban esta clase de datos, así como en la primera llamada telefónica.
- Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario. El estudio con enfoque cuantitativo estuvo dirigido a las estrategias y estilos de poder en la pareja, y la investigación de corte

cualitativa se enfocó hacia el estudio de caso de una mujer y la utilización de estrategias de poder positivas en su relación de pareja. Ambos estudios fueron presentados en eventos internacionales (Cuba y Perú).

- Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales. Actualmente y desde hace dos años formo parte del proyecto de investigación “Diseño y Desarrollo de los Medios las Estrategias de Aprendizaje para la Licenciatura en Psicología en sistema de Universidad Abierta y a Distancia de la FES-Iztacala” con clave EN304505 del Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME); de igual forma desde hace cuatro también formo parte del proyecto de investigación “Comunicación Sexual Asertiva” con clave IN300402 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). Cabe mencionar que hace algunos meses participé en un proyecto financiado con presupuesto federal impulsado por la CONAFE, dirigido hacia la investigación en zonas rurales e indígenas del país. Finalmente cabe resaltar la experiencia en publicaciones a nivel nacional sobre éstos y otros tópicos de la psicología a partir de la realización de investigaciones vinculadas a algún proyecto o de manera independiente.

4.1.4 Habilidades de Prevención

- Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales. En este sentido la residencia dota al terapeuta de una visión holista que facilita la integración de diversos elementos en diferentes niveles para concretar en la resolución de problemas tanto individuales como familiares, de tal forma que en las clínicas se podía atender a una o varias personas (como familia) bajo el enfoque teórico adecuado y que diera resultados en la resolución de las problemáticas.
- Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario y aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen. Las tres sedes dentro de la residencia formaron parte de un programa de servicio a la comunidad así como de intervención a diversas problemáticas, en donde en total se atendieron a lo largo de dos años a 53 familias con diversas problemáticas. La planeación de las sesiones iba dirigida a la solución de las demandas presentadas.

4.1.5 Ética y Compromiso Social

- Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social. Estos aspectos implicaban la asistencia a las clínicas, la colaboración con instituciones-sede y con los usuarios, respecto en aspectos de confidencialidad, trabajo ético y funcional, así como un servicio de calidad y de profesionalismo. Estas características se pueden

observar en el análisis de casos, en los videos grabados en sesión así como en los procedimientos empleados y fundamentados bajo una lógica cibernética de segundo orden y de construccionismo social.

- Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios. Las actas e información surgidas en la sesión no era difundida ni divulgada, se utilizaba solamente con fines de brindar un buen servicio y con el objetivo de analizarlos posteriormente para la creación de actas y de procedimientos que fuesen enfocados a la resolución de la problemática. Se guardaba el anonimato de los usuarios³⁵. En la primera sesión se trabajaba bajo un protocolo de confidencialidad, de tal forma que las familias firmaban un documento el cuál marcaba que estaban de acuerdo con la forma de trabajo así como con la audio y videograbación, haciendo explicito los lineamientos dirigidos a la confidencialidad y anonimato de sus datos y vidas.
- Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales. Esta habilidad es fomentada bajo la lógica constructivista y construccionista social, de tal forma que se abre la posibilidad a la pluralidad dentro del campo profesional.
- Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional. Para responder a las necesidades planteadas por los usuarios y para obtener un trabajo profesional y funcional, se trabajó en equipo de tal forma que la responsabilidad del caso era compartida y los diversos puntos de vista dotaban al terapeuta en turno de la posibilidad de abrir nuevos caminos, explorar nuevas visiones, soluciones y estrategias, lo que lo hace, un trabajo ético y profesional.
- Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional; en este sentido durante la residencia se trabajó bajo un código ético profesional del psicólogo. El equipo retroalimentaba al terapeuta al final de cada sesión sobre los puntos a mejorar y a fomentar las habilidades que cada terapeuta tenía. El terapeuta en turno estaba constantemente en un proceso reflexivo para mejorar su quehacer profesional y no generar isomorfismos o vincularse con aspectos personales vinculados con la familia o el caso, de tal forma que no obstaculizara la resolución de la demanda.
- Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante. A lo largo de la formación terapéutica se llevó a cabo actualizaciones y cursos de formación en diversas áreas. Entre las más destacadas se encuentran talleres y seminarios impartidos por los fundadores y pioneros de la terapia familiar y posmoderna, entre los cuales se encuentran Salvador Minuchin, Cloe Madaness, Luigui Boscolo y David Epston. Por otro lado se asistieron a coloquios y congresos referentes a temáticas sociales, así como la asistencia a diversos cursos y talleres enfocados al trabajo de diferentes temáticas en terapia.

³⁵ Inclusive en este reporte se guardó el anonimato de las familias y usuarios como un aspecto ético y de respeto, por tato los nombres de las familias no se dan a conocer, solamente se utilizan números, iniciales o letras para diferenciar una familia de otra.

4.2 Trabajo clínico con familias

A continuación se muestra una tabla que contiene las características y número de casos atendidos a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En el primer semestre se muestran los casos en los cuales fui partícipe como observador de terapeutas que se encontraban a la mitad de su formación. A partir del segundo hasta el cuarto semestre comenzó mi participación como terapeuta frente a familia y también como parte del sistema de supervisión. Las familias atendidas y que se encontraban bajo mi responsabilidad fueron las siguientes: a) Primer semestre: participante como observador; b) Segundo semestre: familias 15, 16 y 17; c) Tercer semestre: familias 27 y 34; y d) Cuarto semestre: familias 46 y 52. Todas las familias a las que estuve al frente como terapeuta se dieron de alta gracias al trabajo supervisado y de equipo del Sistema Terapéutico Total.

A continuación se presenta el cuadro con las características de las familias atendidas a lo largo de los dos años de formación en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Cabe señalar que al finalizar el programa se cubrieron cerca de 1,600 horas de supervisión.

SEDE: FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA 1º SEMESTRE					
FAM.	PACIENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA/DEMANDA	MODELO DE TRABAJO	NO. DE SESIONES	ALTA O BAJA
1	Niño de 9 años.	Problemas de ansiedad, nerviosismo e incontinencia.	Estructural.	5	Alta.
2	Mujer de 34 años.	Llorar, gastritis, vómitos, hipertensión sin causa orgánica y desea una familia integrada.	Indefinido.	5	Alta.
3	Mujer de 23 años.	Todo el día esta acostado, no quiere hacer nada, está deprimida, huele mal y tiene un aspecto demacrado y desagradable.	Terapia breve centrada en problemas y soluciones.	8	Alta.
4	Mujer de 13 años.	Piensa que debería ser más responsable porque su madre ya no puede sentarse con ella a hacer su tarea.	Indefinido.	5	Baja.
5	La pareja.	Discusión y desacuerdos de la pareja.	Terapia breve centrada en problemas y soluciones.	3	Baja.
6	Mujer de 35 años.	Discusiones y agresiones verbales hacia los hijos.	Terapia breve centrada en soluciones.	4	Alta.
7	Mujer de 25 años.	Cree tener depresión por no haber hecho cosas que quería hacer. Siempre hace lo que los demás quieren.	Terapia breve centrada en problemas.	5	Alta.
8	Mujer de 36 años.	Es diabética, siente mucha tensión, se come las uñas, se esconde, llora y no le quiere continuar pegando y regañando a su hijo.	Milán.	4	Alta.
9	Mujer de 31 años.	Desea impulsarse a hacer las cosas como continuar estudiando.	Indefinido.	4	Baja.
10	Mujer de 27 años.	La esposa es celosa, posesiva, le cuesta trabajo comunicarse con la gente, no hace amistades, siente que su marido la hace a un lado y han llegado a los golpes en las discusiones.	Indefinido.	7	Alta.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

SEDE: ISSSTE TLALNEPANTLA 2º SEMESTRE					
FAM.	PACIENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA/DEMANDA	MODELO DE TRABAJO	NO. DE SESIONES	ALTA O BAJA
11	Mujer de 37 años.	Se quiere divorciar, le gustaría estar bien informada y preparada para cuando esto pase	Terapia breve centrada en soluciones.	5	Alta.
12	Mujer de 30 años	Trastorno bipolar y estados depresivos, situación de querer divorciarse.	Terapia breve centrada en problemas.	4	Alta.
13	Mujer de 49 años	Servicio como apoyo a cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas o terminales, su madre tiene Parkinson. Reporta tener problemas de carácter, ansiedad, depresión, ira y problemas con su hija.	Terapia narrativa. y Terapia breve centrada en soluciones.	6	Alta.
14	Niño de 10 años.	Bajo rendimiento escolar.	Terapia narrativa Terapia breve centrada en problemas.	5	Alta.
15	Niña de 8 años.	Posible bulimia.	Modelo Estructural.	1	Alta.
16	Adolescente de 18 años.	Cambios de estado de ánimo radicales, tendiente a sentirse deprimida, intento de suicidio.	Modelo estructural, Terapia Breve Centrada en Soluciones y Terapia Narrativa.	3	Alta.
SEDE: COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL AZCAPOTZALCO 2º SEMESTRE					
FAM.	PACIENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA/DEMANDA	MODELO DE TRABAJO	NO. DE SESIONES	ALTA O BAJA
17	Adolescente de 18 años	Tiene problemas cuando se enoja, ya que cuando se molesta trata de chantajear a su madre y amenaza con irse de la casa o de cortarse las venas, y su madre tiene miedo de que un día se suicide.	Modelo Estructural.	7	Alta.
18	Adulto de 22 años.	Depresión desde hace tres años y media, y ha intentado suicidarse en dos ocasiones y se golpea la cara con las manos, hay problemas económicos en su casa y se siente frustrada porque le gustaría apoyar a su familia.	Modelo Estructural.	2	Baja.
19	Adolescente varón de 19 años	Fracaso escolar	Modelo Estructural.	13	Alta.
20	Adolescente de 18 años.	Depresión, baja autoestima y se siente inconforme con su físico, problemas familiares.	No determinado.	0	Baja.
21	Adolescente de 16 años.	No controlar sus emociones, se altera fácilmente, cuando se enoja grita, avienta las cosas y ha llegado a golpear a las personas con los objetos que avienta.	Modelo de Milán.	7	Alta.
22	Adolescente de 19 años.	Depresión y problemas familiares.	No determinado.	0	No se presentó.
23	Adolescente femenina de 17 años.	Acude en búsqueda de autoconocimiento	Modelo Estructural, interrogatorio circular, preguntas reflexivas.	4	Baja.
24	Adolescente de 16 años.	Problemas escolares.	No determinado.	0	Baja.
25	Adolescente de 16 años	Problemas escolares, de relación con la madre e intento de suicidio.	Terapia breve centrada en soluciones.	2	Baja.
26	Adolescente femenina de 17 años	Problemas de mala relación con la madre.	Terapia breve centrada en soluciones. y Terapia Narrativa.	6	Alta.

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

SEDE: FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA 3º SEMESTRE					
FAM.	PACIENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA/DEMANDA	MODELO DE TRABAJO	NO. DE SESIONES	ALTA O BAJA
27	Niña de 3 años	Problemas de comportamiento, grita, pega y hace berrinche y no saben como controlarla.	Modelo Estructural y Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.	10	Alta.
28	Hombre de 59 años	La familia describe que su padre es muy impulsivo y arrebatado y se muestra apartado preparándose para la salida de sus hijos.	Modelo Estructural y preguntas Reflexivas.	9	Alta.
29	Mujer de 45 años	Malestar, angustia, coraje, miedo, desesperanza, inseguridad, le cuesta trabajo hacer contacto con la gente, le da miedo contagiarse de virus, no sale de casa ni habla con nadie, problemas con su hija y esposo, se altera fácilmente.	Modelo Estructural, Interrogatorio circular.	18	Alta.
30	Adolescente de 15 años	Cambio de actitud, agresividad y dice que se va a matar y no saben como tratarla.	Modelo Estructural.	2	Baja.
31	Mujer de 24 años	Depresión, baja autoestima y no hay dominio de emociones.	Modelo Estructural.	6	Alta.
32	Mujer de 31 años	Problemas emocionales debido a la muerte trágica del esposo presenciada por la familia.	Indefinido.	1	Baja.
33	Mujer de 31 años	Divorcio y quiere afrontarlo para que ella y su hijo se encuentren bien.	Interrogatorio circular y Terapia centrada en soluciones.	5	Alta.
34	Hombre de 48 años	Toma de decisiones sobre quedarse en su casa o independizarse de su esposa e hija.	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Problemas.	9	Alta.
35	Niño de 11 años	Crisis Familiar por las necesidades de Educación por parte de Juan que tiene un retardo en el desarrollo con etiología neuronal.	Modelo Estructural.	6	Alta.
36	Hombre de 48 años y mujer de 51 años	Problemas de pareja, poco control de emociones de ambos, enojo, molestia y ofensas por sacar cosas del pasado y han llegado a la agresión física.	Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Estratégico.	10	Alta.
37	Adolescente de 15 años	Problemas con sus padres.	Indefinido.	0	No se presentó.
38	Niño de 6 años	Lo enviaron de la escuela como requisito de inscripción.	Indefinido.	1	Baja.
39	Adolescente de 16 años	Problemas de la adolescente con sus padres, no pueden ejercer autoridad sobre ella y no quiere colaborar en casa.	Interrogatorio circular y Terapia centrada en soluciones.	5	Alta.
40	Hombre de 29 años.	Los hijos pelean mucho y el esposo se ha vuelto muy agresivo y se altera y grita fácilmente a parte de que no se han logrado sobreponer a la muerte de su primer hijo.	Modelo Estratégico Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.	16	Alta.
SEDE: ISSSTE TLALNEPANTLA 4º SEMESTRE					
FAM.	PACIENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA/DEMANDA	MODELO DE TRABAJO	NO. DE SESIONES	ALTA O BAJA
41	Mujer de 40 años.	Problemas con el esposo, la humilla y la ofende. Desea saber si ella esta fallando, si es culpable de que su esposo se comporte y la trate así, además desea saber que es lo que pasa y que puede hacer ante la situación.	Terapia Narrativa y Equipos de Reflexión.	6	Alta.
42	Adulto mayor femenino de 63 años jubilada .	Depresión detonada 11 años antes por vivir cáncer de seno. Problemas de pareja.	Terapia breve orientada a soluciones, preguntas reflexivas y equipo reflexivo.	7	Alta.
43	Mujer de 44 años.	Problemas en la relación madre –hija.	Terapia narrativa y terapia centrada en soluciones.	1	Solo fue una sesión de orientación.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

44	Mujer de 36 años.	Violencia por parte de su ex – pareja.	Terapia centrada en soluciones.	1	Solo fue una sesión de orientación.
45	Niño de 7 años.	Problemas de rendimiento académico y rebeldía.	Modelo Estructural.	1	Solo fue una sesión de orientación.
46	Mujer de 42 años.	No sabe que decisión tomar, si separarse de su esposo o perdonarlo y seguir adelante con su relación.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones y Problemas, Terapia Narrativa.	7	Alta.
47	Mujer de 39 años.	Problemas de ansiedad por estrés laboral.	Terapia Narrativa	9	Alta
SEDE: COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL AZCAPOTZALCO 4º SEMESTRE					
FAM.	PACIENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA/DEMANDA	MODELO DE TRABAJO	NO. DE SESIONES	ALTA O BAJA
48	Adolescente varón de 18 años	Desea saber que le sucede, considera que tiene problemas de depresión, no se siente bien físicamente, no se ve bien, no se siente seguro y tiene dificultades con su autoestima.	Interrogatorio Circular Terapia Centrada en Soluciones.	3	Solo fue una sesión de orientación.
49	Adolescente femenina de 17 años	Desea comenzar a saber que le sucede, pues considera que tiene problemas de depresión, no se siente bien físicamente, no se ve bien, no se siente seguro y tiene dificultades con su autoestima.	Terapia Narrativa y Equipos de Reflexión.	6	Alta.
50	Adolescente varón de 18 años	Bajo desempeño escolar, y consumo de drogas.	Terapia Estratégica, Interrogatorio circular.	2	Baja Por ingreso a trabajar.
51	Adolescente femenina de 15 años	Se siente muy presionada por la situación que esta viviendo su familia.	Terapia Narrativa.	7	Alta
52	Adolescente femenina de 15 años	Rebeldía, no obedece, no encaja en la familia, tiene bajo rendimiento escolar y es problemática en su familia.	Modelo Estructural y Terapia Breve Centrada en Soluciones.	8	Alta
53	Adolescente de 17 años.	Mala actitud en la familia, bajo rendimiento escolar. Siente que la relación que su padre tiene con su madrastra la afecta mucho.	Modelo Estructural Equipo reflexivo y preguntas circulares.	14	Alta

Durante el primer semestre solamente formé parte del grupo de observadores. El 80% de los casos atendidos fueron mujeres. Entre los problemas más comunes de las familias durante este semestre se encontraban problemas físicos como nervios y ansiedad, y relacionados a otros problemas fueron la depresión y discusiones de pareja y con los hijos. Solamente se tuvo una baja. El modelo teórico predominante para este semestre fue el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

En el segundo semestre mi participación fue en el sistema de terapéutico atendiendo familias, y en el sistema de supervisión como observador e interviniendo con otros compañeros cuando se era necesario. En la sede del ISSSTE Tlalnepantla se atendieron tres mujeres, dos niños y un adolescente. Todos finalizaron exitosamente la terapia en promedio en cinco sesiones. El modelo teórico predominante en esta sede fueron los Modelos de Terapias Breves Centradas en Soluciones y Problemas. Las problemáticas fueron variadas:

divorcio, estados emocionales alterados, bajo rendimiento escolar y trastornos alimenticios. En el caso de la sede del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco se atendieron diez casos de adolescentes, y las problemáticas atendidas fueron: deserción escolar, problemas escolares como bajo rendimiento, depresión y problemas de control de emociones. El modelo teórico más utilizado en esta sede fue el Modelo Estructural.

En tercer semestre se atendieron en la clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala 14 casos, de los cuales cuatro se dieron de baja por diversas circunstancias y 10 finalizaron exitosamente. Los problemas que se atendieron durante este semestre fueron muy diversos: problemas de conducta en niños, problemas para controlar emociones, obsesividad, depresión, baja autoestima, problemas emocionales, divorcio, problemas de comportamientos de adolescentes y problemas de pareja. Los modelos utilizados principalmente en este semestre fueron el Modelo Estructural, Breve en Soluciones, Breve en Problemas y en ocasiones algunos apoyos como de abordajes posmodernos como el equipo reflexivo.

Finalmente en el cuarto semestre, en la sede del ISSSTE Tlalnepantla se atendieron 7 familias todas con cierres exitosos. Tres de estas familias se atendieron desde un punto de vista de orientación. El modelo que se utilizó en esta sede fueron los abordajes posmodernos como la terapia narrativa, el equipo reflexivo y las terapias breves como la de problemas y soluciones. Las problemáticas presentadas en su mayoría fueron por mujeres, y principalmente buscaban ayudar por situaciones de problemas de pareja, violencia y por problemas académicos. En la sede del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco se atendieron seis casos, todos los clientes fueron adolescentes que estudiaban en dicho plantel. La forma de trabajo fue a través de los abordajes posmodernos como la terapia narrativa y grupos reflexivos, y los modelos Estructural y Breve en Soluciones. Al finalizar el semestre se obtuvo únicamente una baja y seis casos que fueron cerrados exitosamente.

4.3 La ausencia paterna y su vinculación con la dinámica familiar.

Durante el periodo de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar se atendieron diversos casos con una constante, que era un padre físicamente ausente. Estas constante fue atendida y concretizada en el siguiente escrito a partir de una documentación teórica y de la práctica desarrollada a lo largo de mi formación como terapeuta familiar.

A continuación se expone un breve análisis teórico sobre las implicaciones de la ausencia paterna en le dinámica familiar. Posteriormente se expondrán las directrices a considerar en el proceso terapéutico. Finalmente se hará una contraposición de lo teórico-práctico de tres casos analizados con lo expuesto en este apartado.

Se hace la siguiente aclaración para ayudar al lector a lo largo del presente capítulo:

- Cuando se hable del “**padre**” se hará referencia al “varón” que desempeña un rol paterno dentro de la familia, en la cual según García y de Oliveira (2005) incluye diversas dimensiones altamente complejas, tales como: decidir si, y cuando tener niños, ocuparse de ellos en lo que concierne al alimento, higiene y salud, la ayuda financiera, los aspectos de la disciplina y la transmisión del conocimiento, así como el afecto, la comunicación y la proximidad entre los padres y los niños. Por tanto al cuando se hable de “**paternidad**” se hará referencia a las cualidades para desempeñar y cumplir el rol paterno que incluye las dimensiones marcadas por García y de Oliveira (2005).
- Cuando se habla de “**los padres**” se hará referencia a la pareja (hombre-mujer) que cumple un rol parental, en donde Minuchin (2004) marca que las funciones de ambos como un holón parental son: desempeñar tareas de socialización hacia los hijos sin renunciar al apoyo de la pareja, adaptarse y flexibilizarse ante la vinculación de los hijos a otros sistemas (como grupo de amigos, escuelas, hospitales, trabajo, etc.), ejecución de autoridad flexible y racional, esperando que los padres comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen, sin embargo, es importante resaltar que conforme los hijos van creciendo los padres tienen que flexibilizarse y adaptarse a las necesidades de sus hijos, por ejemplo, en el caso de hijos pequeños se resaltaría en los roles paternos el control y la orientación, y en la adolescencia facilitar la autonomía del adolescente. Por tanto cuando se hable de “**parentalidad**” se hará referencia a los roles y funciones de ambos padres ya definidos anteriormente por Minuchin (2004)

4.3.1 La figura del padre y su ausencia: consecuencias e implicaciones en la familia.

Los psicólogos evolutivos han ignorado durante mucho tiempo la importancia del padre en el desarrollo de los hijos y la familia. Se ha relegado ese papel a las sombras dándole un papel central a la madre. De forma social el padre adquirió un rol distante pero firme a sus hijos y apoyo moral y material a sus mujeres.

Este olvido del padre ha sido influenciado por dos teóricos importantes: a) Sigmund Freud, b) John Bowlby³⁶ (Parke, 1986).

³⁶ Ambos describían el fenómeno desde un marco en particular que era el psicodinámico, por lo que el rol central en el desarrollo infantil y de personalidad lo tiene la madre. Hay que recordar que estos discursos hegemónicos son aprehendidos y trazan las verdades de los individuos, lo que influye en su comportamiento y en la forma de conceptualizar lo que podría o no ser (White y Epston, 1993), en este caso, el papel central de la madre y el relegamiento del padre.

- a) Sigmund Freud: este personaje otorgó un papel primordial a la madre en el desarrollo infantil de l@s hij@s, ya que consideraba que está relación configuraba significativamente su ulterior personalidad y sus relaciones sociales. La mayor evidencia puede marcarse al postular “El complejo de Edipo” y la posición central de la madre. El padre era casi ignorado en un inicio, ya que en etapas posteriores del desarrollo se tomaba en cuenta (Freud, 1966; Parke, 1986; Nye, 2000). El psicoanálisis pasó de un enfoque individual a uno diádico centrado en la madre, tal como lo marca Weissner (1964): *“En los años cincuenta se marcaba una gran influencia en el pensamiento psiquiátrico, centrado principalmente en el fenómeno de transferencia. El foco de la preocupación fue ensanchado gradualmente para incluir las figuras significativas relacionadas con el paciente, particularmente la madre”*.
- b) John Bowlby: consideraba que las madres constituían las figuras más importantes durante la época de la lactancia. Este autor criticaba el desarrollo de los niños en orfanatos, ya que consideraba que “la privación materna” era la causa de problemas en el desarrollo, por lo que la relación entre madre-hij@ era central en su teoría del vínculo, y el padre sería meramente secundario y desempeñaría a o lo sumo, un papel de auxiliar con respeto a la madre (Parke, 1986).

Gracias a contribuciones de esta índole en la psicología, la figura del padre fue quedando relegada. Con el paso del tiempo se comenzó a incluir al padre pero todavía como una figura de trasfondo; una de las evidencias es que a mediados del decenio de 1980-1989, las funciones y los roles parentales se habían reagrupado bajo el concepto de parentalidad, en donde se consideraban al padre y a la madre, pero dándole mayor peso a la noción de maternidad, centrando el foco en los aspectos dinámicos y procesales de la experiencia de convertirse en madre (Solis-Ponton, 2002).

Al comenzar a conceptualizar los problemas a partir de una orientación familiar se comienzan a incluir a otras personas igualmente significativas que la madre Weissner (1964), entre ellas el padre, de tal manera que se amplió el foco de análisis de madre-hij@s para incluir a padre-hij@s.

Sin embargo, la literatura enfocada a la investigación de la familia, no contiene mucha información sobre el papel que juega el padre de familia en relación al desarrollo exitoso de la terapia (Schock, Gavazzi, Fristad & Goldberg-Arnold, 2002).

4.3.2 Semiótica del “Padre”.

Construir el rol del padre conlleva a un análisis interdisciplinario de los significados sociales, culturales y simbólicos de la paternidad en sociedades occidentales contemporáneas. La experiencia de la paternidad se ve en la sociedad contemporánea como una oportunidad importante para que los hombres

modernos expresen sus sensaciones de consolidación de maneras que no lo hicieron sus propios padres, y tomen un papel igualitario en la parentalidad con sus parejas femeninas. (Picckard, 1998).

Por tanto se torna importante saber los diversos significados que se le atribuyen a la palabra padre. Se entiende por “significado” al sentido de un vocablo, frase o expresión que se revela o participa por medio del significante³⁷. En el caso de la palabra “Padre”, si se busca en Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2007) se encontrarán varios significados sobre esta palabra, entre ellos sería importante destacar los siguientes:

Padre. (Del lat. pater, -tris). m. Varón o macho que ha engendrado. || 2. Varón o macho, respecto de sus hijos. || 3. Macho en el ganado destinado a la procreación. || 4. Cabeza de una descendencia, familia o pueblo. || 5. U. para referirse a ciertos religiosos y a los sacerdotes. || [...]8. Rel. Primera persona de la Santísima Trinidad [...].

Las primeras tres definiciones tienen algo en común, que es el sexo, es decir, “varón”, y contienen características importantes: procreación y la relación con sus hijos³⁸

Las siguientes definiciones harían referencia a un status y a un poder implícito dentro del status. En la definición 4 se hace explícita una jerarquía como “cabeza” o frente de una descendencia, familia o pueblo, y en las siguientes se toma a una figura socialmente con poder y status, como lo son “los sacerdotes” o inclusive figuras divinas como puede ser “Dios Padre” que es consustancial en la Santa Trinidad, pero que se le otorga un lugar especial jerárquicamente por ser el “Padre”. Freud (1967) describió en su obra “Tótem y Tabú” como a partir del parricidio y la prohibición del incesto se generan la religión, la división de familias y algunas de las reglas sociales más importantes, de tal manera que el padre a nivel social e inconsciente adquiere un rol de poder ante la familia y la sociedad, tal como se podría ver reflejado en dichas definiciones.

Si se retoman estas características entonces se podría decir que un padre es un varón que procrea, se vincula con sus hij@s, es la cabeza de familia y adquiere un status y poder social. Habría que considerar que la construcción de los que sería un padre estaría permeado por las condiciones sociales en las que dicho significado toma sentido (Fillingham y Susser, 1998), por lo que el concepto de “padre” como “cabeza” de familia, con poder o status se pondría en tela de juicio.

Yablonsky y Padilla (1990) marcan que el rol del padre ha cambiado de manera drástica en el último siglo, en parte como resultado del movimiento de un sector de la población de un ambiente rural a un estilo de vida más urbano y

³⁷ Quillet (1979). *Diccionario Enciclopédico*. Tomo VIII. Editorial Cumbres: México.

³⁸ La tercera definición hace referencia a los animales, sin embargo, la característica de este significado es similar a la primera en tanto hace referencia a la “procreación”.

tecnológico, y en parte a causa de los roles cambiantes de hombres y mujeres en la sociedad contemporánea. En el ambiente rural, el rol del padre implicaba ser una “cabeza de familia” más distante, que actuaba como el director principal del funcionamiento social y económico de ésta. También, en sociedades más sencillas, los niños, en especial los varones, era más probable que hicieran contribuciones valiosas a la vida familiar, social y económica.

Sociedades menos complejas producían una relación más funcional entre padres e hijos varones de las que hoy generan los sistemas urbanos-tecnológicos actuales. Antes, un padre tenía importancia especial (en tales sistemas sociales), porque servía como un modelo directo del rol para sus hijos. En estas sociedades el padre podía ayudar a su hijo a mostrarle las formas específicas para ganarse la vida y en respuesta el hijo, en algún momento, se convertía en un contribuyente significativo para su padre y la familia. Por desgracia, hay pocas situaciones reales en la sociedad contemporánea en las que los padres e hijos se relacionen funcionalmente en formas básicas. El traspaso de negocios familiares pequeños y de aprendizaje artesanal, ha dejado un vacío funcional.

Otro punto importante en la construcción de la paternidad es el rol cambiante del género. El rol femenino y masculino en las últimas décadas ha cambiado; prueba de esto es el hecho de que las mujeres han comenzado a salir del hogar hacia el mundo del trabajo en la sociedad. Un buen ejemplo sería la investigación, titulada “Sobre la salud de los trabajadores”, elaborada por la Universidad Obrera de México (UOM), quien documentó que para el año 2000 había 776 mil 20 empresas con una planta laboral de 12 millones 418 mil 761 personas; de las cuales cuatro millones 539 mil 761 eran mujeres (González, 2002).

Una mujer puede cumplir muchos papeles dentro de su vida social e individual y ello repercute en su diario proceder, la mujer integrada a una familia puede ocupar varias posiciones sociales: “trabajadora”, “esposa”, “madre” y/o “ama de casa”. En este sentido se contempla que las mujeres cubran necesidades básicas de la familia tales como: cocinar, lavar, educar a los niños, entre otras actividades, todo esto con el fin de que la familia se desarrolle en las mejores condiciones ambientales. Cuando la mujer decide formar una familia sabe, en la mayoría de los casos, que tendrá que desempeñar este papel de ama de casa y otros papeles al mismo tiempo, los cuales son: ser esposa y pareja, madre y a veces también como trabajadora en un empleo remunerado (Matamoros y Soria, 2003).

El trabajo en casa incluye las tareas de reproducción como el embarazo, el parto y la lactancia; tareas de ejecución (limpieza, alimentación y vestido); tareas de gestión (implican tramites, relajaciones legales formales con instituciones, con la escuela de los niños, pagos de servicios) y tareas de socialización y atención afectiva (cuidar a los hijos, llevarlos a la escuela, al médico, atender al marido).

Al hablar del papel de la madre, implica referirse a un papel impuesto por la sociedad, se piensa que toda mujer “para sentirse mujer debe ser madre”, sin

embargo, la maternidad en muchas ocasiones es un papel que la mujer no ha elegido. La maternidad debe ocupar un lugar importante, pero libre de imposiciones, por el contrario, debe ser aceptada y buscada como una parte del desarrollo no sólo de la mujer sino de la pareja. Actualmente se pueden encontrar mujeres que sobrellevan la maternidad con los aspectos laborales. El trabajo asalariado o remunerado permite a la mujer romper en alguna medida su dependencia del esposo, pues le facilita desarrollar sus habilidades fuera del ámbito doméstico, aunque esto implique desempeñar una doble jornada (Duran, 1987).

Gracias a este tipo de cambios sociales el padre de familia se ha tenido que enfrentar a nuevas situaciones y actividades, dejando de lado el rol tradicional que implicaba ser “cabeza de familia”, dándole la facilidad de actuar de manera distante y como director de la familia (Yablonsky y Padilla, 1990). Desde los años 50, los funcionalistas habían acentuado la naturaleza predominante económica del papel paternal. En los años 80, esta noción de la paternidad centrada en el papel del abastecedor fue cuestionada como resultado de la influencia de la perspectiva de género, marcando el sistema estructurado de derechos, obligaciones y expectativas que definen las actividades de un padre van más allá del papel del abastecedor y que incluye ocuparse de sus niños y establecer relaciones más cercanas con ellos. La importancia también se ha puesto en las variaciones sociales y culturales y su influencia sobre el funcionamiento de papeles paternos, las varias maneras de engendrar y su naturaleza dinámica que ha cambiado sobre el curso de las vidas de hombres y de sus hijos (García y de Oliveira, 2005).

Esta nueva perspectiva tiene una repercusión en el rol masculino del padre, tal como lo marcan Yablonsky y Padilla (1990), quienes puntualizan que en la sociedad de los roles sexuales cambiantes, cada vez más mujeres avanzan hacia la reducción de tiempo y energía que han dedicado a sus roles maternos, para poder ingresar al área laboral y a otras áreas que predominantemente han sido del dominio del hombre, lo que facilita que muchos hombres abandonen sus posturas anteriores de padres machos distantes que básicamente incluían proveer alimento, ropas y techo para sus familias y han comenzado a amar y criar de manera abierta a sus hijos en formas que tradicionalmente estaban adscritas a las mujeres. A medida que esto tiene lugar, el rol paternal se vuelve cada vez más significativo como influencia en la personalidad del niño varón, y los padres deben estar preparados para llenar el vacío creado por sus esposas que trabajan.

A partir de estos cambios sociales el significado de padre ha ido cambiando, de tal manera que actualmente García y de Oliveira (2005) definen la paternidad como un fenómeno complejo que incluye dimensiones altamente complejas, tales como: decidir si, y cuando tener niños, ocuparse de ellos en lo que concierne al alimento, higiene y salud, la ayuda financiera, los aspectos de la disciplina y la transmisión del conocimiento, así como el afecto, la comunicación y la proximidad entre los padres y los niños.

Chavarría (1989) considera al igual que García y de Oliveira (2005) la complejidad del fenómeno, por lo cual propone que el significado de ser padre o la construcción de la paternidad se puede abordar de diversos puntos de vista, ya sea como un mero hecho biológico, como un derecho y deber legal en quienes han procreado o adoptado hijos, y como una vocación y misión de la vida en la persona humana. A continuación se abordaran cada una de estas categorías de definición:

- Significado de padre desde lo biofísico: se entiende por paternidad la generación o engendramiento de un nuevo ser según la especie; y por filiación, por tanto, el efecto natural de la generación. Puede decirse que la paternidad desde el punto de vista biológico consiste en la procreación física de seres de la misma especie, entre un hombre y una mujer, cumpliendo así la finalidad principal de su distinción sexual. Su sentido o significado se centra en la transmisión genética de un conjunto de caracteres.
- Significado de padre desde la legalidad: quienes son padres tienen una serie de derechos y de deberes, en virtud de los cuales también se define la paternidad³⁹. Se establece la posibilidad de establecer legalmente un vínculo de paternidad-filiación entre adultos y niños que no posean lazos de tipo biológico, sin que ello impida que la relación sea reconocida, protegida y reglamentada. La cualidad de legítima referida a la paternidad, se construye a partir de la legitimidad del matrimonio, que al reconocer la ley la unión conyugal de un hombre y una mujer determinados, lo ha de ser también la paternidad de ambos cónyuges sobre los hijos que sean concebidos en el seno de ese matrimonio. Son exigencias fundamentales, para la filiación legítima de los hijos (y paralelamente para la paternidad), la existencia de matrimonio entre los padres, y que la concepción se haya efectuado dentro de los plazos marcados por la ley, ya que esto conlleva el supuesto de que los hijos son obra del marido y la mujer.
- Significado de padre desde la legalidad con hijos fuera del matrimonio: se encuentra la legitimación de los hijos concebidos fuera de matrimonio, pero reconocidos por sus padres en subsiguiente unión matrimonial, lo cual es objeto de consideración de la ley. Cuando no existe matrimonio los hijos pueden ser efectivamente propios –hijos naturales -, pero al mismo tiempo ilegítimos-con filiación fuera de la ley-; es decir, su origen es natural pero no lícito en el orden legal. Una vez reconocidos tienen todos los derechos propios de su condición de hijos frente a sus padres, como consecuencia de las

³⁹ El ejercicio de la paternidad legal encuentra la esencia de su significado en la noción de la patria potestad. Puede decirse, que este concepto es el apropiado para la paternidad desde el punto de vista legal, pues refiere en última instancia un conjunto de derechos y deberes en relación los hijos –legítimos, legitimados o reconocidos legalmente-, desde su nacimiento hasta su emancipación o mayoría de edad, en relación con su persona y con sus bienes.

obligaciones que en estos supone el hecho de la paternidad. De manera que en la paternidad según la ley caben tres variantes:

- a) La paternidad legítima (en el caso de hijos legítimos, nacidos en el seno del matrimonio o adoptados legalmente)
 - b) La paternidad legitimada (en el caso de hijos naturales legitimados en posterior matrimonio);
 - c) La paternidad reconocida (en el caso de hijos naturales reconocidos ante la ley).
- Significado de padre desde la legalidad sin lazos de consanguinidad: este terreno de la legalidad se deriva de la adopción. La adopción es un acto jurídico que crea un vínculo de paternidad-filiación legítimas entre las personas implicadas en él. En este campo se encuentra: a) la afiliación, y, b) la tutela; que sin crear el vínculo legal de paternidad-filiación, constituyen el orden legal bajo el cual alguien asume de hecho la paternidad, en cuanto función humana a desarrollar, frente a los menos carentes de filiación legal. Son formas de paternidad educativa más que legal, pero comprendidas y reglamentadas por el orden jurídico.
- a) Filiación: es la asistencia material y moral sin vínculo legal de paternidad-filiación, y por tanto sin carácter de permanente.
 - b) Tutela: es un tipo de relación más personal entre adultos y menores, pues el tutor se convierte en el representante legal del menor en todos los actos de la vida civil en que sea necesario, lo cual supone ante la ley una serie de derechos y obligaciones con relación al menor de edad; pero sin crear vínculo legal de paternidad-filiación y por tanto sin tener carácter de permanente.

Entre los derechos legales de los padres encontramos básicamente el ejercicio de autoridad sobre los hijos; requerirles respeto y obediencia; corregirlos, representarlos y nombrarles tutor testamentario, el campo de las obligaciones de los padres, derivadas de la patria potestad, refleja en cambio los derechos de los hijos en virtud de su filiación legítima; estas son básicamente: alimentación, educación, cuidado, vigilancia y representación.

- Significado de padre según la persona humana: la paternidad es sin duda, y fundamentalmente, una misión de carácter personal. Desde este punto se encamina al desarrollo y realización de los hijos de la manera personal e irrepetible que a cada uno de ellos corresponde. Los hijos no coexisten simplemente con los padres, sino que viven con ellos. Y es en esa vida, que se traduce en vivencias, en la que entran en contacto con los valores, experimentado paulatinamente su transformación en ellos, es decir, su formación en cuanto personas, o lo que es lo mismo, su educación. La base de la acción educativa está en los valores que se reflejan en la relación interpersonal, así que la labor de ser padres, más que una paternidad que se

ejerce es una paternidad que es; pues se es padre en la medida en la que se es sujeto en educación constante de tal modo que la propia persona refleje los valores en los que se pretende formar a los hijos, por ello es del todo cierto que no se educa con lo que se tiene ni con lo que se sabe, sino con lo que se es.

Para Chavarría (1989) el enfoque más adecuado para el estudio de la paternidad es el de la persona humana, ya que la paternidad según el cuerpo no es más que el origen de la verdadera paternidad; y la paternidad según la ley, no es sino el reconocimiento y la protección de aquella ante la sociedad. Pero el significado más auténtico de la paternidad se expresa en esa misión humana de carácter interpersonal.

4.3.3 Construcción social de la paternidad.

Actualmente, las funciones atribuidas a los padres durante siglos ya no son de monopolio masculino. Muchas de ellas las ejercen el Estado y las mujeres. La idea de la paternidad (así como la maternidad) es una construcción cultural. El lugar asignado al padre, sus funciones, el deseo y la responsabilidad de serlo, y las vivencias que acompañan su ejercicio varían como efecto de las variaciones en lo sociocultural. Y aun en una misma sociedad, todo esto será distinto en función del sector social, la edad, la clase, la religión, etc. (Bonino, 2000).

Se sabe relativamente poco sobre los aspectos culturales de la paternidad, ya que se da por sentado el universalismo de la teorización en las ciencias sociales, es decir, que el estudio de la paternidad en una determinada⁴⁰ cultura será generalizable a otras. Por lo que el reto en las Ciencias Sociales es moverse hacia una comprensión de la variación de grupos con un foco en entender las estrategias adaptantes que los padres y las familias tienen ante sus circunstancias ecológicas y tradiciones culturales (Parke, 2004).

Independientemente de la cultura, se ha llegado a concluir que no hay una forma de ser un "buen" padre. Dada la complejidad y el abordaje interdisciplinario, construir la paternidad estará en el interés de los sociólogos de la familia, los antropólogos culturales, las enfermeras y los médicos en los campos de la salud, así como los estudiantes que se han centrado en el género y la masculinidad (Lupton y Barclay, s/f citado en Pickard, 1998). Sin embargo, desde todas estas visiones y a partir de un punto de vista descriptivo, la paternidad es multiforme. Según el modo de filiación, existen varones transmisores de la "sangre" (padre genitor), por vía matrimonial o no, a través de relaciones sexuales o por técnicas de reproducción asistida, a hij@s propi@s parid@s por propia mujer o por madres de alquiler, etc. Y existen varones transmisores del apellido (pater familias) a hij@s propi@s, adoptad@s, o nacid@s del óvulo de la propia pareja con semen

⁴⁰ Por ejemplo hay muchos estudios sobre la paternidad Euro-Americana, sobre todo en la clase media, pero pocas investigaciones de no-Euro-Americanos.

de otro varón. Inclusive se puede hablar de padres homosexuales⁴¹, de padres por deseo propio, y otros forzados a serlo por imposición del deseo de la mujer, viudedad o mandato judicial (Bonino, 2000; Parke, 2004). También se pueden encontrar padres ausentes, presentes, abdicantes, huidizos, irresponsables, desinteresados, reaparecidos, tradicionales, ambivalentes frente a nuevos modelos o igualitarios (Bonino, 2000).

Para Picckard (1998) la construcción paterna y la implicación del padre deberían de centrarse en la interacción directa del padre con el niño, así como en los cuidados y en la accesibilidad y disponibilidad del padre en lugar de centrarse únicamente en el cuidado del niño. En este sentido la paternidad se vuelve bidireccional, como lo menciona Bonino (2000), ya que para que haya padre se requieren hij@s que acepten ese padre, y no tod@s lo hacen. Por eso hay hij@s no reconocid@s, pero también padres que no lo son.

Por este tipo de situaciones, actualmente se requiere ayudar a los hombres a sentirse bien, como buenos padres. Se reconocen claramente los resultados negativos de la ausencia del padre (más adelante se profundizará en este tema), por lo que es necesario proporcionar un modelo positivo. Los datos apoyan la noción que la presencia física es fundamental (Picckard, 1998).

Sin embargo, no siempre se puede contar en la familia con la presencia física paterna. Según Bonino (2000) actualmente, estamos en un momento transicional entre viejos y nuevos perfiles paternos y establece diversos perfiles paternos que se han ido construyendo a lo largo del tiempo y de las condicionales sociales:

- **El padre amo**, que se siente dueño y señor de su hogar, con un poder arbitrario que depende de su propia ley. Es una figura milenaria que representó el ideal colectivo de hombre dominante durante generaciones. Para él, las mujeres (esposa e hijas) funcionan como medio para la autorreproducción masculina o como muestra de prestigio. Para conservar su poder es capaz de destruir la autonomía de sus hij@s. Aun deslegitimado, este padre existe. Su poder ha menguado, pero sigue mandando en muchas familias, relacionándose como si fuera el soberano. Es el padre que se desinteresa de la crianza de sus hij@s que delega en su pareja, y se vuelve a interesar en ellos (los varones especialmente) en sus adolescencias, cuando pueden ser vehículos de sus proyectos viviéndolos como ingratos si quieren hacer su propio camino.
- **El padre patrón-educador**, campesino o urbano, que transmite especialmente las normas y las habilidades necesarias para insertarse en la

⁴¹ Para Parke (2004) los estudios recientes de las nuevas tecnologías reproductivas plantean nuevas preguntas y de mucha importancia para la investigación de la paternidad, ya que estas tecnologías amplían las diversas formas de ser padre (la fertilización in vitro, los donantes anónimos y las madres sustitutas).

vida en sociedad y que permite con su intervención el crecimiento (social) de sus hij@s. Educaba y acompañaba con distancia o por delegación, sin interacción, excepto en lo estrictamente instructivo (sin cercanía emocional). La transmisión del oficio o las normas sociales eran sus fuentes principales de autoridad. Este padre es complementario al modelo maternal de la madre abnegada moderna, resultado de la revolución industrial. Aún existe, es menos autoritario que el anterior, y actualmente se espera de él sobre todo la puesta de límites, ya que se supone está más acostumbrado a manejar la disciplina y el consejo.

Estos dos tipos de padres han ido perdiendo su poder y su lugar ya que las mujeres y el Estado cumplen muchas de sus funciones. Poco a poco se ha ido creando un lugar social casi vacío. Existen dos tipos de padre que representan muy bien esta situación y que sólo responden más o menos a los mínimos que hoy la legalidad plantea como criterios de paternidad: ser transmisor de genes (dato que se jerarquiza en los juicios por reconocimiento de hijos) y la manutención económica (dato que se jerarquiza en los juicios por separación). Para Bonino (2000) son padres vaciados de sus antiguas funciones, que desempeñan *paternidades huecas*, formales pero sin contenido alguno:

- **El padre periférico**, como si volviéramos a los tiempos primitivos, el padre no tenía función social al no saberse qué aportaba a la reproducción y por ello era periférico. Es un padre que no se sabe para qué está en casa, sin autoridad reconocida y poco tenido en cuenta ni por su pareja ni por sus hij@s. Cumple un rol casi formal y puede desaparecer sin demasiadas consecuencias para el resto de la familia. Muchas veces se procura una fachada de autoridad, que quiere imponer sin tenerla. Aunque quiera, no puede transmitir saberes ni oficio porque su hij@ y la universidad lo sobrepasan. Y ni siquiera puede ser modelo para sus hij@s ya que ést@s los buscan en otros lados. Transformado en un desorientado-tolerante, es un padre confundido y paralizado.
- **El padre ausente**, que más allá de su presencia física o no, no ejecuta ninguna función, ni tradicional ni nueva, delegando en su pareja la autoridad, la puesta de límites, el cuidado y el sostén emocional. Padre que a veces desaparece completamente, y otras es un fantasma presente, que se hace sentir por sus raptos autoritarios.

Ambos tipos de padres se relacionan con sus hij@s⁴² a través de sus parejas, funcionando como *padres indirectos*. Su comportamiento se hace más evidente después de un divorcio (como si matrimonio y responsabilidad paterna fueran indisociables para ellos). Estos dos tipos de padres son numerosos, provocando muchos problemas a las mujeres-madres trabajadoras, ya que su escaso involucramiento las sobrecarga en la tarea del crecimiento de sus hij@s. En cambio, su poca o nula presencia no implica siempre malestar en l@s hij@s,

⁴² Cuando se llegan a relacionar o tienen la posibilidad de hacerlo.

que cuando se produce se debe más a factores contextuales que crean inseguridad, y no a la propia ausencia (Bonino, 2000). De esta forma se puede observar la importancia que tiene para la familia la presencia física de un padre así como su ausencia.

4.3.4 La influencia del padre en la familia.

Hay evidencia que muestra la importante influencia que un padre puede tener en el seno familiar. Para fines didácticos se pueden agrupar en cuatro grandes categorías: a) influencia en aspectos psicológicos, b) influencia en aspectos familiares, c) influencia en consumo de sustancias, y, d) influencia en conducta delictiva y/o antisocial. A continuación se muestran evidencias empíricas al respecto:

a) Influencia en aspectos psicológicos: diversos estudios marcan la influencia que puede tener el padre en el desarrollo psicológico y en la construcción de problemas, sobre todo, con repercusiones en sus hijos.

- Levenson (1961) encontró que en los casos de fobia escolar, estaba asociada a una posición de un padre que era a menudo ineficaz, pasivo y débil.
- Weissner, (1964) en un estudio describió una asociación entre pacientes maniaco-depresivos y padres débiles. Los pacientes tenían la percepción de su padre como una figura vaga o difusa.
- Westman (1972) marca que cuando hay ausencia del padre los hijos tienden a idealizar al padre ausente. Esto tiene consecuencias para la formación de la autoimagen y también, en que el niño puede identificar al padre como un mito.
- Schock, Gavazzi, Fristad y Goldberg-Arnold (2002) sugieren que las relaciones parentales pobres (indicadas por interacciones menos positivas, altos niveles de emoción expresada⁴³, o padres con historias de enfermedad mental) sirven como factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología en su descendiente.

b) Influencia en aspectos familiares: la literatura marca la influencia que puede tener un padre al interior de la familia y con cada uno de los integrantes que la conforman.

- Oltman & Friedman (1967) utilizaron dos grupos, uno control y uno experimental y midieron la cantidad de privación parental en una gran cantidad de pacientes hospitalizados en un psiquiátrico que eran adictos a alguna sustancia. Los niveles de privación parental se midieron como: muerte parental, separación parental (debido al divorcio, al abandono o a la

⁴³ La “emoción expresada” se define como el grado en qué una familia se vincula con el paciente identificado a través de las críticas y/o la hostilidad.

separación) y a la ausencia prolongada. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de "separación parental".

- Hawks, et al., (1969, citado en Henry & Howard, 1975) encontró en su estudio un alto grado de patología entre los miembros de la familia. Una de las características de la dinámica familiar era una separación parental. Esta pérdida implicaba una ausencia del padre varón. Esta separación se generaba antes de los 16 años.
- Abelson & Saayman (1991) marcan los problemas en la familia que pueden estar influidos por los conflictos de lealtades entre el padre y la madre, facilitados por la triangulación, que tienen efectos negativos en los hijos. También se ha reportado en diversos estudios la influencia que puede tener la figura paterna en el desarrollo de problemas psicológicos o problemas familiares.
- Weissner, (1964) describe un alto grado de asociación entre la patología parental y la asociación de ésta con la patología del niño.
- La separación de una figura parental como el padre es traumática para el niño, ya que se genera una interrupción de los lazos familiares, aparte de que se empeora la condición social y financiera de la familia (Stewart, 1992).

c) Influencia en consumo de sustancias: diversas investigaciones describen una asociación entre conductas delictivas y la relación con el padre.

- Gerard y Kornetsky (1954) estudiaron a las familias de 32 adolescentes admitidos en un hospital para adictos. Una de las características principales de estas familias era padres varones con poca incidencia en la vida de los adolescentes o ausentes. El 41% de los casos de ausencia paterna se había dado antes de que los pacientes alcanzaran la edad de 10 años, y el 25% después de la edad 10.
- Rosenberg (1971) encontró en una clínica de Australia que de 35 pacientes adictos a las drogas, el 63% habían tenido relaciones negativas con sus padres, y éstos se mostraban brutales y/o controladores.
- Annis (1974) encontró en su investigación una correlación entre el uso de drogas en adolescentes, con el uso de sustancias en los padres (principalmente el alcohol).
- Henry & Howard (1975) realizaron un análisis sobre diversos estudios relacionados con la familia y el abuso de drogas, encontrando que en los adictos hay una alta incidencia de familias quebrantadas con divorcio o separación. Estas familias en su gran mayoría había un padre ausente con separación emocional o separación física real.

d) Influencia en conducta delictiva y/o antisocial: a partir de diversos estudios se ha descrito una relación entre la relación con el padre y la conducta delictiva y antisocialidad de los hijos.

- Carek, Hendrickson & Holmes (1961) estudiaron a 400 adolescentes, y se encontró una correlación entre la conducta delictiva y la relación con sus padres varones.
- El padre se convierte en un modelo para los hijos varones, por lo que se ausencia afecta en el comportamiento de sus hijos. En el Report to the Committee on Problems of Drug Dependence (1973; citado en Henry & Howard, 1975) se mostró que en 8 familias con padre ausente físicamente los hijos se mostraban extremadamente débiles e ineficaces como varones.
- Goldstein (1984) describió una muestra de adolescentes con conducta antisocial. Entre las características de este tipo de conducta se encontraba: tener problemas con la policía, problemas en la escuela y provenir de una familia con padre ausente.
- Hay una asociación entre una variedad de problemas del comportamiento en hijos con padres ausentes por encarcelamiento (Stewart, 1992).

Por otro lado también hay evidencia que sugiere que el padre puede tener un impacto positivo en el desarrollo de sus niños. Por ejemplo, McBride & Rane (1998) marca que hay una asociación entre un buen desarrollo en los hijos cuando el padre está vinculado fuertemente en actividades significativas para sus niños. Cobb, (2001a) considera que criar a los niños en pareja es un factor importante que repercute en el bienestar de los niños y de cada integrante de la pareja. En otros estudios se ha encontrado una asociación entre el desempeño escolar de preescolares y los padres varones que se involucran en los cuidados de los niños (en un 40% más dentro del cuidado del niño en la familia) observándose en los niños una capacidad más cognoscitiva, mayor capacidad para las matemáticas y de control interno, con incremento en las habilidades de empatía y con un decreciente en el papel estereotipado del papel de género. En estudiantes adolescentes se ha encontrado una vinculación entre la buena relación paternal (o positiva) con un buen autodominio, autoestima y habilidades sociales. Los niños que experimentan la implicación positiva del padre son más probables desarrollar sus recursos personales y capacidades sociales mientras que los niños paternalmente privados pueden sufrir el riesgo de tener problemas psicológicos, dependiendo de su predisposición biológica y circunstancias sociales. (Picckard, 1998).

De esta manera la figura del padre es importante en cuanto a la seguridad emocional dentro de las familias (Picckard, 1998). Sin embargo por décadas, la investigación de la familia era sinónima de centrarse en la “madre,” y los padres eran relegados a las líneas laterales de la socialización del niño. Lamb (1975, citado en Parke, 2004) marca que los padres varones eran los “contribuidores olvidados al desarrollo del niño”. En el siglo XXI se comienzan a reconocer a los padres como jugadores centrales en la familia y contribuidores importantes al desarrollo de los niños sociales, emocional, y cognoscitivo (Parke, 2004). Lo anterior lo confirma la serie de estudios ya citados anteriormente en donde se marcan la influencia que puede tener un padre en el núcleo familiar, así como las consecuencias de su ausencia.

4.3.5 Ausencia física paterna: una crisis actual.

En lo anterior se ve reflejada la importancia que tiene un padre en la familia, ya que la relación que establece con cada uno de los integrantes de la familia puede facilitar problemas o viceversa. Por tanto, la figura paterna ha adquirido importancia dentro de la psicología, y si su presencia tiene gran influencia en el desarrollo familiar ¿qué pasa con las familias que viven sin un padre?. Esta pregunta se torna importante si se considera que las estadísticas de niños que están creciendo sin padre aumentan (Pickard, 1998).

Los datos demográficos cambian rápidamente en los Estados Unidos, en el lapso de los últimos 30 años ha iniciado una epidemia que afecta más de una mitad de las familias en los Estados Unidos. Bryner (2001) realizó una revisión con el buscador de datos MEDLINE que buscaba con las palabras claves “divorcio” y “niños.” Los resultados mostraron un incremento en los divorcios y su importancia de seguirlos longitudinalmente por los efectos que éste puede tener. Así Colón (1978) marca que en este mismo país hay aproximadamente un millón de divorcios por año y se calcula que por lo menos uno de cada tres uniones termine en divorcio.

En México se vive una realidad similar, según el INEGI (2003a) para 1990 de un total de 55 913 847 habitantes en el país, de los cuales el estado conyugal era de: 679 817 separados, 406 777 divorciados, y 2 034 337 viudos. Las estadísticas en nuestro país han incrementado, para el año 2000 la población ascendió a 69 235 053 habitantes, de los cuales 7 103 365 eran separados, 1 799 035 divorciados y 687 444 viudos, marcándose diferencias importantes entre hombres y mujeres (ver Tabla 1).

Sexo Estado conyugal	1990	2000
Total	55 913 847	69 235 053
Separados	679 817	1 799 035
Divorciados	406 777	687 444
Viudos	2 034 337	2 992 514
Hombres	27 084 182	33 271 132
Separados	162 515	468 175
Divorciados	110 563	209 540
Mujeres	28 829 665	35 963 921
Separadas	517 302	1 330 860
Divorciadas	296 214	477 904
Viudas	1 619 805	2 364 752

Tabla 1. Estado conyugal general de la población y por sexo del año 1990 al 2000

En la Tabla 1 se puede observar cómo es que los divorcios, separaciones o pérdida de un cónyuge masculino han ido en incremento. Por otro lado, en nuestro país, el INEGI (2003b) hace explícito el incremento en la tasa de divorcios, para

1970 de cada 100 matrimonios el 3.2% finalizaba en divorcio, para 1990 la tasa incremento al 7.2%, para el año 2002 subió a 9.8% y para el 2005 de cada 100 el 11.8% terminan en divorcio. En estas estadísticas se debe de tener en cuenta que puede haber casos no registrados o perdidos, y esto indicaría que miles de familias carecerán de una figura paterna que viva en el seno familiar⁴⁴.

Como se ha marcado en el apartado anterior se ha encontrado una asociación entre la ausencia paterna en la familia con respecto a diversas problemáticas que van desde psicopatología hasta problemas estructurales en la familia.

4.3.6 Consecuencias de la falta del padre en la familia.

Se han realizado una serie de estudios que apuntan los diversos efectos que puede tener la ausencia paterna en la familia. Popenoe, (1996, citado en Pickard 1998) marca que este fenómeno esta intensamente vinculado a la pérdida de ayuda financiera hacia sus niños, lo cual repercute en muchos de los problemas de la sociedad, incluyendo embarazo adolescente, delincuencia juvenil, abuso de la droga, de alcohol y pobreza en los niños.

La ausencia del padre se ha observado en una variedad de contextos (Weissner, 1964) entre los cuales se pueden encontrar comúnmente en la literatura: el abuso de drogas, psicopatología y consecuencia en los hijos.

- Drogadicción: Wolk y Diskirk (1961) entrevistaron a 344 presos de las cárceles de Nueva York que habían estado implicadas con abuso de la heroína. Sus resultados mostraron que describen a su padre como débil o ausente. Se ha encontrado una relación entre la ausencia paterna y el uso de drogas. Wellish, Gay & McEntre (1970) después de tratar a casi 1.000 adictos a la heroína, encontraron cierto patrón interpersonal de los adictos, dicho patrón estaba conectado con la familia. Los padres de los varones adictos entrevistados se mostraron como generalmente ausentes del hogar y emocionalmente distantes⁴⁵. Carney, Timms y Stevenson (1972) marcaron en su estudio con adolescentes que consumen drogas, que a menudo uno u otro de los padres (generalmente el padre) está ausente el ambiente familiar. Henry & Howard (1975) encontraron que la familias de adictos se mostraban como inestables y marcadas por divorcio o separación y generalmente con un padre ausente física o emocionalmente. Rosenberg (1971) encontró en una clínica de 35 familias adictas a las drogas, más de la mitad se mostraban con un padre ausente.

⁴⁴ Hay que considerar que hay divorcios y/o separaciones en las cuales el padre puede vivir con sus hijos y la madre salir del seno familiar, sin embargo dentro del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] no tienen registrado cuantas familias separadas o divorciadas viven con el padre y cuantas con la madre, por lo que el dato no es exacto, pero puede dar una idea de la magnitud del problema.

⁴⁵ Una de las críticas a este estudio es que los datos fueron obtenidas solamente con las entrevistas de los adictos. Esto disminuye la posibilidad de comprobar la dinámica y las interacciones “reales” de la familia.

- Psicopatología: Kempler, Iverson y Beisser (1962) en su estudio entrevistaron a 16 esquizofrénicos y sus hermanos. Entre los resultados se muestran durante la entrevista: críticas personalizadas, íntimas y detalladas descripciones de todas las figuras parentales. Estas descripciones estaban vinculadas a la pérdida de un padre por muerte o divorcio. Ablon, Davenport, Gershon y Adland (1975) después de revisar cartas escritas a 53 familias quienes tenían un paciente identificado con trastorno bipolar (maníaco-depresivo), se encontró en dichas familias un padre débil o ausente. Wallerstein (1991) marca las tensiones que se generan en el niño en un proceso de divorcio. Bennet (2006) en su estudio mostró que un cambio en el estado civil tiene implicaciones en la salud, es decir, pasar de casado a soltero o de casado a viudo.

- Consecuencia en los hijos: el niño podría reaccionar a la pérdida paterna con comportamientos de rebeldía y/o delincuencia. (Colón, 1978). Weissner (1964) estipula que hay muchos escritos sobre la sobreprotección o el rechazo parental asociada a factores operativos en la enfermedad mental. Gregory (1958) ha reportado como la pérdida del padre por muerte o separación está asociada con casos de delincuencia, comportamiento antisocial, psicopático, y la esquizofrenia. De igual forma, la ausencia del padre puede tener un impacto serio no sólo en la capacidad del niño de relacionarse con su padre, sino con otros hombres y una afectación para el equilibrio de su vida, a parte de que las experiencias primarias con el padre influyen en el sentido de uno mismo y de la significación personal así como con la identidad (Colón, 1978). La ausencia de un padre varón puede afectar a la relación de los hijos varones, por ejemplo, se pueden observar extremadamente débiles e ineficaces como varones, esto según el estudio reportado por el Report to the Committee on Problems of Drug Dependence (1973; citado en Henry & Howard, 1975). Hay una asociación entre una variedad de problemas del comportamiento en hijos con padres ausentes por encarcelamiento⁴⁶ (Stewart, 1992). Goldstein (1984) estudió la relación entre las familias de padre ausente con adolescentes entre 12-17 años de edad. Las familias muestran que en estas familias los adolescentes tenían mayores problemas con la policía (contacto y detención), así como problemas con la autoridad escolar a comparación de las familias con padre presente. Estos resultados indican la importancia de la supervisión materna para mejorar el comportamiento antisocial en hogares de padre ausente. Según Ahrons. & Tanner (2003) el divorcio en para la mayoría de los niños trae un cambio dramático en sus vidas, y el más doloroso de estos cambios es la carencia de su padre en sus vidas diarias. Por otro lado es importante considera que a pesar de que se han marcado una serie de secuelas por la ausencia del padre Coane (1977) marca que es importante considerar ciertos factores para poder considerar las consecuencias, entre estas se

⁴⁶ Stewart (1992) marca que en estas situaciones es crucial considerar el significado y la estigmatización social que tienen las personas que son encarceladas.

encuentran: la edad del niño, el sexo, la relación con hermanos y la historia personal⁴⁷.

4.3.7 Características de las familias con un padre ausente físicamente.

La familia es el sistema primario y está compuesta por toda la red de interacciones y las relaciones familiares que son altamente recíprocas, pautadas y reiterativas. Los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado (Minuchin, 2004; Andolfi, 1991; Minuchin y Fishman, 1981). McGoldrick y Gerson (2005) consideran que es importante en la terapia, tener registro de todos los eventos importantes de la historia de la familia, ya que estas son crisis que desequilibran a la familia, pudiendo surgir un síntoma para estabilizarla. Una crisis que estos autores consideran es la ausencia de uno de los padres y la denominan como “la familia con un solo padre” en donde según Mc Goldrick y Gerson (2005, p. 57,58) “es aquella familia donde uno de los padres está educando a los hijos. Esto puede ser debido a la muerte de uno de los padres. O puede resultar de la partida de uno de los padres debido al divorcio, separación o deserción [...] se debe de explorar todos los problemas de ser el único padre; la soledad, los problemas económicos, las dificultades para criar sola a los hijos, etc.. También [...] averiguar el impacto sobre la familia (en especial en los hijos) de la pérdida de uno de los padres [...] y las pautas circulares y triangulaciones típicas de esta situación familiar. A menudo dichas familias son parte de redes mayores, a veces llamadas familias binucleares, que podrían necesitar ser llamadas “familias multinucleares”, donde los hijos forman parte de varias estructuras familiares diferentes”.

A continuación se describen las características generales de las familias con un padre físicamente ausente por diversas circunstancias.

4.3.8 Padre ausente por divorcio o separación

Minuchin (2004) considera que en la pérdida de uno de los padres la familia puede verse afectada por todo tipo de situaciones transicionales, esta situación se comprueba en particular en casos de separación y retorno. Cuando uno de los padres abandona a la familia, se deben negociar una serie de ajustes. Hay una serie de estudios con una perspectiva estructural que aborda las problemáticas familiares más comunes con la ausencia paterna.

Abelsohn (1983); Walter & Messenger (1979) marcan que en una situación así, se tendría que dar el cambio de roles y funciones, en donde la madre probablemente comenzará a mantener económicamente a la familia, rol que desde la familia tradicional y normativa pertenecía al padre, y por otro lado tal vez cambie

⁴⁷ Coane (1977) habla de estos factores específicamente en el divorcio en donde también se podría presentar la ausencia paterna, por lo que a parte de los factores mencionados considera la relación con el progenitor que sale de casa y la relación con el padre de custodia. Por otro lado estos mismos factores pueden ser considerados para un estudio o como elementos en un análisis familiar con un padre ausente.

su papel para adoptar ambos roles simultáneamente para continuar haciendo frente a la situación. Walter & Messenger (1979) consideran que en el momento en que una nueva pareja entra a la familia es importante considerar las expectativas de los hijos hacia el rol que debe de cumplir un padre, ya que de no cumplirse se pueden facilitar problemas en la familia.

En cuanto al poder ejecutivo de la familia, según Abelson & Saayman (1991) la jerarquía generacional, y la dinámica con los hijos⁴⁸ es cuestionada, se pone en tela de juicio las opiniones parentales y su autoridad. Freír y Trifiletti (1983) complementan marcando que la estructura jerárquica de la familia cambia dramáticamente y los adolescentes crecen en relaciones de la paridad con sus padres que se encuentran apenados por la separación o el divorcio, facilitando problemas familiares. Tal como lo marca Abelson (1983) se produce un debilitamiento de las funciones parentales, como la escasez de funciones de guía y de control, ya que desaparece la cooperación y la diada parental.

A parte de los roles y la jerarquía, Walter & Messenger (1979) marcan que uno de los problemas más comunes en estas situaciones son los referentes a los límites de la familia, ya que deben de cambiar para lograr la adaptación a la situación. Los límites pueden ser físicos, por ejemplo las paredes de una casa, o las cercas que marcan la separación de la familia con las familias de sus vecinos, o pueden ser psicológicos, por ejemplo, los límites implícitos definen el grado de intimidad entre la familia y de la proximidad entre los miembros y no miembros familiares. El recinto arquitectónico típico de la casa de la familia proporciona un límite físico dentro del cual todos los miembros de la familia nuclear residen y las actividades comunes ocurren. También puede haber límites psíquicos referentes a la autoridad y al afecto.

Según Sorosky (1997) la ausencia de un padre por divorcio puede tener un impacto en los límites generacionales facilitando problemas al interior de la familia. Abelson (1983) ha reportado que los adolescentes pueden verse envueltos en una coalición rígida con una madre que necesita protección por la separación del padre, aspecto vinculado a los límites entre hermanos. En esta misma línea Abelson & Saayman (1991) observaron que también la jerarquía está interrumpida, bloqueando la capacidad de los padres de proporcionar los límites constantes que el adolescente requiere. Walter & Messenger (1979) finalizan marcando que es probable que los hijos puedan entrar en un problema de lealtades si es que la madre busca una nueva pareja, ya que se sentirán desleales a su padre separado si sienten o expresan algún afecto hacia un nuevo adulto⁴⁹.

Se debe de tener en cuenta las configuraciones familiares cuando se establece la separación del padre que está estrechamente vinculada con los límites que se establecen, Kaplan (1977) marca que las interacciones a considerar

⁴⁸ Sobre todo hijos adolescentes.

⁴⁹ Que se vincula directamente con los límites psíquicos del niño para adoptar al nuevo adulto como padre y que éste pueda ejercer autoridad y afecto al niño.

son⁵⁰: madre, niño y abuelos maternos; madre y niño sobreprotectores⁵¹; madre desamparada y desobligada; madre en formación de una nueva familia o que contrae segundas nupcias. Los hijos pueden reaccionar ante estas situaciones con (a) relaciones problemáticas antes de la separación; (b) relaciones problemáticas después de la separación; (c) con psicopatología antes de la separación; así como (d) su respuesta individual a la separación, incluyendo fenómenos tales como pena, culpabilidad, y la interpretación cognoscitiva del acontecimiento. En este sentido Abelson (1983) describe que se torna importante el trabajo con la distorsión de la percepción de la realidad, que según Minuchin (2004) puede facilitar algún problema en el sistema familiar. Vinculado con este aspecto Walter & Messenger (1979) marcan como crucial el trabajo por el luto que la familia pasa ya que esta situación es una pérdida. Abelson (1983) considera que este sentimiento de pérdida en el padre y el hijo puede facilitar comportamientos de rebeldía y/o delincuencia. También pueden generarse un conflicto parental e incrementar los problemas de salud y emocionales. Ante estos problemas uno de los hijos puede sufrir demasiada tensión por la situación y tomar una posición de comportamiento infantil o “enferma” para equilibrar el sistema familiar, o lo que Minuchin (2004) denomina “el surgimiento de un paciente identificado”. Colón (1978) describe como al enfrentarse a situaciones así los padres pueden compensar la ruptura o separación, o en ocasiones (Abelson, 1983) se puede bloquear el desarrollo y la autonomía de los hijos al sobreprotegerlos demasiado. Por tanto, de no ser flexible la familia ante esta ausencia se incrementan las posibilidades de construir patrones rígidos y menos probabilidad de funcionar como familia. (Abelson & Saayman, 1991).

4.3.9. Padre ausente por muerte.

Cuando un ser querido muere, esto se transforma en una de las peores crisis que una familia puede enfrentar. Al morir el padre o cualquier integrante se pasa por un proceso llamado “duelo”. Kübler-Ross (1974) describe el duelo como el paso a través de 5 fases: de negación, de ira, de negociación, de depresión y de aceptación.

Mientras la familia va pasando por estas etapas se pueden presentar ciertas características en la dinámica familiar y en sus integrantes. A continuación a partir del trabajo realizado por Talavera (2006) se describen las características de las familias con un padre o familiar ausente por muerte.

Cuando hay una pérdida de un familiar se rompen las ilusiones creadas alrededor de esta persona. Quién pierde un ser querido puede aprender que su vida se puede ver truncada, que el futuro no está asegurado, ni siquiera el mañana. Esto facilita que se puede llegar a cuestionar las creencias religiosas que

⁵⁰ Se debe de poner atención a dichas interacciones ya que se pueden construir triangulaciones, coaliciones o límites rígidos sobre diversos holones y alterar los roles y funciones de éstos (Minuchin, 2004; Minuchin y Fishman, 1981)

⁵¹ De la madre principalmente, alterando su rol y función dentro de su holón para invadir el parental y/o conyugal.

caracterizan a Dios como una figura paternal, protectora o indulgente, produciendo una crisis de significado que no puede superarse fácilmente. Esto lleva a una terrible sensación de incertidumbre en la vida, anulando la sensación de control de un futuro que se había dado por seguro.

La familia amalgamada tiende, después de la muerte de un miembro a repartir los roles y funciones de éste, siendo este el cambio de primer orden que la familia amalgamada realiza para adaptarse al desequilibrio de perder a un ser querido. De igual forma se pueden ver afectadas gravemente las relaciones con el mundo y con personas. Es normal que la familia durante el periodo de duelo tenga la sensación de que la realidad ha desaparecido, que el sentido de la vida ha perdido y que algo en el cuerpo se ha roto. Una de las reacciones más normales es “no mostrar angustia” a los demás con el objetivo de no angustiarles. A parte de esta sensación de angustia se pueden experimentar muchas cosas, alguna de ellas nuevas, extrañas y muy dolorosas como incredulidad, confusión, miedo, inquietud, oleadas de angustia aguda, pensamientos que se repiten constantemente y que no logra quitarse de la cabeza, boca seca, debilidad muscular, llanto, temblor, problemas para dormir, pérdida de apetito, manos frías y sudorosas, náusea, diarrea, bostezos, palpitaciones o mareos.

La familia o alguno de sus integrantes se pueden sentir confundido o capaz de poder tomar decisiones importantes. En las fechas importantes como cumpleaños, día del padre, navidad, año nuevo, entre otras, se puede experimentar un gran dolor al recordar a la persona difunta. Puede ser que en el proceso de duelo, algún integrante de la familia sea susceptible de comenzar a utilizar sedantes, alcohol o drogas para encontrar consuelo.

4.3.10. Padre ausente por migración

Según Ruiz y Suárez (2007), cuando la familia enfrenta el proceso migratorio se dan cambios al interior de la organización familiar, cambios que son necesarios para que el grupo pueda subsistir. En la ausencia del padre se tiene que establecer nuevas reglas o normas que todos los integrantes de la familia deben de seguir. Dentro de dichas normas también se establecen roles como las actividades que asume cada uno de los miembros de una familia y que determinan el grado de poder de cada uno. En ocasiones los hijos primogénitos, buscan mejores fuentes de ingreso económico, la familia tiene que adaptarse para cubrir los roles y funciones que el migrante realizaba, por lo general, el rol del padre lo asume la madre y en su defecto comparte esta responsabilidad con el hijo que por lo regular es varón. La reasignación de roles estará determinada por la tradición de la comunidad o la familia, es decir, la madre se puede basar en el sexo, la edad o posición y lugar que ocupe el hijo.

El hecho de que el padre vaya y venga a casa por periodos de tiempo, trae consecuencias a largo plazo en la familia, ya que al tomar y dejar la autoridad terminará por perder la misma, puesto que los hijos en un determinado momento asumen que él es únicamente proveedor de lo económico, y la madre es quién los

habrá formado en todos los sentidos, reforzando los vínculos emocionales. Sin embargo, es importante resaltar que el padre puede ejercer su autoridad aunque no esté presente, este objetivo lo puede lograr por medio de la madre.

A pesar de que la migración trae ventajas económicas a las familias (en ocasiones) también en algunos casos logra disolver los lazos que vinculan al migrante con su familia. Otra de las características es que, la distancia física que existe entre los miembros de la familia facilita una constante añoranza de lo que se dejó atrás, la convivencia familiar, la comunicación, la integración de ésta, es una constante presente en la vida de ambos lados de la frontera, tanto en los que se van, como en los que se quedan.

4.3.11 Directrices en la terapia con familias que presentan un padre ausente físicamente.

Como se ha mostrado, las consecuencias de la ausencia paterna pueden ser muchas (según los estudios citados en el apartado anterior), sin embargo, se debe de tener en cuenta que cada familia vive situaciones diferentes, y por tanto las consecuencias pueden ser diversas en función de las características particulares del sistema familiar. En este sentido se torna importante lo expuesto por Ahrons & Tanner (2003) quienes marcan que al hacer el análisis en la familia se debe de tomar en cuenta la implicación del padre en la crianza de los hijos durante el tiempo que vivió con ellos, la relación del padre con cada niño durante la unión de pareja, la relación premarital y posmarital como pareja y como padres, los arreglos establecidos durante la separación por parte de la familia, así como la cantidad de tiempo que el padre pasa actualmente con sus hijos, la edad del niño, el género, el temperamento, y la orden del nacimiento; y finalmente la cantidad de ayuda y apoyo que le ofrece a sus hijos, esto para poder establecer las posibles consecuencias.

A partir de diversos estudios sobre separación, divorcio y ausencia por encarcelamiento, migración, muerte u otra situación, se han establecido varias directrices para el trabajo en terapia⁵² que a continuación se expondrán, en donde cabe resaltar que el trabajo con toda la familia será un punto crucial de éxito.

En el caso de divorcio o separación se recomienda:

- **Visitas periódicas de los padres y la disolución del mito paterno:** en el caso de un padre ausente por separación o divorcio es importante dar continuidad familiar a los hijos con visitas periódicas; reuniones anuales de la familia; y dando a los niños el acceso a los libros de recuerdos de la familia, a los álbumes de foto de la familia, y a la genealogías familiares. El padre y el niño se pueden beneficiar de estas visitas periódicas, ya que se puede resolver una relación con datos basados en la realidad y no en la fantasía, y poder clarificar cualquier interpretación o idealización del niño, lo que repercute

⁵² Gran parte de la literatura se enfoca a la intervención y consecuencias en los hijos.

también de forma positiva en el hij@ (Colón, 1978; Abelson, 1983). En el caso de que los hijos no pudieran conocer a su padre, es importante intentar una reconexión con él, ya que esto facilita obtener un sentido aún más completo del *self*. Una forma de evitar mitos y facilitar dicha conexión es contestando preguntas de los hijos sobre su padre biológico, ya que las situaciones pueden ser confusas y provocar ansiedad por la idealización de un padre que en realidad pudo ser un psicópata, alcohólico, etc.. El choque de la fantasía y de la realidad puede ser doloroso y conducir a un estado incluso mayor de la confusión para el hijo. En el caso de divorcios o separaciones es importante considerar cual sería el mejor padre para la custodia y Colón (1978) lo define como: el mejor padre para custodia es el quién asegura la continuidad de las relaciones significativas para los niños. Quién asegura que los niños tendrán acceso al otro padre, a ambos sistemas de abuelos, a los miembros de la familia extensa de ambas partes. En este sentido es indispensable hacer foco e intensidad en la terapia en que “aunque la unión de los padres finaliza, no termina el vínculo y la necesidad del niño de tener la conexión continua con cada padre” (Colón, 1978; Abelson, 1983). Una de las tareas del terapeuta serán buscar directivas que impliquen al padre (Abelson, 1983).

- **Organización multinuclear:** en el caso de separación o divorcio es probable que los hijos se encuentren con el tiempo atrapados en diferentes familias (la de la madre y la del padre, así como las nuevas familias que éstos puedan formar), en este sentido es importante re-organizarse para establecer dos casas, la maternal y la paternal; de esta forma, cada padre necesita establecer una relación independiente con los niños, que requiere la interacción con la otra parte de la pareja (Ahrns & Tanner, 2003).
- **La terapia como un espacio de contención:** la terapia se transforma en un escenario de contención y en un espacio vinculado al cambio. Cuando se produce la pérdida de un padre es importante que el terapeuta establezca las condiciones necesarias en la sesión para mejorar la comunicación entre los padres aunque estén separados o divorciados, esto como una forma de mantener y de aumentar la implicación del padre. Por otro lado, en las sesiones se deben de abrir espacios propicios para poder oír la ansiedad y el dolor de los hijos, esto para que el terapeuta y los padres estén más enterados de sus necesidades, en donde cabe resaltar que el terapeuta debe de evitar en todo momento etiquetas patologizantes, una de las más comunes en el caso del divorcio es “niños del divorcio”, ya que ponen a los niños en una posición de víctimas. Es importante también considerar sesiones separadas de los padres para trabajar con los niños, buscando formas alternas de hacer frente y con mayor eficacia a los conflictos de sus padres como podría ser la ausencia de uno de los miembros de la pareja. En este sentido se trabaja en dos niveles, por un lado con los hijos desde sus necesidades y puntuaciones, y por otro lado con los padres y los conflictos propios del subsistema conyugal y/o parental. Finalmente se debe de ayudar a la familia a identificar sus fuerzas y recursos para hacer frente a la situación, así como explorar otras maneras de

enfrentar el problema, así como la búsqueda de recursos en la comunidad que puedan ser utilizados como apoyos para los hijos (Ahrons & Tanner, 2003).

- **No involucración de los hijos en los problemas de los padres:** el terapeuta debe de tener un trabajo con la pareja para facilitar una separación emocional entre la pareja, de no ser así se pueden generar problemas de pareja, en donde se corre el riesgo de que los hij@s se envuelvan, en este sentido se debe evitar que los hijos se impliquen como abogados de uno u otro padre en sus problemas.
- **Trabajo con sentimientos y emociones:** se debe de trabajar con el deseo de tener una familia intacta (si es que se tiene dicho deseo) (Coane, 1977), ya que esta situación se vive como una pérdida por lo que Walter & Messenger (1979) y Coane (1977) marcan como crucial el trabajo de duelo por el luto que se vive en la familia. Para este objetivo es crucial que se trabaje con la perspectiva de cada niño en función de cómo vivieron la experiencia de la separación o el divorcio, para que posteriormente se puedan re-establecer lazos para ambos padres, pero ahora basados en necesidades e identidades individuales más que en funciones simbólicas anteriores. Se debe de propiciar en terapia la ocasión de estar de luto por la pérdida de la familia. Cabe resaltar que un sentimiento común según Walter & Messenger (1979) es la culpa por traicionar a alguno de sus padres, es decir, los hijos se pueden sentir desleales al aceptar a otro adulto que no sea su padre, por lo que la existencia de una relación en curso con el padre biológico ausente evita la posibilidad que el niño puede incluir a ese nuevo adulto dentro de los límites psíquicos reservados para el padre.
- **Trabajo con expectativas de el rol y funciones paternas:** se deben de trabajar las expectativas de los hijos en cuanto a que un padre cuando se separa de la casa rompe con esas expectativas que se desarrollaron a lo largo del tiempo, de tal manera que el padre puede estar fuera y no disponible para el resguardo físico-emocional inmediato, que era posible cuando vivía en casa. Estas expectativas pueden incluir el comportamiento del papel atribuido tradicionalmente al papel del padre, es decir, afecto y autoridad, y pueden estar en conflicto directo con las expectativas de una nueva pareja de la madre o con las de su propio padre al separarse. Por lo tanto el niño debe bajar sus expectativas de lo que puede proporcionar ese padre. El este bajar de expectativas puede ser un proceso muy lento y a menudo doloroso. Cuando se busca una nueva pareja para sustituir la ausencia paterna se debe de tener cuidado al trabajar el ajuste inicial en los hijos, ya que se debe de prepararlos con el hecho de que un nuevo adulto ocupará un lugar dentro de los límites físicos-temporales o psicológicos ocupados antes por un padre que ya no está. Este ajuste también es lento y doloroso (Walter & Messenger, 1979). Se recomienda buscar actividades para los hijos, de tal forma que sirvan de ayuda y aumenten su autoestima (Ahrons & Tanner, 2003).

En el caso de una ausencia paterna por muerte, Talavera (2006) recomienda:

- **Ayudar a no apartarse de la familia:** es importante evitar que la familia se desuna y cada miembro tenga que llorar solo. Al contrario, en momentos de crisis, la familia debe permanecer aún más unida y compartir su dolor conjuntamente, es duelo es un asunto de familia y debe resolverse ahí, conjuntamente.
- **Fomentar la relación con el medio:** es importante que se facilite la expresión de sentimientos con otros seres queridos para que se de cuenta de que ellos piensan y sienten lo mismo. Aunque la pérdida tiene sin duda un profundo significado personal y es respetable la necesidad de elaborar en privado el dolor propio, vale la pena mencionar que gran parte de esta elaboración tiene que ver con la reafirmación, el fortalecimiento y la ampliación de las conexiones con los demás.
- **Ayudar a no guardar nada:** es importante evitar conductas y mensajes referidos al “no pasa nada”, o en el caso de la madre “no se preocupen, estoy bien” mientras se le encuentra encerrada llorando. En este sentido se tiene que fomentar la comunicación y abrir las redes de apoyo con gente con la cual pueda llorar y hablar libremente sobre el dolor, la muerte, la pérdida, la angustia, la falta que hace la persona, etc.
- **Se puede tomar el funeral como un rito de transición, de re-construcción:** En este mismo sentido, hacer una carta guiada por el profesional sobre lo que a la madre e hijos les duele en este proceso, sobre lo que dijo sin mala intención y lo que nunca se dijo, sobre lo que hubiera sido bueno hacer, etc., ayuda a sanar culpas, a soltar, y finalmente a dejar ir.
- **Apoyar el reconocimiento de lo que se experimenta:** el ayudar a reconocer y validar todas estas experiencias extrañas o nuevas que siente la familia o alguno de sus integrantes, expresarlas y compartirlas, ayuda a descubrir que muchas de estas sensaciones son experimentadas por otros integrantes de la familia.
- **Aplazar decisiones importantes:** como cambiar de casa, de trabajo, de pareja, embarazarse. Nada compensa una pérdida y es probable que en el duelo no se tengan las ideas claras ni en orden.
- **Apoyarse en los objetos:** ver las fotos de las personas fallecidas, tener sus objetos personales, ropa, escuchar su música, y realizar otras actividades relacionadas con la persona perdida son cosas que a muchos ayudan y a otros angustian. Se debe de tomar decisiones conjuntas para llegar a acuerdos sobre las pertenencias del difunto, como donar las cosas, regalarlas, etc.. Este tipo de rituales conlleva a una directa confrontación con la realidad de la

muerte al proporcionar la posibilidad de compartir la pena y establecer lazos entre la familia y con la comunidad.

- **Evitar sedantes:** la familia o alguno de sus integrantes puede refugiarse en las drogas, alcohol o sedantes, esto como una forma de encontrar consuelo, sin embargo, estas salidas encubren el dolor y conducen a aplazar las reacciones de pena y aflicción.
- **Buscar redes de apoyo:** las redes de apoyo son siempre importantes, habrá algunos momentos en los que el doliente deseará estar completamente solo y habrá otros en los que la presencia de otros será importante.

En el caso de una ausencia paterna por migración, Ruiz y Suárez (2007) recomiendan:

- **Hacer una representación dentro de la familia y de forma continua, del padre que se encuentra a distancia:** que aunque no se percate completamente de la dinámica familiar y no actúa de forma directa si continúa siendo parte del sistema.
- **Fomentar la comunicación entre la familia y el padre que se encuentra en otro país:** ya que la comunicación es el vehículo para la interacción con el contexto, que utilizándolo de forma adecuada favorece el desarrollo individual y grupal. A través de la comunicación a distancia se está al tanto de las actividades de los miembros de la familia, haciendo participe de alguna manera al integrante ausente de la dinámica familiar, conservando este su status ante la familia.
- **Fomentar los lazos familiares a pesar de la distancia del padre:** esto para no perder el sentido de pertenencia.
- **Trabajar con la idea de la “familia fraccionada”:** ya que el padre sigue siendo miembro de la familia.

Por otro lado, se pueden ubicar directrices para la terapia con familias con un padre ausente, independientemente de la forma en la cual se haya ausentado, sea por migración, por muerte, divorcio o separación. Estas directrices apuntan hacia un cambio en la estructura familiar. A continuación se describen dichos ejes para guiar la terapia:

- **Re-establecimiento del holón parental:** se debe de buscar la restauración de las funciones y consolidación del holón parental, que tienden para derrumbarse bajo tensiones personales e interpersonales de la separación de la pareja (Abelsohn, 1983).
- **Re-establecimiento de límites generacionales:** para que no se generen problemas al interior de la familia, sobre todo para la reestructuración de la ausencia paterna (Coane, 1977; Sorosky, 1997).

- **Re-negociación de funciones y relaciones en el sistema familiar:** Se debe de renegociar las relaciones y funciones parentales (Minuchin, 2004).
- **Re-establecimiento de la jerarquía a nivel parental:** se debe de buscar la recuperación de funciones de guía y poder ejecutivo para re-establecer jerarquías a nivel parental Al trabajar la jerarquía también se busca aumentar la capacidad parental para ejecutar acciones. Un punto que vale la pena resaltar es que el terapeuta debe de buscar el establecimiento de las jerarquías parentales separadas, esto para permitir establecer límites protectores y afectivos entre padres e hij@s (Abelsohn, 1983).
- **Re-establecimiento de límites:** hay que poner límites generacionales para que los padres resuelven sus propios conflictos entre pareja sin implicar a los hijos (Coane, 1977). Al establecer límites, también se está trabajando la recuperación de la jerarquía por parte del holón parental (Abelsohn, 1983; Minuchin, 2004). El cambio en la jerarquía y el establecimiento de límites facilita establecer nuevas relaciones con los hijos, aspecto a considerar en la terapia. En terapia se debe de poner en claro sobre cual será la función del padre ausente (si es que se tiene contacto con él) ya que puede haber confusión al respecto (Coane, 1977).
- **Re-establecimiento de las “realidades familiares”:** esto con el objetivo de buscar la adaptación de las distorsiones que acompañan el proceso de la separación y la restauración de una visión relativamente más adaptativa de la realidad de la familia (Abelsohn, 1983).

Finalmente se recomienda el asesoramiento con un especialista, la terapia de grupo, o la mediación antes de la separación; las cuales han mostrado ser herramientas eficaces para la intervención (Bryner, 2001).

4.3.12 Cambios y retos del padre en la actualidad.

La evidencia de la historia y de las ciencias sociales y del comportamiento documenta la desintegración de la familia y comienza a marcar los efectos de la ausencia del padre, y de las transformaciones de la paternidad (Pikard, 1998). El padre puede tener un rol difícil al intentar dar prioridad a las necesidades de sus niños, de su esposa, y de sus propias metas personales (Cobb, 2001a).

Los padres deben tomar la responsabilidad de adquirir habilidades de paternidad y permitir a las mujeres dejar ir la responsabilidad total de la parentalidad (Pickard, 1998). A esto se refiere Bonino (2000) cuando marca que los padres tradicionales se centraban más en las potencialidades de los hijos para ser adultos productivos, pero en la actualidad comienzan a surgir nuevos ideales de paternidad que son correlativos a nuevas formas de ejercicio de la maternidad, al ideal social de la igualdad de derechos y deberes entre mujeres y varones, y al de la jerarquización de la autonomía individual. Existe poco a poco un reclamo

social, interiorizado por muchos varones, de mayor participación de los padres en la crianza de sus hijos, para bien de las mujeres, l@s hij@s y ellos mismos. A diferencia del modelo que fomentó la construcción de los padres anteriormente citados por Bonino (2000), nuestro sistema de valores actual, que jerarquiza el vínculo entre personas, fomenta un vínculo padre-hij@s en el que cobra importancia la interacción frecuente y temprana que brinda crecimiento en el día a día. Este tipo de vínculo propuesto dota de nuevos contenidos a la vacía figura del padre actual y permite reformular la paternidad. Esto como una demanda hacia la situación de que los padres se sientan a menudo excluidos cuando los refieren los márgenes de las vidas de sus niños e incompetentes cuando están implicados, por lo que Cobb (2001b) marca que hay que distinguir entre las diversas formas de cuidado entre padres y madres.

Se ha dado el nombre de fenómeno de los nuevos padres a la aparición y valorización en los últimos años de una figura parental ceñida a estos ideales y alejada de los modelos de padre distante y autoritario, así como al ejercicio de la paternidad por fuera de los modelos tradicionales de familia (Bonino, 2000). Estos nuevos modelos se están construyendo gracias a que la implicación del padre ha aumentado y se ha comenzado a trabajar para promover un desarrollo emocional, físico, e intelectual del niño (Cobb, 2001b).

Expresiones de este fenómeno son la aparición de literatura sobre padres, el desarrollo de políticas que promueven la participación de los varones en la crianza de sus hijos y la aparición de asociaciones de padres que defienden los derechos de los divorciados a estar con sus hijos. Su figura masculina paradigmática es el llamado **padre cuidador**⁵³, en el que la paternidad ya no es un poder, sino un servicio y una relación. Es un padre que se encuentra presente, es carnal, cotidiano, el padre cuidador transmite ternura, cuidados y enseñanza. Ya no es la sangre o el linaje, el espermatozoide o el apellido, ni tampoco el amor a la madre, lo que da sentido a la paternidad, sino que ésta es una opción subjetiva y una relación vivida. Los aspectos vinculares toman la delantera. Padre es el que ama, cuida y disfruta. Jerarquiza el hecho que la relación paternal no sólo se maneja en términos de autoridad, distancia y educación/límites, sino que existe también un aspecto afectivo-emocional, de disfrute mutuo. El contacto corporal tiene aquí un papel preponderante que permite la transmisión de la ternura corporal. Es el padre que no se adecua a un rol propuesto por la división sexual del trabajo, con un vínculo cotidiano, más allá de su intervención disciplinaria o su protección económica. No es un tercero que separa madre e hijo, sino un otro adulto que está a disposición. No una función, sino una presencia que requiere un trabajo emocional. No opuesto a la madre, sino desde sí para el hijo (se esté o no en pareja con la madre). El capital cultural y el nivel educativo son variables decisivas en la producción de este padre, que sigue existiendo luego de divorcio porque ha creado un vínculo directo con hijos y no indirecto o a través de la función. Por ello encontramos este modelo en jóvenes, de estudios superiores,

⁵³ También se puede llamar o se puede encontrar en la literatura como “Padre Igualitario/participativo”.

con trabajos que les permiten tiempo libre, e igualitarios en su relación con las mujeres (Bonino, 2000).

Actualmente se habla del “trabajo paternal”⁵⁴ y esto conlleva según Erikson y De Snarey, Hawkins y Dollahite (s/f citado en Pickard, 1998) a: que los padres realicen sus obligaciones éticas, de tal manera que se resuelvan las necesidades de la generación siguiente, así el padre tendrá un acercamiento orientado a una interacción con sus hijos, con el fin de relacionarse y otorgar lo posible y deseable para sus hijos. En la medida en que los padres se impliquen con sus niños, tendrá repercusión, ya que los hijos de cualquier género verán como su padre comparte responsabilidades parentales y adopta roles igualitarios entre padre y madre, de tal forma que se preverá de un modelo del rol. Un buen trabajo paternal conlleva a no solamente a un buen desarrollo de los niños sino también a un crecimiento emocional y mental del padre, hacia la felicidad y el bienestar, lo que tendrá una consecuencia en el clima familiar (Picckard, 1998).

Por otro lado, Bonino (2000) marca que en la actualidad por las condiciones también se están generando otros perfiles a parte del padre cuidador o padre Igualitario/participativo, y los describe como: los padres reclamantes, que son los padres divorciados, que reclaman la custodia y entran en conflicto con las mujeres en tanto ellos reivindican más derechos cuando ellas les exigen más responsabilidades. También se pueden hallar los padres que reivindican un cambio de roles, los padres que se encuentran en casa todo el tiempo, los que quieren ver reconocido su derecho a reclamar y no ejercer una paternidad que no fue deseada, en casos de embarazo o prosecución del embarazo de la mujer sin su consentimiento y que luego reclama la manutención.

Cambiar la construcción de la paternidad y el rol paternal implica un arduo trabajo de superación de obstáculos y resistencias que se oponen intra e intersubjetivamente al desarrollo de este nuevo rol. Entre éstos se encuentra romper el modelo patriarcal de división sexual del trabajo, que adjudica a los varones el mundo público y a las mujeres el doméstico con la crianza de l@s hij@s incluida. Lo que facilita una socialización y una identidad masculinas que promueven al padre autoridad, el de la ley y el límite, que rechaza lo tradicionalmente adjudicado a las mujeres y por tanto evita la intimidad, la empatía y el pensar en el otro por el otro. Esto a su vez está vinculado a la idealización de la maternidad como destino para las mujeres, naturalizando como instintiva la disposición femenina para el cuidado, lo que lleva a obligar a las mujeres a responsabilizarse en exclusiva de sus hij@s y a considerar al padre como secundario. Sin embargo, a pesar de tener un papel secundario el hombre gana ciertos derechos construidos socialmente como independencia y autonomía, por lo que cambiar estos derechos implica una pérdida de ventajas y de dolorosas vivencias que representa el cambio en la subjetividad. El mercado de trabajo, organizado al modo masculino, es otro importante obstáculo, ya que no permite la flexibilización y la compatibilidad laboral-familiar. En los varones dispuestos al

⁵⁴ *Fatherwork* en inglés.

cambio esto produce una nueva ansiedad que las mujeres conocen bien: cómo resolver el dilema trabajo-familia sin descuidar ninguno de los dos ámbitos (Bonino, 2000).

Para ello los varones tendrán que pensarse seriamente si están dispuestos -y cómo- a construir una paternidad sin patriarcado y un hogar sin cabeza de familia. Y para ello habrá que preguntarles si podrán tolerar ser -ante l@s hij@s- un adulto más, varón, pero no por eso más importante, es decir, un adulto educador/protector/cuidador que sirva de soporte y lanzadera para aquéll@s a quienes ha decidido transmitir la vida. Uno que no dependa de la madre de sus hij@s para ejercer sus funciones y que tenga la capacidad de automodelarse como padre nuevo, ya que sabe que los modelos masculinos para este tipo de paternidad casi no existen. Para promover este crecimiento de estos nuevos padres se requiere intervención en las siguientes áreas según Bonino (2000):

- Generar intervenciones de sensibilización social para propiciar la legitimación en las familias del hecho que cuidar a l@s niñ@s no es de mujeres; que jugar con muñecos no es sólo jugar a la mamá sino también al papá; que empatizar y ocuparse de los demás también puede ser de varones.
- Incorporar en las escuelas estrategias para construir una paternidad responsable, incentivando entre otras cosas que los varones participen en el cuidado de l@s niñ@s menores, y no que l@s coloquen como víctimas de las novatadas y maltratos.
- Legitimar y naturalizar que en los cursos de preparación para el parto exista también la preparación para la paternidad, destruyendo el mito que el hijo reconoce a su padre a los tres meses, y así generar apego temprano al padre.
- Apoyar a los padres con hijos adolescentes.
- Generar espacios de reflexión masculina donde los varones puedan revisar sus comportamientos y metabolizar los cambios.
- Crear en los varones nuevas motivaciones que les ayuden a construir un nuevo deseo de paternidad que jerarquice la vinculación emocional satisfactoria y responsable a lo largo de un ciclo vital completo (lo que las mujeres habitualmente hacen y desean que los varones compartan).
- Trabajo en la construcción de la paternidad responsable: la del varón que adquiere un compromiso emocional y de responsabilidad en el crecimiento con una persona que asume como hij@ por al menos 20 años.

La carencia de una definición clara y constante de la implicación del padre ha sido un obstáculo importante en la investigación del papel paternal. Esta carencia de un consenso en las definiciones usadas se ha convertido en una barrera incluso mayor a la luz de cambiar las expectativas sociales para la paternidad (McBride & Rane, 1998). Por otro lado, hay que considerar que este tema no es neutral, ya que al hablar de mujeres, varones, madres y padres, no pueden dissociarse de una reflexión sobre la propia paternidad y de la propia

vivencia de ser hij@. Por ello, sobre la paternidad es imposible hablar y escuchar si no es desde la propia subjetividad.

4.4 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.

A continuación se presentan tres casos atendidos en mi papel como terapeuta durante la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la UNAM, en donde cabe resaltar que la constante de dichas familias era un “padre ausente”. Posterior a la presentación de los casos se realizará un análisis teórico-metodológico.

4.5 Caso A.

Sede Clínica: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Número de sesiones: 10

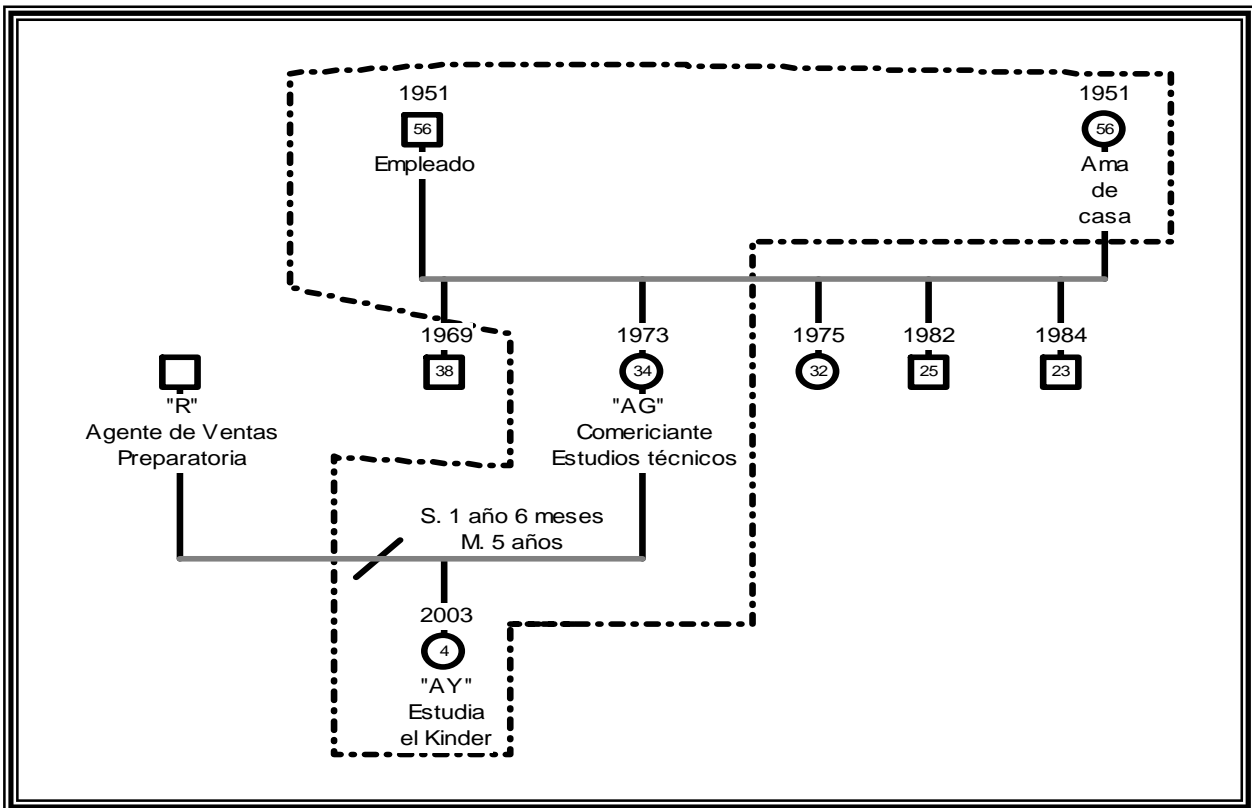
Estado final de la terapia: demanda resuelta.

Terapeuta: David J. Enríquez Negrete.

Supervisores: Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez.

Equipo de supervisión: Jesús Cabrera, Xochitl Gutiérrez, Liliana Reveles, , Rubí Rosales.

4.5.1 Genograma caso A.



4.5.2 Motivo de consulta.

AY se porta muy mal, le grita, le pega y hace enfadar a su mamá, AG no sabe que hacer ni como controlar a su hija, reporta que es una niña rebelde y con problemas de conducta. Por otra parte, dentro de la terapia AG deseó conocerse a si misma para no relacionarse afectivamente con personas como su ex esposo y no afectar a su hija.

4.5.3 Antecedentes caso A.

Una señora de 33 años (AG), llega a sesión marcando que tiene una depresión y problemas con su hija de 3 años (AY). Su hija en la escuela antes era sociable y trabajaba bien, sin embargo, actualmente no quiere acercarse a las personas y le dice de groserías y tiene mal comportamiento en la escuela y en la casa. A AG le duele que su hija le diga groserías o comentarios como “quiero a otra mamá” o “consíguete un papá”. Es difícil que AY se separe de su madre, cuando sale sin ella siempre pregunta a donde fue y que hizo, y la sigue a todos lados.

AG tiene mucho dolor y atribuye su depresión al hecho de que su pareja (el padre de AY [R]) le fue infiel con una amiga suya, a partir de esa situación se separaron, sin embargo, el padre sigue viendo ocasionalmente a AY, le compra cosas y habla mal de AG como madre, la niña reacciona ante esta situación. El padre se juntó con otra persona y tiene dos hijos más. AG define sus encuentros con R como violentos de manera física, verbal y emocional. Cuando hablan por teléfono R chantajea y amenaza a AG con quietarle legalmente a la niña y comprobar que es ineficaz como madre. AG y su Se le atribuye el aprendizaje de groserías a AY por que las escucha del padre.

AY pasó a convertirse en la consejera de su madre, ya que ésta le contaba los problemas que tenia con R y terminó dándole consejos como “que se volviera a casar”, “que lo olvidara completamente” o que “le consiguiera otro papá”, a parte de decirle “no llores”, abrazarla y acariciarla cuando AG llora al recordar los problemas que tenia con R.

AG siempre ha trabajado, sin embargo, tuvo que centrarse más en el trabajo al separarse de R, esto para solventar los gastos suyos y de su hija, sin embargo, le era complicado ya que AY requería tiempo. AG comenzó a trabajar como comerciante, y los abuelos de AY la han apoyado al cuidarla y en lo que se requiere.

Al principio le causo molestia el hecho de educar a su hija sola sin su pareja, sin embargo dice que esto le ayudo a ser mas autoconsciente de su situación. El estilo de AG para educar a su hija es explicándole y dándole motivos para hacer las cosas.

4.5.4 Hipótesis caso A.

La hipótesis de trabajo en un primer momento fue la siguiente: *AG se siente culpable y emocionalmente vinculada a su ex pareja, siente tristeza y coraje, lo que facilita que tenga sentimientos encontrados, y la expresión de éstos los hace con AY, por lo que la niña se encuentra cargada de los sentimientos y problemas de su madre, lo que la lleva a distraerla con su comportamiento, ayudándola a salir de ese estado. AY logra captar la atención de su madre a través de su mal comportamiento, de su conducta huraña en la escuela, del contacto físico y fungiendo como una consejera y una protectora de su madre ante la situación de su ex pareja.*

Esta hipótesis fue en un momento inicial, es decir, desde una hipótesis sincrónica, la puntuación se hace de forma estática, sin embargo, con el trabajo en terapia sistémica, es conveniente trabajar de manera diacrónica según Boscolo y Bertrando (1996); Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1998), en otras palabras, los fenómenos son cambiantes, el sistema está en constante cambio y transformación, por lo que las hipótesis y demandas se deben de ir construyendo y co-construyendo en función del proceso de la terapia, por lo que más adelante se agregaron en el motivo de consulta el trabajo individual por parte de AG. Una vez que el trabajo con AY finalizó, y se pudieron generar cambios en la relación entre ambas y AG pudo controlar a su hija, se hizo evidente desde la posición de cliente y del equipo, la importancia que tenía el trabajo individual con la madre de AY.

Al conectar este motivo de consulta individual con el de AY se modificó la hipótesis, transformándose en un proceso diacrónico y circular, ya que al conectar estos elementos la hipótesis se transformó: *AY tiene mal comportamiento y es rebelde, aconseja a su madre y hace berrinches como una forma de distraer a su madre, ya que en los momentos en que AG llora o se siente mal por su relación de pareja la niña empieza a distraerla con su comportamiento como una forma de equilibrar el sistema para evitar el dolor de su madre, lo que a su vez ha sido reforzado por AG al contarle cosas negativas sobre su padre a AY, lo que a su vez posibilita el incremento del comportamiento rebelde de la niña para distraerla por lo delicado del tema y por otro la inmiscuye en un holón (conyugal) que no le corresponde, trasgrediendo los límites. En los momentos en que R (el padre de AY y ex - pareja de AG) tiene contacto con ellas hay un desequilibrio en el holón parental (AG-AY), ya que los comportamientos de rebeldía de la niña incrementan y la inestabilidad de AG también, lo que intensifica los problemas de conducta de AY y la falta de control de AG. Probablemente haya una triangulación de la pareja hacia AY, ya que la niña repite cosas que el R le dice como “me voy a vivir con mi papá”.*

4.5.5 Objetivos generales de intervención del caso A.

Al modificarse la hipótesis se modificó el motivo de consulta, ya que si AY distraía a su madre con su comportamiento para no sentirse emocionalmente mal, la intervención no solamente tendría que ir dirigida hacia el comportamiento de la niña, ya que se estaría cayendo en una linealidad y se limitaría el campo de acción, sino que se tendría que trabajar:

- Los sentimientos de AG sobre su ex - pareja.
- Límites (involucración de AY en el holón parental).
- Ejercicio del poder ejecutivo a través de la jerarquía.
- Destriangulación entre la pareja hacia la niña.

4.5.6 Modelos de trabajo del caso A.

El modelo con el cual se trabajó en un primer momento fue: Terapia con el Modelo Estructural, y en una segunda faceta de la terapia se utilizó el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

4.5.7 Desarrollo general del caso A.

Después de las primeras seis sesiones AG logró controlar el comportamiento de AY y AY comenzó a cambiar su comportamiento no solo en la escuela, sino también en la casa, favorecidas por la implementación de límites por parte de AG para sacar de la triangulación a AY con su ex - pareja, por lo que a partir de la sexta sesión a la décima se comenzó a trabajar sobre los sentimientos de AG con respecto a R.

4.5.8 Desarrollo cronológico y estrategias de intervención del caso A.

En un primer momento se utilizó el Modelo Estructural para buscar el establecimiento de límites entre holones, con el objetivo de buscar la diferenciación entre las funciones y roles parentales y conyugales con respecto al fraternal e individual de AY. De igual forma se buscaría trabajar con el ejercicio del poder ejecutivo de la jerarquía del holón parental, para finalizar con la disolución del triángulo de AY entre los padres.

A continuación se marcan las estrategias terapéuticas utilizadas y el desarrollo cronológico del proceso terapéutico. Al inicio del proceso se hizo el reencuadre y se jerarquizaron los objetivos de la terapia, en donde AG decidió trabajar con los objetivos familiares y posteriormente con los personales. El desarrollo fue el siguiente:

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>1.- En todo momento se utilizó una posición de coparticipación. Desde el inicio y a lo largo de todo el proceso terapéutico se fomentó el joining cercano con AY ya que se mostraba tímida con el Terapeuta, esto para generar empatía, y con AG para poder validar, ser fuente de incremento en la autoestima y construir empatía.</p>	<p style="text-align: center;">AY</p> <p>a) Preguntar cómo se encuentra. b) Hablar sobre una película que le regaló al terapeuta. c) Jugar un poco con el zapato. d) Sonreírle y verla a los ojos. Felicitarla por su cumpleaños.</p>	<p>I) Incremento en contacto visual y sonrisas con el terapeuta, ya que en un inicio AY no se acercaba, hablaba o interactuaba con el terapeuta. II) Incremento en la frecuencia de la conducta de contestar las preguntas. AY con el tiempo comenzó a sonreír, a mostrarla al terapeuta sus juguetes y trabajos de la escuela e inclusive a platicar con él. III) Incremento en la atención del terapeuta. Con el paso de las sesiones AY ya ponía atención a los comentarios y observaciones del terapeuta inclusive haciendo preguntas.</p>
<p>2.- Participación a través del joining intermedio, es decir, el terapeuta se convirtió en un oyente activo, se utilizó para recolectar datos, es decir, para rastrear. Este tipo de coparticipación se utilizó durante todo el proceso terapéutico.</p>	<p style="text-align: center;">AG</p> <p>e) Hablar sobre las cosas que le inquietan y dándole prioridad. f) Felicitarla por su cumpleaños. g) Validación de la problemática y sufrimiento como persona. h) Felicitación por buscar apoyo y ayuda profesional, y se reencuadra como madre responsable. Para la sesión 6 se felicita a AG por el manejo de AY y por darle su tiempo y espacio para evitar el mal comportamiento de AY.</p>	<p>I) Cumplimiento de tareas. Las tareas finales fueron cruciales en el éxito de la terapia. II) Aceptación de los reencuadres (<i>ver más adelante</i>). III) Aceptación de las confrontaciones como una forma de desequilibrar (<i>ver más adelante</i>). IV) El felicitar a AG por el nuevo manejo de AY se obtiene una nueva experiencia subjetiva, es decir, por el control que al final de la terapia tuvo con su hija, y por medio de los mecanismos de autorregulación del sistema se mantiene esta nueva interacción y el terapeuta felicita a AG para marcar el logro que ha conseguido. Posteriormente se hace foco e intensidad para ampliar y resaltar este cambio.</p>
	<p>a) <i>¿Cómo es para usted el tener que educar a su hija sin tener a su pareja?</i> b) <i>¿Cómo se organiza para poder ir a trabajar sin descuidar a AY?</i> c) <i>¿Qué ha observado que hacen otras mamás para educar a sus hijas?</i> d) <i>¿Cómo es el comportamiento de AY en la actualidad?, ¿y antes?</i> e) Indagar sobre los antecedentes del problema.</p>	<p>I) El comparar comportamientos antes y después permitió puntualizar los cambios. II) La información permitió construir la hipótesis de trabajo que posteriormente se le informó a AG como un reencuadre de su problemática, lo que facilitó mediar su comportamiento para actuar de forma diferente con su hija.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>3.- Coparticipación a través del joining lejano. El terapeuta se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser componente o la esperanza de cambio, o en ocasiones normaliza para disminuir la angustia.</p>	<p>a) Cuando se le pide a AG que trate a AY como una niña de 3 años. b) Normalizar las peleas entre AY y sus primas.</p>	<p>I. Comenzar a establecer límites generacionales entre el holón parental y el fraternal, así como la delimitación de roles y funciones. Al establecer los límites las funciones y roles cambian, de tal forma que AG se comienza a comportar como la madre de AY, y AY como una niña de tres años. II. Reducir angustia al normalizar un supuesto problema de "una hija peleonera".</p>
<p>4.- Reencuadres⁵⁵: el reencuadre se utilizó para apoyar la eficacia de la terapia ante la visión que tenía de ella su ex pareja y de los problemas que marcaban tener, para enfocarlos desde otro punto de vista.</p>	<p>a) Reencuadre de "depresión" a "sensibilidad hacia los problemas" (para AG). b) Reencuadre sobre el mal comportamiento de AY como sensibilidad para percatarse de lo que sucede y actuar de alguna forma. c) Los comentarios de los demás tomadas como verdades absolutas reencuadras a opiniones que son variables. d) Se reencuadra la conducta de la niña de darle consejos a AG como la de un consejo matrimonial o como ponerse el disfraz de asesor matrimonial.</p>	<p>III. Transformar realidades, AG dejó de hablar sobre la depresión y reconoció esa sensibilidad para posteriormente conectarla y utilizarla como recurso en el área de "lados fuertes" familiares o recursos personales desde el Modelo de Soluciones. IV. Permitió comprender que la niña actuaba en función de los problemas que tenía AG, aspecto que facilitó más adelante con la visión de complementariedad. V. Facilitó cuestionar los discursos de su padre en cuanto a que la terapia y sus resultados obtenidos en ella no servían. VI. Facilitó jugar con el lenguaje para construir realidades más manejables para AG, como el "disfraz" que se puede quitar y poner y no es una propiedad inmutable de la persona. Este trabajo se conecta con la de realidades co-construidas en terapia.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>5.- Foco e intensidad: son dos estrategias fundamentales desde el Modelo Estructural que consisten en focalizar un tema de terapia para ir construyendo las intervenciones sobre este eje, y la intensidad va conectada con el foco, y se refiere a la forma de repetir e intensificar el mensaje.</p>	<p>a) En las primeras sesiones el equipo y el terapeuta marcaron una pauta que se presentaba dentro de la sesión: "la madre llora, habla sobre el ex-esposo o se le comienza a quebrar la voz y la niña reacciona rápidamente acariciándola, molestandola o portándose mal para que su madre cambie de tema, se levante o se distraiga". Durante las primeras sesiones se hizo foco sobre dicha pauta.</p> <p>b) Repetir verbalmente esta pauta.</p> <p>c) Señalar la pauta en el momento en el que ocurría en el consultorio.</p> <p>d) Focalizar y resaltar las cualidades de sensibilidad de la niña en cuanto a que ella también se da cuenta de los problemas, ya que a AG le importa mucho el beneficio de cambiar para no afectar a su hija.</p> <p>e) Se hizo foco e intensidad en el hecho de que AY no tuvo mal comportamiento en la sesión y se cuestiona la puntuación.</p> <p>f) Se hizo foco e intensidad en la sensibilidad y la independencia de AY en el consultorio, y en los recursos de AG para enfrentar la situación: autoconciencia, sensibilidad, firmeza, sus valores, constancia y sus ventajas.</p> <p>g) Foco e intensidad sobre el hecho de que AY tiene tres años y sobre como AY seguía comportándose como una adulta y AG como una niña. Se generaron preguntas sobre su edad, sobre quien es la madre, y se hicieron preguntas sobre actividades que le corresponde a AG y sobre la toma de decisiones de una madre.</p> <p>h) Foco e intensidad sobre el hecho de que AY se ha convertido en el terapeuta de AG.</p> <p>i) Se hizo foco e intensidad en cuanto a que ahora en sesión ya le da su tiempo y espacio.</p>	<p>I. Las estrategias generaron que AG aprehendiera el mensaje, lo que facilitó el efecto de otras estrategias.</p> <p>II. Estar consciente de la pauta e iluminarla ella misma cuando se presentaba.</p> <p>III. El tener presente el hecho de que la situación de AG afectaba a su hija facilitó la realización de tareas y el cambio de comportamiento para salvaguardar la integridad de su hija.</p> <p>IV. El marcar y focalizar el buen comportamiento de AY se vincula directamente con el cuestionamiento de la puntuación de AG y de AY como una niña problema, lo que permite de-construir esa realidad.</p> <p>V. El hacer foco e intensidad en los recursos de cada una de ellas facilita resaltar sus recursos y abre la posibilidad de utilizarlos para solucionar su situación, aparte de que se conectan con las intervenciones de "lados fuertes".</p> <p>VI. El intensificar y focalizar el mensaje de "AY tiene 3 años y es una niña", "usted es la madre y no una niña" facilitó posteriormente la creación de límites intergeneracionales y delimitación de roles y funciones en la familia.</p> <p>VII. El intensificar y focalizar el mensaje "AY no es su terapeuta ni consejera matrimonial" facilita la construcción de límites generacionales.</p> <p>VIII. Felicitarla por darle tiempo y espacio a AY permitió darle continuidad a los cambios conseguidos a la mitad del proceso terapéutico.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>6.- Iluminación de pautas e interacciones.</p>	<p>a) Se conecta directamente con el foco y la intensidad, ya que en el momento en que se presentaba la pauta el terapeuta inmediatamente la marcaba para que AG se diera cuenta de la importancia que tenía su comportamiento sobre el de AY y viceversa, se marcaba como la distracción de AY la distraía cuando empezaba a hablar sobre su relación de pareja, lo que permitió a futuro alterar la pauta y dar acceso a la complementariedad.</p> <p>b) El terapeuta marcaba cuando sucedía en sesión la siguiente pauta: AG habla de su ex – pareja y llora, AY la mira atentamente, posteriormente la toca, la acaricia, la abraza y se termina sentando en sus piernas hasta que termina de llorar AG. Otra pauta fue: AG habla, AY hace cosas para que le ponga atención, AY intensifica el comportamiento, AG no la mira ni le pone atención y posteriormente la regaña por el mal comportamiento y AY se calma un poco.</p>	<p>I. Facilita comenzar a trabajar la complementariedad en cuanto a que AG se comenzó a dar cuenta que su comportamiento tenía influencia al de AY, así como sus estados de ánimo.</p> <p>II. Conocer dichas pautas y AG intentó cambiarlas para que no se siguieran repitiendo.</p> <p>III. Al iluminar las pautas se les hizo ver como el comportamiento de AG (hablar sobre su relación de pareja y llorar) afectaba a AY (comportándose mal o llamando su atención, o acercándose para acariciarla) y viceversa, como AY con su comportamiento mantenía distraída a AG para no sentirse mal o pensar en su relación de pareja, lo que abrió la puerta a comenzar a pensar en la circularidad.</p> <p>IV. Posteriormente cuando se comenzó a trabajar con las estrategias de desequilibrio, distancia psicológica y establecimiento de límites, las pautas de interacción entre AG-AY cambiaron, alterándose la secuencia de hechos de la pauta y obteniendo cambios favorables en su relación como el proceso de individuación.</p>
<p>7.- Complementariedad: en esta estrategia se busca que los clientes o familias comiencen a pensar bajo una lógica sistémica y de circularidad, si se logra este objetivo las puntuaciones comienzan a cambiar y las personas se hacen responsables de sus conductas.</p>	<p>a) AG descubrió y posteriormente se le marcó el hecho de que su comportamiento influye en el de AY y viceversa.</p> <p>b) Otro tema importante en el transcurso de la terapia que se trabajó con la complementariedad fue el control de AY por parte de AG, ya que AG al inicio utilizaba palabras como “espero a que AY acceda, quiera, desee, hable con ella, etc.”, es decir, frases que denotaban “esperar a que la niña quiera” dejando a AG en un lugar de no responsabilidad para ejercer su poder ejecutivo dentro del holón parental.</p> <p>c) La idea de complementariedad se comenzó a introducir con la pregunta “¿Qué ha hecho usted para que la niña haya tomado tanto poder?”, pregunta que lleva a pensar en el comportamiento propio en relación con el “otro”. Lo que a su vez posibilitó el cuestionamiento del control lineal.</p> <p>d) Cuando se comenzaron a generar cambios en ella y en AY También se utilizó la complementariedad preguntándole “¿Qué ha hecho usted para conseguir estos cambios?”.</p>	<p>I. Facilitó hacer más consciente el comportamiento de AG así como la importancia que tiene éste en relación con el de AY.</p> <p>II. Cuestionar el rol y función que tenía AG como madre, para facilitar el actuar de manera diferente.</p> <p>III. Sentar las bases para que AG ejerciera su jerarquía y su poder ejecutivo.</p> <p>IV. Se hizo más responsable de su comportamiento.</p> <p>V. Facilitó el empoderar a AG y responsabilizarlas de su comportamiento y sus consecuencias en relación con su hija AY.</p> <p>VI. Tuvo un efecto en la puntuación de AG, lo que facilitó sentar las bases para comenzar a trabajar el cuestionamiento del control lineal.</p> <p>VII. Permite empoderar sobre los cambios obtenidos.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>8.-Cuestionamiento del control lineal: esta estrategia busca cuestionar el modo de ver la realidad de forma lineal, es decir, las personas tienden a pensar de manera lineal porque culturalmente se ha enseñado a las personas a aprender bajo este paradigma, lo que facilita puntuaciones del tipo "me hizo enojar", "la niña no quiere cambiar", etc.</p>	<p>a) Al comenzar a trabajar la complementariedad se comenzó a cuestionar la forma en que AG puntuaba los hechos, es decir, de que la que tenía que cambiar era AG, ya que al comenzar a iluminar las pautas, a pensar de manera complementaria descubrió como su comportamiento estaba conectado con el de su hija, lo que facilitó cuestionar esa pasividad que AG había tomado para no ejercer su poder ejecutivo; por lo que el trabajo a partir de aquí se centró en transmitir el mensaje "ejerce el poder ejecutivo" y conectarlo con los límites y la importancia de que AG cambiara su forma de relación con la niña, por lo que se optó por desequilibrar a AG como una estrategia acompañada de otras para que pudiese aprehender dicho mensaje.</p> <p>b) El terapeuta intervino con esta estrategia marcándole a AY: "¿yo no sé cómo te las has arreglado para poder obtener el control sobre tú mamá? Y es lo que haces en tú juego, invertir los papeles, tú comportarte como la madre y ella como la niña.</p> <p>c) Se le preguntó a AG "¿qué ha hecho usted para otorgarle tanto poder a AY?" (que se conecta directamente con la complementariedad, el desequilibrio e inclusive con el cuestionamiento del sintoma).</p>	<p>I. Permitió cuestionar la puntuación de AG sobre el problema, facilitando cuestionar el sintoma y al paciente identificado.</p> <p>II. Permitió identificar las cosas que AG hacía para otorgarle el poder ejecutivo a AY, tales como: decirle o hablarle de cosas que no debe ni le corresponden saber.</p> <p>III. Comenzó a abrir la posibilidad de desequilibrar para comenzar a trabajar sobre la jerarquía.</p> <p>IV. Permitió confrontar, facilitando por un buen joining cercano, de tal forma que permitió tener una puntuación diferente.</p> <p>V. Abrió la posibilidad de comenzar a trabajar sobre el tema de los límites generacionales</p>
<p>9.-Desequilibramiento: esta estrategia consiste en aprovechar la jerarquía del terapeuta para introducir una crisis.</p>	<p>a) En este caso el tema a trabajar fue "el poder ejecutivo de madre hacia la hija".</p> <p>b) El desequilibrio estuvo acompañado de otras estrategias como: metáfora, metáfora espacial, distancia psicológica, manejo de límites y modelación.</p> <p>c) Se comenzó a marcar la distinción de lo que hace un adulto y una niña de tres años (haciendo foco e intensidad en las funciones y actividades).</p> <p>d) Se marcó y se trabajó sobre cuando AY no quería ir a dormir y hacia lo que quería pasando por alto las ordenes de AG y sobre la forma de tratar como un adulto a una niña de tres años.</p> <p>e) Otra forma de desequilibrar fue con comentarios como: "imagine que haría una niña con tanto poder y cargando cosas tan fuertes, tanto peso, me parece que no sería tan sencillo saber cómo comportarse con todo esto encima, y bueno, va a perderse de muchas cosas en su vida por vivir como un adulto, entonces la idea es no esperar a que la niña coopere, sino más bien me parece que tendría que ayudarla a vivir todo lo que le falta como niña de tres años, porque a la mejor la niña no tiene la misma idea de cooperar que usted, porque a la mejor a esa edad no tiene todavía los elementos necesarios para hacer esa conceptualización".</p> <p>f) El trabajar con AY como una asesora matrimonial y la influencia que podría tener en las decisiones de AG.</p>	<p>I. El trabajar sobre el poder ejecutivo facilitó que AG lo ejerciera dentro de su holón y función.</p> <p>II. Favoreció comportarse de otra forma diferente, facilitando tener una experiencia subjetiva diferente para dar continuidad a ese nuevo repertorio de comportamiento.</p> <p>III. Cuando logró cambiar su forma de comportarse y tener control sobre AY, AG comenzó a ejercer ese poder ejecutivo y esto facilitó el trazado de límites.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>10.- Escenificación: es una técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así se construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. El terapeuta puede intervenir para aumentar la intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción.</p>	<p>a) Se sienta a la madre en el piso y se le pide a AY que ordene desde su trono porque AG la va a obedecer (desequilibrio, distancia psicológica, metáfora espacial).</p> <p>b) Se para a AY y AG y se marca que en ocasiones AY cree más que AG y se comienza a hacer foco sobre el hecho de que es una niña y AG su madre que es un adulto. Se marca el hecho de que AG es la madre y AY la hija y sobre el poder ejecutivo para que AY haga las cosas y deje de hacer berrinches.</p> <p>c) Se levanta a la niña en la silla y AY no quería y el terapeuta aprovechó esto para pedirle a AG que la parara como una forma de ejercer su jerarquía y se exploraron las posibles situaciones similares que se podrían presentar en casa y en donde AG tendría que ejercer su jerarquía.</p> <p>d) Dentro de la escenificación el terapeuta modelo la conducta a AG con respecto a AY. Esto fue complementado con el desequilibrio y manejo de límites. El terapeuta le ponía atención a AY y regresaba a ponerle atención a AG, le daba la importancia cuando quería algo, le prestaba atención antes de que la niña lo requiriera, aspectos que AG normalmente no hacía, por lo que al comenzar a ver al terapeuta y los efectos de su comportamiento lo conectó y reforzó con lo que en hasta ese momento había trabajado en la sesión terapéutica de complementariedad.</p>	<p>I. Esta estrategia se vinculó con el desequilibrio y con el manejo de la distancia psicológica para trazar límites generacionales y delimitar el poder ejecutivo.</p> <p>II. Facilitó delimitar los roles de madre-hija.</p> <p>III. Se obtuvieron cambios en cuanto que AG logró cambiar la forma de relacionarse con su hija, ya que dejó de esperar a que ella hiciera las cosas y a dejar de darle razones, sino que ahora complementó su relación de una forma jerárquica, en donde ordenaba a su hija para que hiciera las cosas.</p> <p>IV. A partir de estas intervenciones AG se comenzó a sentir más segura del manejo de AY, y AY comenzó a dejar de portarse mal y a hacer berrinches.</p>
<p>11.- Uso de Metáfora³⁶</p>	<p>a) La metáfora consiste en poner a la niña como reina, atribuyéndosele todas las características de esa persona, así como otorgarle el papel de consejera y mujer de 33 años.</p>	<p>I. La metáfora permitió condensar varias características del problema en un rol, lo que facilita cuestionar los límites y roles en función de ese papel atribuido como metáfora.</p>
<p>12.- Trabajo con el establecimiento de límites y de la distancia psicológica: regula la permeabilidad de las fronteras que separan los holones entre sí, esto se hace acercando o distanciando a los miembros de la familia para trazar límites.</p>	<p>a) Al trabajar con las estrategias de desequilibrio se incrementó el estrés en la diada, inclusive AG lloró al ver a su hija más arriba que ella y sentirse desesperada de no saber cómo ejercer su poder ejecutivo y tratar a su hija como una niña, y al utilizar la escenificación se incrementa el tiempo y la distancia psicológica que hay entre ambas, facilitando un desequilibrio que pudiera posibilitar un cambio en la estructura familiar.</p> <p>b) Se hacía énfasis dentro de la sesión en que había temas que AY no debía saber porque no le correspondía, y el terapeuta comentaba que en sesiones en donde no estuviese AY lo trabajarían.</p> <p>c) El terapeuta marcó ejemplos y cosas que les corresponden a los adultos y a los niños.</p> <p>d) Se exploró la posibilidad de actividades para AY en donde no estuviera AG para facilitar el proceso de individuación y la implementación de límites claros.</p>	<p>I. Al comenzar a trazar límites AY comenzó a comportarse diferente en la escuela, hablaba más y trabaja mejor, y los hermanos de AG le habían comentado que veían diferente a AY, con mejor comportamiento y más tranquila.</p> <p>II. AG dejó de hablarle de sus problemas personales y de hablar mal de su padre.</p> <p>III. La comenzó a tratar como una niña y no como adulta.</p> <p>IV. No le permitió que le diera consejos o le hiciera comentarios sobre sus problemas matrimoniales.</p> <p>V. Estos cambios tuvieron repercusiones en cuanto a la relación que tenía su padre con AY, ya que ahora por más que el padre la trataba de triangular hablando mal de su madre (AG) AY no cambiaba su comportamiento con ella como había sucedido en el pasado, esto facilitó que su padre fuera perdiendo el interés en ver a AY. Esto a su vez facilitó la disolución del triángulo de la niña para comenzar a trabajar directamente la problemática de pareja.</p> <p>VI. AY comenzó a separarse poco a poco de AG sin hacer berrinches.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>13.- Trabajo con construcciones familiares: la familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos. Había otras maneras de percibir la realidad, pero las familias escogen un esquema explicativo preferencial. Este puede y debe ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia modalidades nuevas de interacción.</p>	<p>a) Se exploraron y trabajaron con construcciones de la realidad familiar como: que el padre de AG (vive con sus padres) considera que la terapia no sirve, y ha hecho comentarios que desaniman a AG, sin embargo, la concepción es diferente para su madre y para AG, ya que han visto resultados (se reencuadró la visión del padre sobre la terapia y se contrapuso contra los resultados obtenidos en la terapia para cuestionar la puntuación).</p> <p>b) Se trabajó con la visión de AG en cuanto a que AY no creciera con una pareja de padres junta sino separada, y sobre la culpa que tenía sobre este aspecto.</p> <p>c) Comenzó a hablar sobre algunos problemas de AY en cuanto a que no quiere hacer ciertas cosas solas, solamente las hace cuando está AG, la niña tiende a hacer berrinches. Se cuestiona las consecuencias de que AY haga esas cosas solas (desafío y cuestionamiento de la realidad).</p> <p>d) Se confronta sobre quién tiene las riendas de la relación (cuestionamiento de la realidad).</p> <p>e) Otra construcción familiar que se exploró fue "una madre soltera", concepción que AG tiene como de personas fuertes y responsables que a base de fuerza y de ganas salen adelante, aspecto que se vinculó con lados fuertes para darle continuidad al trabajo y empoderarla en el futuro para finalizar conectándola con sus recursos, aspecto que dio pie al trabajo individual en relación con su ex - pareja y dio pauta al trabajo del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.</p>	<p>I. El cuestionar la realidad familiar permitió de-construir la puntuación. II. Se disminuyó la culpa en cuanto a que AY no creciera teniendo a lado a su padre. III. Se reforzaron los efectos de los cambios y de la eficacia de terapia para afianzar los cambios. IV. El cuestionar la realidad también funcionó para vincularlo con el desequilibrio y la complementariedad. V. Facilitó el que AG tomara acciones para ejercer su poder ejecutivo con AY.</p>
<p>14.- Lados fuertes: se busca resaltar elementos que si se les comprende y se los utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros.</p>	<p>a) A lo largo del proceso terapéutico se hizo énfasis en los recursos y lados fuertes que AG tenía, los que veía ella y los que el terapeuta le resaltó, entre ellos se encuentran: autoconciencia, sensibilidad, firmeza, sus valores, constancia y sus ventajas. En el caso de AY se marcaron: sensibilidad, responsabilidad y autonomía para hacer las cosas.</p>	<p>I. Sirvió para empoderar a AG y darle continuidad a los cambios logrados. II. Se sintió más segura en lo que hacía. III. Comenzó a darse cuenta de que tenía las herramientas necesarias para salir adelante y resolver su problema. IV. Sirvió para empoderar a AG y darle continuidad a los cambios logrados.</p>

De la sesión 1 a la 7 se trabajó con el Modelo Estructural, sin embargo, una vez que se comenzaron a acentuar los cambios se trabajaron algunas estrategias de intervención basadas en el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Cada vez que AG lograba un cambio, éste se ampliaba y se le empoderaba. Las preguntas para ampliar el cambio eran “¿quién más se dio cuenta de...?”, “¿Qué le dijeron de...?”, “¿Qué cree que piensen?” solo por mencionar algunas. Para el empoderamiento se le marcaba la importancia que tenían sus acciones para haber generado el cambio, esto se logró con preguntas como “¿Qué hizo usted para lograrlo?”. Estas estrategias se utilizaron para hacer comparaciones entre los cambios del pasado y del presente, se le proyectó a AG hacia el futuro y se hizo la recapitulación de los hechos y de los cambios y beneficios. Sin embargo estas preguntas de dicho modelo se ocuparon al cierre y resolución de la primera problemática que era obtener control sobre AY, fijar límites, ejercer el poder ejecutivo y la destriangulación de la niña. Posteriormente se procedió a trabajar la demanda individual de AG, por lo que de la sesión 8 a la 10 se trabajó con el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>15.- Cambiar la forma de ver la situación perciba como problemática: se trabaja con la realidad de segundo orden, otorgando una visión diferente del problema y se estimula potencialidades del cliente así como recursos no utilizados.</p>	<p>a) AG logró identificar una pauta, un círculo vicioso que le sucede con su pareja, en donde se pelean, ella llora y se siente muy mal y luego le habla por teléfono a R para pedirle perdón y se arreglan las cosas. Comienza a quejarse sobre ese círculo vicioso y el terapeuta marca que lo importante de esto es que ella ya se dio cuenta de la situación que es un primer paso y pregunta por la solución para no caer en lo mismo. Esto lleva a obtener un recurso que es la auto-reflexión, y posteriormente se exploró como usar esta auto-reflexión para romper con ese círculo. Esta estrategia posteriormente se conectó con la búsqueda de excepciones, es decir, en las situaciones en las que AG había podido</p>	<p>Cambios o beneficios</p> <p>I. El hecho de haber planteado la pauta como problema y convertirla en información para buscar una solución, permitió tener una puntuación diferente de la situación. A partir de este momento se tuvo presente la pauta para poder trabajar con ésta.</p> <p>II. El tener esta información más adelante permitió identificar en que momentos no se presenta esta pauta y qué hacer para alterar la secuencia de la pauta.</p> <p>III. Se encontraron recursos como la auto-reflexión y la intuición aparte de que se conectaron con los otros recursos personales ya marcado en la primera fase de</p>
<p>16.-Reencuadre: cambio en la puntuación.</p>	<p>a) El terapeuta reencuadra la falta de interés y la decisión de R de no venir a T y abandonar el proceso después de una sesión como <i>"que no era su momento de cambiar"</i>, aspecto vinculado con un mensaje del equipo, marcándoles a ambos que <i>"tal vez por algún motivo no estaban listos ni era su momento del cambio, pero que eso no se sabría hasta ver/los resultados"</i>. AG comentaba que sabía que no volvería, y al explorar el "porque" de ese comentario habló sobre su intuición, posteriormente ese recurso se conectó con el hecho de cómo utilizarlo para salir adelante.</p> <p>b) Se reencuadro una pela con su ex - pareja en donde se quiso triangular a AY, en donde AG le puso límites a R para que no le dijera cosas falsas sobre ella, esta situación se validó y reencuadro como una madre amorosa y preocupada por su hija al poner límites.</p>	<p>I. El hablar del "no momento de cambio de R" disminuye la culpa de AG, ya que la responsabilidad se centra en R y no en AG que cumple con el trabajo personal en terapia.</p> <p>II. Esto también permitió obtener información sobre el recurso de la intuición y como utilizarlo para su beneficio en el futuro.</p> <p>III. Se le marcó el papel de madre amorosa para dar continuidad con los cambios conseguidos en la primera fase de la terapia, en donde se le felicita por el echo de haber puesto límites ante su pareja para no caer nuevamente en la triangulación con AY.</p>
<p>17.-Evocar recursos personales: Se rescatan los recursos personales del cliente y se fomentan para llevar cambios en sus acciones o puntos de vista</p>	<p>a) Entre los recursos con los que contaba se encontraban la auto-reflexión, la intuición. Posteriormente se le conectó con otras herramientas descubiertas en la primera parte de la terapia con los lados fuertes, entre los cuales se encontraban: autoconciencia, sensibilidad, firmeza, sus valores y constancia.</p>	<p>I. Permitió marcar y tener presente sus recursos para conectarla con la forma en que puede utilizarlos.</p> <p>II. Comenzó a confiar en su intuición.</p> <p>III. Facilitó la seguridad en lo que hace.</p> <p>IV. Facilitó el que diera seguimiento y fuera constante con las tareas y mantuviera los cambios.</p> <p>V. Estos recursos se conectaron con el empoderamiento y descubrió de que es capaz de hacer las cosas y que tiene recursos.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>18.- Validación: hacer que el cliente sepa que sus experiencias y sus puntos de vista son válidos y apreciados.</p>	<p>a) Había ocasiones en las que el terapeuta deseaba intervenir y AG lo interrumpía para comentar algo de trascendencia para ella, por lo que el terapeuta aceptaba el timing de AG, la escuchaba y se le validaba, por ejemplo, relató una ocasión en la que R quiso hablarle a AY sobre una pareja hipotética de AG, por lo que ella le marcó a R sobre esta mentira, y le marcó el hecho de que eran cosas de adultos que no le correspondían a AY. Se le validó la experiencia tan desagradable, y se reencuadró como una madre amorosa y preocupada por su hija al poner límites.</p> <p>b) AG expresa que AY (después de que R vino a una sesión de terapia y luego la abandonó) se comenzó a comportar de la misma forma que antes y está preocupada porque consideró que tal vez su trabajo se había venido abajo, en este sentido se le validó lo difícil de la situación para posteriormente conectarla con sus recursos y plantear la pregunta “¿y ahora que ya sabe esto que va a hacer para seguir adelante?”.</p>	<p>I. Permitió darle continuidad a la empatía que se había construido con AG.</p> <p>II. Facilitó el que AG se haya sentido escuchada y que se hayan tomado en cuenta sus puntos de vista.</p> <p>III. Se propició que AG sintiera que es posible expresar, pensar o actuar en el contexto terapéutico.</p> <p>IV. Genera un contexto de</p>
<p>19.- Disolver el lenguaje de imposibilidad: algunas personas cuando llegan a terapia tienden a centrarse en el problema, a no ver soluciones o a creer que resolver su problema es imposible y utilizan un lenguaje que no favorece la solución ni el cambio, por lo que esta estrategia centra al cliente en la posibilidad a futuro.</p>	<p>a) AG comenta que no sabe cómo utilizar sus recursos y comienza a enlistar sus problemas, el terapeuta aprovecha para marcarle: “entonces todavía no has sabido cómo usar estos recursos...”.</p> <p>b) Cuando se trabajo con el horizonte temporal a futuro AG marcaba que había escrito cosas referentes al futuro y sus metas (como una tarea) que sabía que no eran posibles y el terapeuta marcó que “aun no eran posibles”.</p>	<p>I. A partir del trabajo con el lenguaje permitió abrir posibilidades a futuro, tal como se marcó en el ritual, las metas a futuro AG consideraba que tal vez no pasaría, sin embargo, el terapeuta en la última sesión marcó como esas cosas ya están sucediendo.</p>
<p>20.- Buscar excepciones: el trabajo con excepciones sirve para encontrar situaciones en las cuales el problema no se presenta, para aprender que es lo que hace la persona para resolverlo, se obtienen recursos del cliente, y se puede saber sobre los intentos de solución que no han funcionado para no incurrir en ellos.</p>	<p>a) El terapeuta le pregunta a AG sobre alguna situación en la cual ha podido romper el círculo vicioso con R, y AG encontró la excepción marcando que lo logró cuando comenzó a asistir a la clínica a terapia, al preguntar por lo que había sido diferente en esa situación AG marcó que había cortado la comunicación con él, no abogaba por él y no acordarse de R y mantenerse ocupada. Posteriormente se amplió el cambio.</p>	<p>I. AG descubrió que el problema no siempre se había presentado.</p> <p>II. Permitted empoderarla cuando descubrió que si había hecho cosas para no permitir que el círculo vicioso continuara.</p> <p>III. Permitted marcar algunas soluciones o elementos que forman parte de la solución para no caer en la misma pauta.</p> <p>IV. Permitted conectarse con sus</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>21.- Ampliar el cambio: el terapeuta marca esas situaciones en las que no se presentó el problema y a través de preguntas las marca y se encamina a ampliar los cambios, a hacerlos más evidentes y a que otras personas se den cuenta de éste.</p>	<p>a) A lo largo del proceso terapéutico se estuvieron ampliando los cambios, desde los conseguidos con AY hasta los personales. b) Cuando AG logró encontrar la excepción en la cual lograba romper el círculo vicioso con R, y logró identificar lo que era diferente, el terapeuta amplió el cambio con preguntas como: ¿quién se dio cuenta de sus amigos o familias de que logró mantenerse sin esta situación? y ¿quién más lo noto, el hecho de que pudo mantenerse al margen? c) Después de vacaciones el terapeuta resumió el proceso terapéutico, y número los cambios e hizo resumen sobre lo que había obtenido, desde el trabajo con AY hasta sus logros personales.</p>	<p>I. Permito magnificar los cambios. II. Permitió resaltar los cambios y ampliarlos hacia otras esferas de su vida. III. Permitió mantener los cambios a través de que los otros le mostrarán las diferencias que había conseguido. IV. El ampliar los cambios permitió conectarla con el empoderamiento de cómo es que lo había conseguido.</p>
<p>22.- Empoderar: se tiene que empoderar al cliente para hacerlo consciente de sus propios cambios y de él/ella son quienes los han conseguido, esto para no fomentar la dependencia a la terapia o al terapeuta, ya que en la vida cotidiana el terapeuta no estará con el cliente, por lo que debe de crearse el control de los cambios que ha logrado.</p>	<p>a) Se le preguntó cómo le había hecho para romper el círculo vicioso con R. b) Después del ritual casi al cierre del proceso terapéutico y de los resultados obtenidos y los aprendizajes descubiertos se le preguntó: "¿cómo le hiciste para revalorarte? y ¿Qué tendría que pasar para que te desvalorizaras?". AG contestó que fue el escribir y rescatar cosas emotivas, eventos y ponerlos en la balanza y ver que había también muchas cosas buenas y no solamente malas y decidió que las cosas malas es algo que ya no quiere para ella. c) Después de la tarea del ritual y del trabajo con el horizonte temporal, el terapeuta marcó que muchas de esas cosas ya las ha comenzado a hacer, como la seguridad personal, la revaloración, la atención para AY, puso límites con R, se comenzó a amar y respetar y se le marcó que también tenía objetivos materiales como el coche y la casa que son objetivos más a largo plazo, y se centró en el futuro que ya se comenzaba a cumplir.</p>	<p>I. Encontró una forma de romper la pauta, entre las posibilidades se encontraban: romper la comunicación con R, no abogar por él y no acordarse de R y mantenerse ocupada. II. La tarea en forma de ritual sirvió para descubrir y revalorar su vida, se le atribuyeron estos descubrimientos y cambios que había logrado. III. Marcó que es lo que no debe de hacer para no caer en el mismo problema: caer en su juego, volver a creer en él.</p>
<p>23.- Preguntas presuposicionales: estas preguntas se utilizan a lo largo de toda la terapia, sin embargo se suele preguntar por cambios o cosas diferentes dando por un hecho el cambio.</p>	<p>a) Regresando de vacaciones el terapeuta generó la siguiente pregunta: "¿qué cosas buenas sucedieron en vacaciones?", y AG comenzó a hablar sobre su excelente situación el trabajo y sobre el hecho de que ha logrado balancear la relación con AY a pesar de la recaída que tuvo con ella. b) Después de realizar un ritual se le preguntó "¿Qué otras cosas aprendiste y no escribiste en la hoja?". c) "¿Qué cosas aprendiste del pasado?".</p>	<p>I. A partir de la pregunta presuposicional de los cambios que no había escrito en la tarea (ritual) AG logró identificar dos cambios importantes como revalorar su pasado para rescatar lo positivo y el hacer las cosas en el momento. II. AG comenta que del pasado y después de la tarea aprendió a revalorarse por todas las situaciones que había pasado, se revaloró como mujer, como persona, se puso límites, ya no desea pasar lo mismo, actuar para que las cosas no sigan creciendo por ejemplo con su ex pareja.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>24.- Tarea enfocada al trabajo con el horizonte temporal: pasado, presente y futuro⁵⁷.</p>	<p>a) Se le pidió a AG comprar una libreta del color que le gustara, posteriormente la dividiría en tres partes: a) en la primera semana y en la primera parte escribiría, lo que R le había hecho, escribir sobre sus sentimientos y todas las cosas del pasado que la lastimaron, b) en la segunda semana y en la segunda parte de la libreta escribiría como le hubiera gustado que las cosas hubieran sido, tratando de ser lo más detallado posible, c) en la tercera parte, antes de hacerla se requería tener una foto de ella, posteriormente buscaría un lugar donde pudiera estar sola, una vez en ese lugar rompería la foto y luego la volvería a pegar y atrás escribiría lo que pensó en ese momento. Esto se tendría que hacer en año nuevo, posteriormente podría pasar a escribir la tercera parte de la libreta que consistió en escribir los planes a futuro, así como todo lo positivo que ha logrado y que le había sucedido. Se le marco que nadie más debía de tener acceso a esta libreta.</p> <p>b) Durante la sesión se retomó la tarea, se leyeron algunos pasajes de la libreta y se enfocaron a las soluciones y recursos personales para seguir adelante.</p>	<p>I. Con respecto a la libreta logró: II. AG comentó que después de la tarea se sintió muy segura. III. Dejó de tener miedo. IV. Se siente fuerte cuando ve a su ex - pareja. V. Puede recordar a su ex – pareja sin que le duela. VI. Puede hablar con su ex – pareja y le ha podido decir todos los cambios que ha logrado. VII. Aprendió que tenía que aprovechar el tiempo y a hacer las cosas en el momento. VIII. Descubrió que son más las cosas negativas que ha vivido que las positivas y eso no le gustó, a partir de esta reflexión comenzó a ver más cosas positivas en su pasado que no había visto. IX. Con respecto al apartado de la foto: X. AG descubrió que tenía sabiduría. XI. AG descubrió que no era perfecta. XII. Descubrió que lo que había hecho o había realizado lo mejor posible. XIII. Aprendió a respetarse a ella y a su cuerpo. XIV. Marcó que en la foto había dejado todo el daño emocional. XV. Ganó autoconocimiento y valoración personal. XVI. Aprendió que tenía que aprovechar el tiempo y a hacer las cosas en el momento. XVII. Descubrió que son más las cosas negativas que ha vivido que las positivas y eso no le gustó, a partir de esta reflexión comenzó a ver más cosas positivas en su pasado que no había visto. XVIII. AG aprendió a vivir con lo que tiene y revaloró a su familia. XIX. Entre las metas a futura se planteó: tener casa propia, continuar revalorándose, tener automóvil, dedicar más tiempo a AY, superación académica, seguridad personal, respetarse y amarse, no olvidar sus límites y cambiar de trabajo.</p>
<p>25.- Preguntas de escala: estas preguntas están enfocadas a medir la percepción de los cambios y metas del cliente.</p>	<p>a) En la penúltima sesión el terapeuta preguntó a AG una pregunta de escala referente a como se sentía cuando llegó a terapia y por como se sentía actualmente, en donde 0 es "mal", y 10 es excelentemente, AG marca que cuando se inicio el proceso se encontraba en 0, ahora se encuentra en 8, y quisiera llegar al 10. Se resumió lo que lleva hecho y lo que tiene que seguir haciendo para llegar a 10.</p>	<p>I. Permitió hacer comparación entre el inicio de la terapia con problemas y en la actualidad sin problemas. II. Permitió marcar el pasado y el presente en el horizonte temporal, aspecto que se vinculó con el futuro y sus metas. III. AG pudo darse cuenta de sus avances y cambios.</p>

A lo largo de la terapia se utilizaron estrategias terapéuticas que no corresponden a un modelo en específico, sino a herramientas de corte epistemológico que facilitan el trabajo con la comunicación y con la familia, como es el caso de la metacomunicación, por ejemplo, cuando a AG se planteó la posibilidad de que AY con su comportamiento estuviera comunicando algo⁵⁸, o en la sesión donde asistió R el terapeuta marcó lo que observaba en cuanto al aspecto de relación y analógico del comportamiento de ambos. De igual forma se utilizó la doble descripción, que consiste en unir todas las versiones sobre un hecho de tal manera que se puedan ir conectando elementos entre las historias para tener diversas puntuaciones y el terapeuta pueda tener elementos para construir una puntuación conectando todos los elementos.. Es una herramienta antropológica, y se utilizó por ejemplo cuando se les pregunto tanto a AG como a R por los motivos de estar en sesión, por como vivieron la separación, por los objetivos que querían alcanzar, etc. de tal manera que el terapeuta puede co-construir una nueva versión a partir de dos puntuaciones diferentes. Después de 10 sesiones de trabajo se resolvió la demanda familiar e individual de AG.

4.5.9 Pronóstico del caso A.

Al finalizar el caso AG se encontraba empoderada y segura de que tenía las herramientas personales y la capacidad para controlar a su hija y desvincularse emocionalmente de su ex - pareja. Tenía proyectos a futuro como buscar otro trabajo y sacar adelante a su hija para darle lo mejor de sí. AG tiene una red de apoyo importante que es su familia extensa, factor que puede utilizar más adelante si se requiere. El pronóstico en este caso A es favorable en la medida en que AG pudo tener una experiencia subjetiva diferente al cambiar su relación con su hija y con su ex – pareja, de tal forma que eso facilitó tener resultados diferentes y otros repertorios para comportarse diferente y con buenos resultados. Durante las sesiones aprendió la mejor forma de tratar a su hija y de ejercer su jerarquía como madre y a rescatar su individualidad y recursos personales para valorarse como persona.

4.6 Caso B.

Sede Clínica: Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.

Número de sesiones: 7

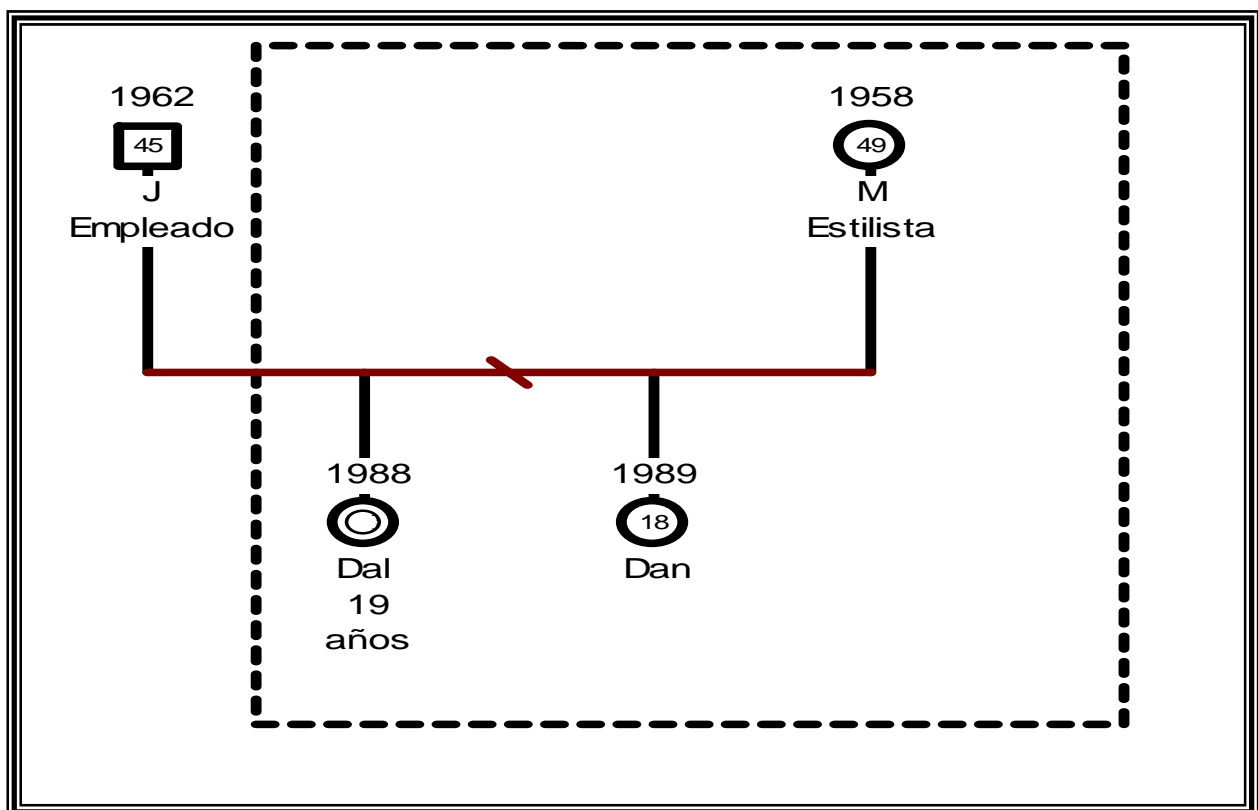
Estado final de la terapia: demanda resuelta.

Terapeuta: David J. Enríquez Negrete.

Supervisores: Mtra. Carolina Rodríguez.

Equipo de supervisión: Jesús Cabrera, Xochitl Gutiérrez, Liliana Reveles, , Rubí Rosales.

4.6.1 Genograma caso B.



4.6.2 Motivo de consulta.

Dal de 19 años tiene problemas cuando se enoja, ya que cuando se molesta, trata de chantajear y amenaza con quitarse la vida cortándose las venas, con irse de casa y su madre (Ma) tiene miedo a que un día se quite la vida.

4.6.3 Antecedentes caso B.

M comenzó a trabajar para poder sustentar a su familia, ya que hace unos años su esposo se cayó de un edificio de diez pisos, golpeándose en la cabeza y quedando incapacitado durante mucho tiempo. En ese periodo M no se podía hacer cargo de su marido y sus hijas porque tenía que trabajar todo el día, por lo que optó por dejarlas en casa de las hermanas de su marido y éste en casa, solo. Con el tiempo decidió M dejar a sus hijas al cuidado de su padre en casa, sin embargo, un día, cuando regresó del trabajo Dal le comentó a M que su papá quería verla desnuda y tocarla, por lo que M pidió consejo a su suegra y ésta le aconsejó que lo corriera de casa; acción que M llevó a cabo, mandándolo a vivir a otro departamento que tienen en Ecatepec. A partir de este evento Dal tiene mucho coraje ante su padre.

Durante su matrimonio se presentó violencia física, verbal y emocional, M y su marido tenían disputa a golpes, rompían los objetos que se encontraban en la casa e inclusive los aventaban, se gritaban e inclusive llegaron a amenazarse con cuchillos.

Antes de tener problemas con Dal, M tuvo problemas con Dan, ya que ésta se quejaba de que no le hacía caso y toda la atención era para Dal. Ante estos problemas M las mandó con su abuela, pero era tan rígida que al poco tiempo regresaron a casa y con Dan dejó de tener problemas, sin embargo comenzaron los disturbios con Dal.

Dal hace unos años comenzó a tener muchos problemas con su hermana Dan, al grado de golpearse severamente y gritarse, Dal amenazaba con irse de la casa, por lo que M optó por llevarla con sus tías, pero después de un tiempo ya no deseaba regresar a casa con ella, por lo que M le rogaba que volviera. Dos años atrás Dal comenzó a presentar problemas de conducta, ya que conoció a un chico con el que empezó a salir y se terminó saliendo de su casa con él, lo que ocasionó muchos problemas en casa y por otro lado tuvo un intento de suicidio al tomarse 23 aspirinas. A partir de este evento comenzó a descuidar su apariencia física. A su novio lo conoció por una amiga, la cual no le gusta a M, ya que a partir de que se comenzó a juntar con esta chica y con su novio Dal comenzó a cambiar para mal, es decir, con conducta rebelde. A partir de este evento Dal comenzó a decirle a M que no era su madre, se comenzó a cortar con una navaja la piel y comenzó a amenazar con quitarse la vida coartándose las venas.

M a pesar de que no quiere al novio de Dal, le ayudó a conseguir un cuarto para rentar cerca de su casa, y le prestó dinero para que pudiera pagar la renta, sin embargo, un día encontró una fiesta en el cuarto con personas vestidas de negro, tomando y fumando, y Dal se había peleado con su novio y al meterse M el muchacho le gritó y dijo que no le pagaría nada del dinero que le prestó. M esta inconforme con la actitud de este muchacho, ya que considera que es un peligro,

considerando que estuvo en la cárcel acusado de violación, y Dal mantuvo su relación aún estando él en el reclusorio hasta que pudo conseguir su libertad.

A partir de estas situaciones Dan reclama atención, se pelea y compara constante con Dal, le reclama que por su culpa no tiene un padre y una familia feliz como todas las demás, reclama que nunca recibió abrazos, regalos o besos de su padre por culpa de Dal, y Dal comenzó a hacerse cada más rebelde, a confrontar e inclusive pelearse a golpes con su madre y retar y violar los mandatos que M ponía en casa. Para solucionar el problema de que a M le hicieran caso sus hijas ella intentó hablarles y darles razones. En esa familia no había consecuencias si se quebrantaba una regla.

4.6.4 Hipótesis caso B.

La hipótesis de trabajo en un primer momento fue la siguiente: *el sistema tiene límites difusos entre el holón parental y fraternal, lo que permite que Dal haga las cosas sin obtener consecuencias, ya que su madre la apoya o salva de cualquier circunstancia evitando la consecuencias, remarcando, fortaleciendo y facilitando que la madre se haga responsable por las cosas que hace Dal, haciendo evidente una no-diferenciación entre madre-hija, coadyuvando a una falta de jerarquía por parte de la madre al no establecer límites.*

Esta hipótesis fue en un momento inicial, sin embargo a lo largo del proceso terapéutico se fue obteniendo mayor información para ir complementando y deconstruyendo la hipótesis inicial, ya que en la terapia sistémica es crucial pensar de forma cibernética (Kenney, 1991), por lo que hay conceptualizar los fenómenos de manera dinámica y en términos de procesos, por lo que la hipótesis inicial fue transformándose para finalizar con una suposición diacrónica (Boscolo y Bertrando, 1996) que fue construida a lo largo del proceso terapéutico con la familia.

Al conectar los diversos elementos e ir complementando la información se obtuvo la siguiente hipótesis: *es un sistema que atraviesa por la etapa del ciclo vital "familia con hijos adolescentes" y la familia no se ha adaptado a dichos requerimientos que la etapa demanda, de tal forma que no ha habido un cambio en los límites generacionales entre el holón parental y el fraternal, lo que facilita que las hijas ofendan, griten e inclusive golpeen a su madre, afianzando una ambigüedad en la jerarquía y en el tipo de límites, haciéndolos difusos y abriendo la posibilidad de que se presente la violencia al intentar ejercer cada quién su jerarquía. Es un sistema en el cual hay poca comunicación entre los miembros y competencia entre los hijos para ser vistos o tener la atención de la madre, y la madre al tener tantas ocupaciones y no prestarles mucha atención buscan la forma de que ella reaccione a través de peleas y reclamos, a esta situación se vincula la culpa que la familia tiene por la salida del padre, ya que al ser abusada sexualmente Dal por su padre, su madre trata de darle todo para compensar su falta, entre esto permisos y dinero lo que con el tiempo terminó perdiendo parte del poder ejecutivo con Dal. El síntoma de Dal funcionaria para estabilizar el equilibrio*

familiar al desviar la atención sobre la culpa que sienten hacia el padre, la falta de jerarquía y límites.

4.6.5 Objetivos generales de intervención del caso B.

En casos de violencia es fundamental comenzar a trabajar con esta situación, señalarla y hacer responsable a las personas que la ejercen. Una vez haciendo el trabajo con violencia era fundamental trabajar sobre la culpa que la familia sentía por el abuso sexual, en este trabajo entra la expresión de emociones y sentimientos. Una vez conseguido estos objetivos se podría comenzar a trabajar en términos de estructura familiar como límites que a su vez facilitarían el establecimiento de la jerarquía por parte de la madre y finalizar afianzando con el trabajo de la realidad familiar. Los objetivos planteados para el caso B fueron los siguientes en un primer momento:

- Foco sobre la violencia y hacer responsable de quién la ejerce.
- Trabajo sobre la culpa hacia el padre.
- Expresión de sentimientos.
- Trabajo de establecimiento de límites claros.
- Establecimiento de la jerarquía.
- Trabajo con realidades familiares.

4.6.6 Modelos de trabajo del caso B.

El modelo con el cual se trabajó en un primer momento fue: Terapia con el Modelo Estructural, y en una segunda faceta de la terapia se utilizó el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones. Sin embargo se utilizaron algunas estrategias de los Asociados de Milán como algunas preguntas circulares, el desafío y la recuperación de ausentes. Finalmente cabe resaltar que a lo largo del proceso se utilizó al coro griego.

4.6.7 Desarrollo general del caso B.

Las primeras cuatro sesiones se trabajó con la violencia entre la familia haciendo foco e intensidad así como responsabilizando a los miembros de la familia por la violencia ejercida. Paralelamente se utilizó la escenificación para la expresión de sentimientos y se comenzó a hablar sobre el abuso sexual y la culpa. A partir de este trabajo el comportamiento de los miembros de la familia comenzó a cambiar, la frecuencia de los problemas comenzó a mermar, sin embargo seguían siendo rebeldes las hijas y había disputas entre ellas. Posteriormente se trabajó con el establecimiento de límites claros e intergeneracionales, esto permitió tener una experiencia diferente a la madre en cuanto al poder ejecutivo y la jerarquía, y al cambiar y establecer límites y al comenzar a establecer

consecuencias por sus actos la relación con sus hijas comenzó a cambiar. Finalmente desde el modelo estructural se trabajó con realidades familiares al comenzar a cambiar la percepción de las cosas y las problemáticas que presentaban, esto permitió afianzar el trabajo que se iba realizando a lo largo del proceso terapéutico. Finalmente se trabajó con la conexión de recursos como familia, con la ampliación y empoderamiento de los cambios conseguidos⁵⁹.

4.6.8 Desarrollo cronológico y estrategias de intervención del caso B.

En un primer momento se hizo foco e intensidad sobre la violencia ejercida y se hizo responsable a las personas que la ejercen, posteriormente se trabajó con la expresión de sentimientos y culpa. Una vez echo este trabajo se pasó al trabajo con los elementos de la estructura familiar, para esto se utilizó el Modelo Estructural para buscar el establecimiento de límites y jerarquía entre holones, con el objetivo de buscar la diferenciación entre las funciones y roles del parental y del fraternal. Finalmente se trabajó con realidades familiares para establecer un cambio en la puntuación de la familia hacia los hechos y vivencia que estaban teniendo. El trabajo con la jerarquía, límites y realidades familiares se hizo de la sesión cuatro a la seis. Para las últimas sesiones se trabajó con al Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Al finalizar este proceso se precedió a trabajar con la conexión de recursos personales y como familia, se ampliaron los cambios obtenidos y se empoderó a la familia de éstos. Finalmente se evaluó a través de preguntas de escala. A continuación se marcan las estrategias terapéuticas utilizadas y el desarrollo cronológico del proceso terapéutico. Al inicio del proceso se hizo el reencuadre y el desarrollo fue el siguiente:

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>1.- En todo momento se utilizó una posición de coparticipación. Desde el inicio y a lo largo de todo el proceso terapéutico se fomentó el joining cercano con M, con Dal y con Dan. Este tipo de coparticipación permite trazar las bases para construir un contexto de contención, generar empatía, validar y empoderarlas de sus logros.</p>	<p>M</p> <p>a) M se muestra muy interesada en su trabajo, y todo lo que hace lo refiere al trabajo y al esfuerzo que ha invertido en superarse personalmente y en cómo ha logrado sacar adelante a su familia. En el joining cercano se le preguntó: qué le gusta hacer a nivel personal; cuestiones laborales y áreas de interés y preferencia en lo laboral. Este tipo de posición permitió más adelante confrontar y desafiar: ¿En qué momento perdió la fuerza para guiar a su familia?</p> <p>Dal</p> <p>a) Después de asistir a partir de la segunda sesión se le hicieron preguntas relacionadas con lo platicado en la visita anterior de M: <i>¿Te comentó M que hicimos aquí, o de que hablamos?, ¿qué te imaginas que hablamos aquí?.</i> ¿Qué te gusta hacer?. Entablar una plática sobre lo que les gusta hacer, coincidió sobre el hecho de que estaba aprendiendo a tocar la guitarra y el terapeuta aprovechó su experiencia tocando guitarra para conectarse y entablar empatía. c) Preguntar sobre la opinión del problema.</p> <p>Dan</p> <p>a) Se comenzó a generar el joining que fue crucial ya que ella no quería asistir a terapia, las preguntas fueron: <i>¿te gusta más que te digan X o Z?.</i> b) Hablar sobre lo que le gusta hacer. c) Pedir opinión sobre las cosas que pasan en su familia.</p>	<p>I. M nunca había ido a terapia y la forma de trabajar se le hacía extraña, el comenzar a entablar un joining cercano permitió que M comenzara a tomar confianza para hablar, hasta el momento en que comenzó a hablar del abuso sexual que fue un tema muy difícil para ella. II. El joining cercano permitió generar empatía y confianza, al grado que posteriormente se le pudo confrontar y hacer desafío. III. Esta posición permitió validar a M, facilitando comprensión y reencuadres. IV. Permitted el cumplimiento de las tareas. V. Permitted la aceptación de diversos reencuadres que se hicieron posteriormente.</p> <p>I. Este tipo de coparticipación con la P.I permite eliminar la angustia y no señalarla o etiquetarla como el problema familiar, son que permite entablar una empatía y un contexto de colaboración. A pesar de que hubo varias sesiones a las que no asistió, Dal vino aproximadamente a la mitad de las sesiones. II. Facilitó la cooperación a pesar de ser señalada como el problema. III. Permite sentirse tomada en cuenta a pesar de que se le señala como el problema. IV. Permitted más adelante que hablará sobre lo que siente y sobre el abuso que fue un tema muy difícil de hablar para ella.</p> <p>I. Permitted darle importancia a Dan como miembro de la familia al opinar sobre lo que sucede en su casa. II. Permite generar empatía y confianza, ya que al inicio no hablaba mucho y con el paso de las sesiones comenzó a hablar y a opinar.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>2.-Coparticipación a través del joining intermedio, es decir, el terapeuta se convirtió en un oyente activo, se utilizó para recolectar datos, es decir, para rastrear, sobre todo en cuanto a límites, jerarquías y significados de la construcción de la realidad familiar. Este tipo de coparticipación se utilizó en todo momento en la terapia.</p>	<p>a) ¿Se ha ido Dal de la casa, ha amenazado o ha dicho "me voy"?</p> <p>b) ¿Cómo que cambios notó cuando se comenzó a juntar con su amiga y su novio?</p> <p>c) ¿Qué hace usted cuando la amenaza con romper el vitral?</p> <p>d) ¿Qué pasaría si usted no les da de comer, ni les calienta una tortilla?</p> <p>e) ¿Será que Dal no ha aprendido que hay consecuencias en esa casa?</p> <p>f) ¿Ha habido otros intentos de Dal por quietarse la vida?</p> <p>g) ¿A tomado en otras ocasiones más aspirinas?</p> <p>h) Me ha estado comentando a lo largo de esta charla que ¿hay apoyo por parte de sus hermanas?</p> <p>i) Si lo estuviera viendo en una televisión, ¿cómo sería?</p>	<p>I. El joining intermedio permitió obtener información para ir construyendo las hipótesis.</p> <p>II. Permitted el rastreo de eventos como el abuso sexual, las relaciones familiares y la estructura familiar.</p> <p>III. Permitted trabajar el establecimiento de límites a través de preguntas.</p> <p>IV. Facilitó un ambiente de interés por la problemática de la familia.</p> <p>V. Exploración de la relación con el padre. Como el padre era una figura central en la familia, aunque ya no estuviera presente, muchas interacciones e ideas giraban en torno a él, por lo que la exploración de esa temática a través del joining intermedio resultó ser útil para escuchar las opiniones de todos, generan doble descripciones y meta comunicar algunas interacciones.</p>
<p>3.-Coparticipación a través del joining lejano. El terapeuta se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser componente o la esperanza de cambio, o en ocasiones normaliza para disminuir la angustia</p>	<p>a) Normalizar la edad adolescente con sus problemas.</p> <p>b) Normalizar las pelias entre hermanos.</p>	<p>I. Esta estrategia permitió reducir la ansiedad hacia el problema cuando el terapeuta desde su visión de experto marca que en todas las familias los hermanos se pelean y que la etapa de la adolescencia es difícil por todos los cambios, entre ellos la rebeldía y el no querer acatar reglas.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>5.-Escenificación: es una técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así se construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. El terapeuta puede intervenir para aumentar la intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción. Se utilizó esta estrategia para la expresión de emociones y sentimientos, ya que al marcar, intensificar y focalizar los temas violentos la familia expreso diversos sentimientos como miedo, ansiedad, tristeza, etc. Esta estrategia se utilizó para fomentar el vínculo entre M y Dan, ya que Dan se sentía poco querida por su madre, y tenía la idea de que la hija favorita era Dal. Su madre nunca le había dicho que la quería.</p>	<p>a) Se presentó una situación en la cual M se dirigía al terapeuta para preguntar cosas como: es que no se que hace con el dinero que le doy. El terapeuta aprovecha esta situación para pedirle a M que le pregunte directamente a Dal las cosas que quiere saber.</p> <p>b) Se voltean las sillas de frente (la de Dan y la de M). El terapeuta retira de la situación a Dal, y el terapeuta les pide que se acerquen, que se vean a la cara y que se toman de las manos. El terapeuta pide: ahora señora me gustaría que le dijera a Dan que fue lo que sintió cuando Dana nació. M comienza a hablar y a describir, el terapeuta complementa con algunas preguntas “¿qué sintió señora en ese momento?”. El terapeuta pide a M que le platique a Dan que siente por ella. El terapeuta pide que se acerquen más que se aprieten sus manos y que se vean a los ojos.</p>	<p>I. Este tipo de directiva permite mejorar la comunicación entre los miembros de la familia ya que al hacerlo explícito permite que ellos identifiquen las situaciones en las cuales usan intermediarios para comunicarse.</p> <p>II. Permite de esa sesión en adelante que se comunicaran de forma directa.</p> <p>III. El expresar sentimientos facilitó tener una experiencia diferente, ya que en la familia les costaba trabajar expresar sentimientos.</p> <p>IV. Dan nunca había escuchado decir a su madre que la quería, la escenificación sirvió para expresar ese sentimiento y que Dan lo escuchara.</p> <p>V. Al sacar a Dal de la escenificación permitió trazar de manera espacial o analógica un vínculo entre M y Dal.</p> <p>Esta estrategia pudo tener un impacto en cuanto a la competencia de las hijas, ya que Dan marcaba que Dal era la hija predilecta y a la que le daban toda la atención y el afecto, en el momento de hacer explícito el afecto de M hacia Dan pudo haber tenido un impacto en la forma de puntuar los hechos sobre la competencia y sobre que solamente a Dal se le da afecto.</p>
<p>6.-Manejo de la culpa de la madre a través de la hija. M al parecer tenía mucha culpa por el abuso de su esposo hacia su hija Dal, lo que facilitaba que le diera permisos en exceso para compensar, sin embargo, también se sentía culpable ya que Dan le reclamaba que el hecho de que no tuvieran padre era culpa de Dal. En este sentido se metacomunicó la situación y se puso en los zapatos de M a Dal.</p>	<p>a) El terapeuta le pregunta a Dan, “<i>el equipo quiere saber, si tú hubieses estado en los zapatos de tu mamá ¿qué hubieras hecho?</i>”. Dan contesta que hubiera asistido a una terapia a arreglar la situación de la familia y no correrlo.</p> <p>b) El terapeuta le pregunta a Dan “<i>¿si tu hubieras estado en los zapatos de tu mamá te hubiera producido el mismo sentimiento?</i>”. Dan contesta: obvio, si, pero si yo me hubiera casado con alguien y veía que me pegaba desde el principio, porque a mi mamá siempre le pegó, desde el principio, si me hubiera pasado esto entonces me hubiera dado miedo, y antes te separas ¿no?. El terapeuta contesta: tú dices obvio, si lo conozco me separo, pero ¿en la situación específica en la que estuvo tu mamá?, ¿qué sentimientos, cual o cuales te hubiera producido?.</p>	<p>I. Estas preguntas sirvieron para poner en el lugar de M a Dan, y se obtuvo como resultado que ella se diera cuenta de que si le hubiera producido los mismo sentimientos y que la situación era complicada.</p> <p>II. Permite disequilibrar la puntuación que Dan tenía sobre la situación.</p> <p>III. Permite que Dan comenzará a flexibilizar en el trato con su hermana y con M. A partir de esta intervención Dan comenzó a apoyar a su madre con algunos quehaceres de la cama, le comenzó a platicar sobre lo que hacía en la escuela y sus amigos, y M comenzó a recibir más apoyo por parte de ella.</p>

Estrategia terapéutica		Cambios o beneficios
<p>7.-Reencuadres⁶¹: el reencuadre se utilizó para apoyar la eficacia de la terapia ante la visión que tenían cada una de las hijas y la propia madre con respecto a la problemática del abuso sexual, de la ira, la problemática y competencia entre hermanas así como los síntomas que presentaba Dal, esto con el objetivo de enfocarlos desde otro punto de vista.</p>	<p>a) Una madre acelerada y ausente todo el día (aspecto que al parecer le generaba malestar a M) se reencuadro como una madre ejemplar y preocupada por sus hijos que sale a trabajar para mantener la casa.</p> <p>b) Se marca que en la familia nunca hay acuerdos, se reencuadra diciendo que si hay un acuerdo "todos están de acuerdo en que no hay acuerdos".</p> <p>c) La supervisora dice: <i>No estás viendo que esta madre te regalo el que tu padre nunca te hubiera tocado el abdomen ni nada, y ese es un regalo maravilloso, porque tu te puedes quedar con una imagen de padre distinta que la de tu hermana, y esto te lo regalo tu madre al poner la distancia, he cierto a la mejor hubiera buscado una terapia de familia, pero lo que sí hizo fue darte en regalo precioso para que tu tuvieras una imagen de padre distinta a la que ella tiene (señala a Dal). Y esto es muy muy curioso porque allá estábamos platicando como Dan mira lo que no le ha dado su madre y no mira lo que si te regalo, es maravillo el que te haya regalado el que puedes tener una imagen distinta de tu padre, porque eso va a marcar su vida.</i></p> <p>d) Las hijas de M admiraban mucho a su padre ya que consideraban que era muy inteligente a pesar de que decían que no había nada bueno en la relación con su padre, el terapeuta reencuadro de la siguiente manera: <i>"entonces lo que me estás diciendo es que esta parte de tu papá te sirvió de algo, porque aprendieron que se debe de estudiar, por eso están a nivel bachillerato, a nivel de C.C.H. eso quiere decir que ustedes creen que sirvió de algo ahorita como estudiantiles?"</i></p> <p>e) El terapeuta comenta: <i>"entonces podemos decir que una parte importante de su papá es el interés de seguir estudiando y la prueba es que siguen aquí estudiando y no han desertado, por otra parte te dices Dal, mi mamá nos llevaba dulces, nos acostaba, nos persignaba".</i></p> <p>f) En ocasiones el padre de Dan y Dal se alejaba de ellas cuando comenzaban a llorar, y esto lo interpretaban como un acto que no era de afecto o amor, el terapeuta reencuadro diciendo: <i>"he cierto el papá de Dan golpeó a Dan y la regañaba", pero cuando usted dijo la saco a los tres meses porque estaba llorando, yo les decía, eso puede ser visto como que no la quería o como un acto de amor, mejor te saco para que llores afuera porque si lloras delante de mi yo se de mi violencia y capaz de que te me voy encima y te mato, entonces a la mejor el papá la sacaba como un acto de amor para no explotar.</i></p> <p>g) El terapeuta comenta a M: <i>"La fuerza para guiar a su familia, yo no creo que la haya perdido totalmente, pero no la está utilizando completamente".</i></p> <p>h) El terapeuta comenta a M: <i>"ser una buena madre es buscar la independencia de los hijos, que ellos sean autosuficientes y responsables, entonces yo creo que la va a mejorar más de lo buena madre que es, es como un plus, un extra".</i></p> <p>El terapeuta comenta a Dan: <i>"piensa en tu mamá que te dio la posibilidad de tener otra imagen de tu padre, de la madre que te daba dulces, que te acostaba y persignaba, de tu madre que se va a trabajar para darte de comer, de tu madre que les ha dado techo, comida, vela a los ojos y te vuelvo a hacer la pregunta, ¿Qué sentimiento vez en el fondo de los ojos de tu madre?"</i></p>	<p>I. Todos los reencuadres tienen un impacto en la forma de puntuar los hechos.</p> <p>II. Al reencuadrar el trabajo diario y de tiempo completo de la madre se disminuyó la culpa de no poder atender a sus hijas todo el día. Esto facilitó que no se presionara tanto en sus tiempos y horarios, y comenzó a intentar dedicar más tiempo para ellas.</p> <p>III. Descubrieron como familia que si pueden tener acuerdos, ya que ellos tenían una posición rígida de que no podían tener acuerdos y no podían ir en la misma dirección como familia.</p> <p>IV. Dentro del abuso sexual se reencuadro para Dan el hecho de que su madre le dio la posibilidad al correr a su padre de que no abusaran también de ella, lo que hizo reflexionar a Dan sobre su queja "porque lo corriste", dando posibilidad de ver la situación de otra forma.</p> <p>V. El hecho de correr al padre se reencuadro como un regalo para Dan, ya que ahora ella tendría una imagen diferente del padre ya que no abusaría de ella ni seguiría abusando de su hermana. Al cambiar la percepción de la catástrofe (de correrlo) a un regalo (una imagen diferente del padre) Dan comenzó a aceptar que corría riesgo si su padre continuaba en casa y que fue la mejor opción para todos.</p> <p>VI. Las hijas comentaban que su padre no tenía muchas cosas buenas, sin embargo, dentro del reencuadre se llegó a la conclusión de que gracias a él seguían estudiando ya que querían ser igual de inteligentes, que se debe de estudiar y la prueba era que estaban ahí en el CCH. Este reencuadre generó motivación e información sobre que su padre tenía cualidades y cosas buenas, y que gracias a varias cosas enseñadas por él ellas seguían estudiando.</p> <p>VII. Las hijas al comenzar a llorar su padre se alejaba de ellas o las sacaba, y ellas interpretaban este acto como una conducta de no-afecto, sin embargo se reencuadro para marcarlo como un acto de amor al alejarlas para no violentarlas. Estos reencuadres permitieron tener una visión diferente del padre en términos de que no fueron queridas de niñas.</p> <p>VIII. Se marca que la madre no ha perdido la fuerza totalmente, implicando que todavía hay fuerza que puede utilizar. Este aspecto se conecto con los recursos personales y con el empoderamiento.</p> <p>IX. Se reencuadra que parte de ser una madre ejemplar es darles autonomía a sus hijos, independencia, este aspecto fue central, ya que se conectó con el trabajo de los límites claros, y con el hecho de dejar que Dal experimente las consecuencias de sus actos. A partir de este reencuadre M se sintió una madre más segura y con habilidades para educar a sus hijos.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>8.-Foco e intensidad sobre límites: estas dos estrategias son complementarias y en ocasiones se utilizan paralelamente. Son dos estrategias fundamentales desde el Modelo Estructural que consisten en focalizar un tema de terapia para ir construyendo las intervenciones sobre este eje, y la intensidad va conectada con el foco, y se refiere a la forma de repetir e intensificar el mensaje. En este caso se trabaja con el establecimiento de límites claros e intergeneracionales, que tiene una repercusión directa en la jerarquía.</p>	<p>a) ¿Y qué hacía usted cuando su hija llegaba a las 12 de la noche? b) ¿Qué hace usted al día siguiente cuando llega a la casa Dalía?, ¿Qué le dice o que hace? (cuando no llegan a casa después de una fiesta). c) ¿Qué pasaría señora si no le calienta la tortilla? d) ¿Si no le hace el huevo que pasa? e) ¿Qué cree que pasaría si deja de calentarle las tortillas y de hacerle el huevo si finalmente no se lo come? f) ¿Qué no lo puede hacer ella? Y tiene razón. g) ¿Entonces está de acuerdo con esto que dice Dan? (Dan le había dicho muchas veces a su madre que ya no le hiciera nada a Dal, que dejara que lo hiciera sola) h) ¿Y alguna vez ha intentado esto que dice Dan? i) Dan dice: "tú le haces todo a Dal", alguna vez usted ha intentado hacer esto que comenta Dan de no hacerle las cosas. ¿Qué podría pasar si no le calienta las tortillas? j) El terapeuta pregunta a M: ¿Usted cree que sus hijas dejan de comer un día se prepararían de comer? k) ¿Será que de alguna manera Dal sabe en qué momentos puede obtener cierto control sobre usted? l) ¿Hasta dónde es posible que si Dal está viviendo en la casa de usted con su dinero, hasta donde es posible que pueda sobrepasar esas reglas que usted ha puesto? m) Se le pidió a M que de tarea pensara en las reglas que deseaba establecer en su casa.</p>	<p>I. A través de diversas preguntas se llevó a M a cuestionar el hecho de que no había reglas ni límites claros en su casa, aspecto que aprovechaba Dal para hacer lo que deseara. II. Este tipo de intervención permitió que M dijera "estoy harta de ellas, ya no les voy a hacer nada". III. M dejó de hacerles varias cosas y esto facilitó que sus hijas comenzaran a hacer sus propias cosas, es decir, facilitó el proceso de diferenciación entre M y sus hijas. IV. Al dejar de hacerle las cosas M comenzó a sentirse más tranquila y mejor, y sus hijas comenzaron a apoyarla más, sin necesidad de que M les pidiera ayuda. V. Se acabaron las quejas sobre lo que M preparaba para comer. VI. Al dejar de quejarse comenzaron a hablar más. VII. Comenzó a haber castigos cuando las reglas no se cumplían y los castigos eran cumplidos, esto hizo que el comportamiento de las hijas comenzara a cambiar. VIII. La tarea funcionó en la medida en que M pudo establecer sus reglas y mantenerlas. IX. El establecimiento de reglas y su cumplimiento permitió otorgarle a M mayor confianza para poder ejercer su poder ejecutivo dentro de su familia y con sus hijas.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>9.-Validación: hacer que el cliente sepa que sus experiencias y sus puntos de vista son válidos y apreciados.</p>	<p>a) <i>Me pongo a pensar y ha de ser complicado, siendo una madre tan ejemplar, tan preocupada por sus hijas, tan tenaz, de repente dividir el tiempo entre el trabajo y su casa.</i></p> <p>b) <i>El equipo está conmovido porque usted ha vivido durante muchos años con su marido violencia, golpes y gritos muy severos. El quipo esta conmovido porque consideran que ha debido de haber sido una situación muy difícil y fuerte.</i></p> <p>c) <i>Ha de ser difícil de repente dividirse entre el trabajo y sus hijas ha de ser muy complicado.</i></p> <p>d) <i>Como madre ha de ser un dolor muy fuerte.</i></p> <p>e) <i>Tanta presión y usted que siempre ha trabajado tanto y que sabe que el trabajo es difícil y complicado pero sin embargo que ha tenido toda esa fuerza para sacar a la familia.</i></p> <p>f) <i>Ha sido una madre que se ha preocupado por su familia, que los ha podido salir adelante, de ver por ustedes trabajando, llegando a la casa tarde, una madre ejemplar, y se ve en las acciones que hace y en el tipo de preocupaciones, el hecho de venir aquí a sesión habla de la preocupación que tiene y ustedes también, esto habla de la preocupación que tienen por mejorar las cosas, y bueno como parte de ser una buena madre hablabamos de la posibilidad de darle crecimiento personal a sus hijos, de soltarlos un poco, que veo que corresponde a esta parte de dejarlos ir a trabajar, de dejarlos salir pero también haciéndoles saber que hay una consecuencia si no se atienden a esas reglas.</i></p>	<p>I. La validación sobre la posición difícil de madre que tiene M se vinculó con los reencuadres realizados.</p> <p>II. Se resalta la violencia que ha vivido la familia, como una forma de darle continuidad al trabajo sobre violencia.</p> <p>III. Permittedarle continuidad a la empatía y el joining cercano que se había establecido con la familia.</p> <p>IV. Genera un contexto de contención y una sensación de ser escuchados.</p> <p>V. Propició que la familia pudiera hablar, expresar o comentar situaciones difíciles como el abuso sexual, las dificultades en el hogar y el trabajo.</p> <p>VI. La validación como madre permitió conectarla posteriormente con sus recursos y empoderarla de los cambios.</p>
<p>10.-Desequilibramiento: esta estrategia consiste en aprovechar la jerarquía del terapeuta para introducir una crisis. En este caso el terapeuta desafía, cuestiona y hace interpretaciones al respecto del comportamiento de Dal para meter en crisis a la familia buscando romper la homeostasis.</p>	<p>a) <i>Nos impresiona mucho porque tu puedes seguir muy enojada con tu madre y mirar lo que no te ha dado y puedes toda tu vida agarrar una bandera que diga pobre de mi, mi madre no me quiere, no me prefiere, mi madre me quito a mi padre, pobre de mi, pobre de mi, y yo diría que afortunada eres, te regalaron una imagen de padre distinto, totalmente, y ese regalo te lo dio tu madre.</i></p> <p>b) <i>El equipo quiere saber ¿Cuándo usted fue que perdió la fuerza para llevar a su familia?</i></p> <p>c) <i>Dal parece ser que a veces la trata como si fuera una niña pequeña y a veces la trata como si fuera una niña grande de 18 años, a veces como una niña pequeña porque le sirve de comer, le ruega, así como si fuera una niña chiquita y a veces la trata como de 18 o se comporta como una niña de 18 cuando se va de la casa, cuando no llega, cuando se va con sus amigos, cuando hace sus cosas independientes sola, entonces el equipo está confundido porque no sabe si es un niño de cuatro años o una niña de 18 y a nosotros también nos confunde porque no sabemos cómo tratar a Dal como niña de 4 o como una adolescente, entonces hay que ir pensando como la vamos a tratar.</i></p>	<p>I. La confrontación con Dan tuvo un impacto en la puntuación de Dan y en la forma de interactuar con M. A partir de esta confrontación Dan comenzó a cambiar con M y con su hermana. En este sentido comenzó a platicar más con M y a apoyarla en los quehaceres doméstico, y se vinculó con los reencuadres del hecho de no tener padre, lo que facilitó dejar de quejarse sobre el hecho de no haber tenido padre ni una familia feliz o ideal.</p> <p>II. La pregunta "¿Cuándo usted fue que perdió la fuerza para llevar a su familia?" facilitó que M hiciera un análisis del antes (sin problemas) y del después (con problemas) que estaba viviendo. Sirvió para vincularlo a la metáfora y a los recursos personales. Esta misma intervención se vinculó con el reencuadre "no la ha perdido, más bien no la ha utilizado completamente" facilitando que M retomara la fuerza complementariamente (según el reencuadre) para imponer las reglas y los límites claros.</p> <p>III. Esta analogía de Dal como niña de cuatro años facilitó el trabajo con el poder ejecutivo de M.</p> <p>IV. M comenzó a ver que su hija adolescente hacia berrinche como una niña pequeña, lo que facilitó el que ella obtuviera mayor confianza para establecer las reglas y sus consecuencias.</p> <p>V. Cuando se logró el proceso de diferenciación entre las hijas y la madre M retomaba la analogía diciendo que ya no les tenía que hacer nada, ya que sus hijas estaban grandes y no eran niñas chiquitas. Esto también facilitó el establecimiento de límites.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>11.-Complementariedad: en esta estrategia se busca que los clientes o familias comiencen a pensar bajo una lógica sistémica y de circularidad, si se logra este objetivo las puntuaciones comienzan a cambiar y las personas se hacen responsables de sus conductas. El trabajar con esta estrategia permitió que la familia comenzara a pensar de forma diferente y esto a su vez facilitó el responsabilizarlos de su comportamiento y sus acciones.</p>	<p><i>Dan, ahorita lo que comentabas era que te decía cosas, te quería correr de la casa, pero el equipo quiere saber ¿tú que hacías para que esto sucediera?</i></p> <p><i>¿Y tú qué haces Dan cuando sucede este tipo de situaciones?</i></p> <p><i>M comienza a contar un evento en el cual sus hijas la agraden y le dicen que ella se calle y que no hable ya que no sabe nada: ya mejor digo que si soy ignorante, me quedo callada, cuando me dicen algo me quedo callada "si vieja estúpida, vieja ignorante", y el terapeuta pregunta por lo que M hace cuando sucede esto.</i></p> <p><i>¿Usted que hace cuando ella se va de la casa?.</i></p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>	<p>I. El hacer este tipo de preguntas permite saber al terapeuta y a la familia que su comportamiento no se encuentra en aislado, sino que es parte de una interacción. A partir de estas preguntas M comenzó a cuestionarse y preguntarse "qué era lo que hacía para que sus hijas no le hicieran caso". Este tipo de pensamiento le ayudó a poner las reglas y a tener consecuencias si se quebrantaban las reglas.</p> <p>II. Este comportamiento las llevó a la idea de que mientras cambie uno, los otros responden.</p> <p>III. Abrieron el foco de visión para comprender que el comportamiento de la otra persona tenía que ver con el suyo.</p> <p>IV. Esta posición los llevó a una mayor responsabilidad en lo que hacían.</p> <p>V. Facilitó no justificar su comportamiento a partir del otro, sino del comportamiento personal.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>12.-Construcciones familiares: la familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos. Había otras maneras de percibir la realidad, pero las familias escogen un esquema explicativo preferencial. Este puede ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia modalidades nuevas de interacción.</p>	<p>a) <i>¿De dónde ha aprendido usted que tiene que hacerles todo a sus hijas?</i></p> <p>b) <i>¿Dónde dice que usted debe de hacerles todo esto?</i></p> <p>c) <i>Cuando M se comienza a preguntar si estará mal el hecho de que no les haga nada a sus hijas el terapeuta pregunta: ¿por qué piensa que está mal?</i></p> <p>d) <i>¿Que será diferente que Dana percibe cosas que de repente usted no ve, y que usted no ve que Dana sí? ¿que será ese algo que hace la diferencia? ¿por qué Dana podrá ver y dirá esas cosas de "mamá no le calientes la tortilla, mamá ya esta grande? ¿por qué Dana podrá ver esas cosas?.</i></p> <p>e) <i>¿Por qué cree que Dana pueda calentarse una tortilla y hacerse de comer y Dalia no?</i></p> <p>f) <i>¿No se lo explica de alguna manera?</i></p> <p>g) El terapeuta dice: <i>porque por un lado Dan y Dal van a aprender otro tipo de cosas diferentes como buscar comida o hacerse más independientes, y si se hacen más independientes van a tener que hacer cosas como calentarse su comida, prepararse su comida o hacer otras cosas si es que no quieren huevo ni atún, y yo creo que usted gana en que se enoja menos y ustedes ganan en que se vuelven más independientes, crecen y se hacen un poco más maduras. Ahora yo regreso a este punto de ¿Qué sentido tiene discutir si siempre hay atún, huevo o lo que haya, no importa que sea tortilla o mole? si siempre hay lo mismo, si lo quieren comer ahí está, no hay otra cosa, y bueno ¿Qué se podría hacer?, vamos a suponer que esa quincena no hay dinero y lo único que hay es atún, huevo y mole, y ustedes o las tres ya están hartos de comer eso, si no hay dinero ¿Qué van a hacer?, dice Dalia, bueno me lo como, pero entonces, si finalmente te lo vas a comer ¿Qué sentido tiene pelear?.</i></p> <p>h) <i>O a la mejor un día no van a comer porque no tienen hambre y hay huevo, y a la mejor no van a comer un segundo día por qué no se les antoja que sea lo mismo, pero al tercer día va a haber lo mismo, igual y se aguantan el hambre ¿y al cuarto día?...se lo van a tener que comer, ¿pero cómo le haces si no hay otra cosa y si no hay dinero para comprar otra comida?. Es curioso y me llama mucho la atención esta parte y el equipo preguntaba y platicaba esta parte de "qué sentido tendría esta pelea si finalmente van a terminar comiendo" ¿o será que buscan cualquier pretexto para discutir?, ¿Cómo vez Dal?.</i></p>	<p>I. Estas confrontaciones desequilibran las puntuaciones construidas por la familia.</p> <p>II. Al comenzar a cuestionar a M sobre las funciones de una madre M comenzó a redefinir las funciones que una madre podría tener, y entre ellas estaba el apoyo de sus hijas pero no el hacerles todo. Al construir una nueva puntuación M dejó de hacerles las cosas (junto con el establecimiento de límites y con ejercicio del poder ejecutivo).</p> <p>III. El cambio de puntuación facilitó el establecimiento de límites claros, lo que a su vez ayudo a la diferenciación entre M y Dal.</p> <p>IV. Este cambio de la realidad también tuvo repercusión en la interacción entre M y sus hijas, ya que el comenzar a comportarse diferente M sus hijas comenzaron a actuar diferente, comenzaron a hacer quehacer, a apoyarla, e inclusive favorecido la diferenciación ambas consiguieron trabajo.</p> <p>V. Dal en el trabajo aprendió a limpiar y a cocinar, en las últimas sesiones ya le preparaba comida a su madre y si no estaba ella ya podía prepararse su comida sola, y hacia quehacer sin que nadie se lo pidiera, lo que facilitó que mermaran las quejas de "no me ayudan en la casa y no quieren comer lo que les guiso y no pueden hacer nada por si solas".</p> <p>VI. El trabajo con la puntuación ayudo a afianzar los cambios conseguidos a nivel de estructura familiar.</p> <p>VII. El cambio en puntuación permitió eliminar angustia y culpa de M al re-conceptualizar que el hecho de ir delegando responsabilidades a sus hijas no era ser una mala madre (que a su vez se conecta con la validación constate de ser una buena madre y los reencuadres).</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>13.- Símbolos universales: el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito d la familia. Elegir constructos universales que armonicen con la concepción del mundo de la familia resulta útil para comunicar un mensaje y cambiar el esquema preferencial familiar de la realidad.</p>	<p>a) En la expresión de sentimientos se hablaba de abrir el corazón o la ceguera del corazón.</p>	<p>I. <i>El corazón como símbolo universal asociado al amor o al afecto, facilitó resumir una serie de cualidades y poder trabajar de manera metafórica con este símbolo y manejar una gran cantidad de características para comunicarse. Durante las primeras sesiones se estuvo trabajo con dicho símbolo.</i></p>

En las últimas dos sesiones se comenzó a trabajar con el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, esto con el objetivo de ampliar los cambios, conectar con recursos personales y familiares y empoderar a la familia de sus cambios. Cada uno de los cambios se buscó empoderar y ampliar el cambio. Finalmente se cerró con preguntas de escala para evaluar los logros y éxitos obtenidos en terapia.

El desarrollo cronológico de la última fase de la terapia bajo el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones fue el siguiente:

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>14.-Conexión con recursos personales y familiares: se rescatan los recursos personales del cliente y de la familia para fomentarlos y utilizarlos para el cambio en sus puntos de vista o acciones.</p>	<p>a) <i>Esto es interesante, me agrada mucho la fuerza de decisión que usted tiene para sacarlo de la casa y usted rescatar o reformar la casa.</i></p> <p>b) <i>Usted tuvo la fuerza de decisión de decir hasta aquí y poderse separar de su marido.</i></p>	<p>I. Durante el proceso terapéutico se le resalto en todo momento a M su gran fuerza y su voluntad para mantenerse en sus decisiones.</p> <p>II. Se conectó con estos recursos personales a M y posteriormente se vinculó al empoderamiento de los cambios.</p> <p>III. M se sentía segura y confiada de que tenía las cualidades para mantener esos cambios y seguir adelante.</p>
<p>15.-Intento de soluciones: se rescataron los intentos de soluciones que la familia había tenido para solucionar su problema, esto con el objetivo de no hacer más de lo mismo o de las acciones que no habían resuelto el problema.</p>	<p>a) <i>¿Qué otra cosa ha intentado para que ella esté tranquilita?.</i></p>	<p>IV. M había intentado hablarles, pedirles que se comportaran, gritarles y pegarles. Cuando se rastrearon estos intentos de solución el terapeuta no hizo más de lo mismo, sino algo diferente, de esta forma dejó de hacerles sus quehaceres, a establecer reglas y consecuencias si se quebrantaban las reglas. El hacer algo diferente facilitó la resolución del problema.</p>
<p>16.-Empoderamiento: se tiene que empoderar al cliente para hacerlo consciente de sus propios cambios y de él/ella son quienes los han conseguido, esto para no fomentar la dependencia a la terapia o al terapeuta, ya que en la vida cotidiana el terapeuta no estará con el cliente, por lo que debe de crearse el control de los cambios que ha logrado.</p>	<p>a) <i>¿Cómo un persona como usted que ha sabido salir adelante, que es tan fuerte y que aún sigue siendo fuerte porque sigue manteniendo a la familia y me pregunto cómo una persona como usted puede permitir esto?</i></p> <p>b) <i>Con la fuerza que usted tiene, si ha sabido llevar a una familia durante tantos años y si ha sabido salir sola adelante va a saber salir sola, y con esa fuerza que tiene va a saber poner esa regla y seguir adelante.</i></p> <p>c) <i>Sra. el equipo quiere saber como usted ha contribuido a estos cambios con Dal. ¿Cómo le ha hecho?.</i></p> <p>d) <i>¿Dal como le has hecho para lograr estos cambios?.</i></p> <p>e) <i>¿Cómo le ha hecho para enojarse menos, para comenzar a abrir esta comunicación, para darles el avión y no favorecer un conflicto?.</i></p>	<p>V. M con estas preguntas descubrió que discutir con Dal y Dan aumenta la probabilidad de una discusión o de una pelea inclusive a golpes, por tanto dejó de discutir con ella para tomar acciones.</p> <p>VI. El empoderamiento de los cambios sirvió para re-afirmar los recursos personales de M como la cabeza familiar, y retomo en las sesiones el hecho de ser fuerte y con voluntad para lograr la resolución de su problema.</p> <p>VII. Al preguntarle por las acciones que había tomado para favorecer los cambios M marcaba: <i>pues yo me he puesto a pensar, estoy trabajando, ¿por qué tengo que hacer todo yo?, ellas ya están grandes, ya no me tengo que preocupar de todo, si quieren comer bien y si no pues que busquen y coman en su trabajo, a veces me da tiempo de comer a mí, y pues ellas también, y ya están grandes y no son unas niñas, y dije entonces hasta aquí llegó.</i></p> <p>VIII. En el caso de Dal el entrar a trabajar le favoreció a aprender a cocinar y a limpiar, comenta que se activo, y cuando llega a su casa y la ve sucia la comienza a limpiar, y si tiene hambre se prepara, por lo que trabajar le ayuda a estar activa y a apoyar en casa.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>17.-Uso de analogías: el utilizar las analogías en terapia facilitan que el mensaje sea aprehendido de otra forma, a partir del hemisferio derecho del cerebro. La analogía permite integrar una serie de elementos y características en una representación.</p>	<p>a) El terapeuta hace la siguiente analogía referente al establecimiento de reglas y la importancia de las consecuencias: <i>si yo quiero vivir en un determinado estado yo me tengo que atener a las reglas, así yo sé que si mató a alguien, sé que voy a ir a la cárcel, si yo trabajo en una institución como el C.C.H y golpeo a un paciente o a un estudiante, sé que voy a tener consecuencias, sé que me pueden meter una demanda o quitarme la licencia para poder ejercer, si yo vivo en mi casa, y sé que si le levanto la voz a mi papá se que algo va a suceder, ¿será que Dal no ha aprendido esta parte?</i></p>	<p>I. Esta analogía se trabajó a la mitad del proceso terapéutico, y sirvió de esquema para intervenir en el establecimiento de límites y para el establecimiento de una jerarquía mayor. II. Parece ser que M entendió de forma más práctica la importancia de las consecuencias a partir de esta analogía, ya que ella también llegó a referir dicha analogía.</p>
<p>18.-Ampliar el cambio: el terapeuta marca los cambios y a través de preguntas se encamina a ampliar los cambios, a hacerlos más evidentes y a que otras personas se den cuenta de éstos.</p>	<p>a) ¿Quién más se ha dado cuenta de estos cambios que ha obtenido Dal? b) ¿Y qué cambios has notado en tú mamá?</p>	<p>I. Los cambios de Dal (que fue referida como la P.i.) fueron percibidos por M, hablando sobre todos los puntos buenos que ahora había en Dal, y del tiempo que ahorra ahora que la apoyaba. II. Dan también notó los cambios en su hermana, haciéndolos evidentes, Dal sonreía al escuchar dichos cambios. III. Los cambios en M los notaron ambas hijas, de hecho en el caso de Dal marcaba que ya no se enojaba tanto, que pasaba más tiempo con ella, que escuchaba más, que convivía mayor tiempo con ella, cuestiones que eran demandas por las hijas en el inicio del proceso terapéutico.</p>
<p>19.-Enumerar y marcar cambios: esta estrategia permite hacer evidentes los cambios y orientar las acciones hacia las diversas metas y objetivos conseguidos durante el proceso terapéutico.</p>	<p>a) El terapeuta dice: <i>entonces podemos decir que Dal ya está bajando, ya está cocinando, ya está limpiando la casa, ya está siendo más independiente, ¿qué otras cosas ha notado diferente?</i></p>	<p>I. Dal logró identificar otros cambios en ella, como el hecho de pedir permiso para salir, de llegar a las horas acordadas, de acatar las consecuencias de las reglas si es que las viola. El hecho de enumerar más cambios y que los pueda identificar lleva a una visión más positiva enfocada al cambio, a las metas y se vincula con el empoderamiento de los cambios conseguidos.</p>
<p>20.-Preguntas presuposicionales: estas preguntas se utilizan a lo largo de toda la terapia, sin embargo se suele preguntar por cambios o cosas diferentes dando por un hecho el cambio.</p>	<p>a) ¿Qué otras cosas diferente ha notado?, ya son varios cambios, ya son más de cinco.</p>	<p>I. El utilizar este tipo de preguntas da por sentado que hay más cambios, lo que conlleva a dirigir la charla a aspectos positivos y enfocados al cambio. Al preguntarle a Dal logró identificar las diferencias del antes y después, así como los cambios obtenidos y M marcó el gran salto cualitativo que Dal había dado y los cambios que había conseguido, esto a su vez se conectó con la ampliación del cambio y el empoderamiento de Dal.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>21.-Preguntas de escala: están enfocadas a medir la percepción de los cambios y metas del cliente.</p>	<p>a) Terapeuta pregunta: <i>me gustaría saber en una escala del 1 al 10, donde 1 es muy mal y 10 es excelentemente, ¿Cuándo usted llegó en que número se calificaba?</i> b) Terapeuta pregunta: <i>¿si calificáramos a Dan de cero a diez la primera vez que llegó cuanto le pondrían?</i></p>	<p>I. Permitió hacer comparación entre el inicio de la terapia con problemas y en la actualidad sin problemas. II. M y Dal pudieron darse cuenta de sus avances y cambios. III. Se les preguntó a que número deseaban llegar y que tendrían que seguir haciendo para lograrlo, estas preguntas se orientan hacia el empoderamiento y la ampliación del cambio. IV. En ambos casos se encontró un incremento en el antes y el después.</p>
<p>22.-Preguntas de avance rápido: son preguntas orientadas hacia el futuro, hacia imaginar un futuro sin problemas.</p>	<p>a) <i>¿Qué es lo que sigue en sus vidas como familia?</i></p>	<p>I. El orientar hacia el futuro a la familia abre la posibilidad comenzarlo a construir, de generar expectativas, objetivos y metas hacia el horizonte temporal del futuro.</p>

A lo largo de las sesiones terapéuticas se utilizaron estrategias terapéuticas desarrolladas dentro del mismo marco epistémico-metodológico, entre ellas se encuentra el coro griego, en donde se trabaja en grupo enviando un mensaje en forma de dilema del cambio y sobre la relación de la familiar y el terapeuta que trata de resolverlo. El mensaje funciona como una voz que conoce el futuro y predice las consecuencias del cambio. Una vez transmitido el mensaje el terapeuta da por terminada la sesión, sin permitir que la familia discuta intelectualmente la comunicación a fin de que no se disipe el contenido. Esta estrategia se ubica dentro de las de corte paradójico. Durante el proceso terapéutico de la familia B se utilizó en un coro griego: una parte del equipo consideraba que Dan no regresaría a sesión y la otra parte del equipo y el terapeuta consideraban que si lo haría ya que ella realmente deseaba cooperar y ayudar a salir adelante a su familia. Ganó la parte del equipo la cual apostaba que no regresaría, posteriormente se le envió una carta para recuperarla como ausente, que sirvió de igual forma de reencuadre. Esta estrategia es propia de los asociados de Milán, la carta decía lo siguiente: el equipo está conmovido por su gran sensibilidad que hizo que no asistieran a terapia, ya que ustedes saben en el fondo saben que su madre necesita aprender a poner reglas y a ejecutarlas, es por eso que el equipo les agradece que le hayan cedido a su madre esta hora, y sabemos que ustedes sabrán si mamá requiere más tiempo para aprender estas reglas, por lo que entenderemos si ustedes faltan la próxima sesión.

Con esta carta se recuperó a Dal y continuó asistiendo hasta el final del proceso terapéutico. Bajó la misma lógica de los asociados de Milán se utilizaron algunas preguntas circulares, sobre todo en el rastreo de la relación con el padre, por ejemplo: *¿y Dan que piensa al respecto sobre el abuso sexual?, ¿si estuviera aquí que nos diría?, ¿que cree que sea lo más doloroso para Dan de esta situación?, etc.* estas preguntas se utilizan bajo la idea de que generan neguentropía en un sistema en el cual hay entropía. De igual forma se utilizó el desafío por parte del supervisión del sistema terapéutico total marcando: el equipo diría *“hay Carolina, Dan saliendo de aquí va a decir no he cierto, mi madre no me quiere”* y *vas a tirar lo que recuperaste, tu decides si lo tiras, hoy descubriste algo, descubriste muchas cosas, tu decides si las cosas que descubriste buenas o bonitas las tiras a la basura saliendo de aquí o te vas quedas”*. Esta intervención facilitó un cambio de actitud en Dan, que favoreció el trabajo con M y con Dal.

Finalmente se utilizó la doble descripción recuperando los puntos de vista de los elementos que conforman el sistema para re-construir los hechos y poder construir las hipótesis pertinentes que guiaron el proceder terapéutico.

4.6.9 Pronóstico del caso B.

Al finalizar el proceso M y Dal pasaban más tiempo juntas, hablaban, se veían en el trabajo y Dal comenzó a hacer quehacer y a cocinar en la casa. Las quejas fueron disminuyendo paulatinamente y Dan se comenzaba a integrar a la diada M-Dal. Conseguir trabajo fue un aspecto clave para Dal. M aprendió a establecer límites y a ejercer su jerarquía, a los cual toda la familia se ajustó

exitosamente ya que las quejas disminuyeron. El pronóstico de este caso apunta a una consolidación mayor entre madre e hija y a una relación afectiva mayor entre hermanas.

4.7 Caso C.

Sede Clínica: Instituto del Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

Número de sesiones: 3

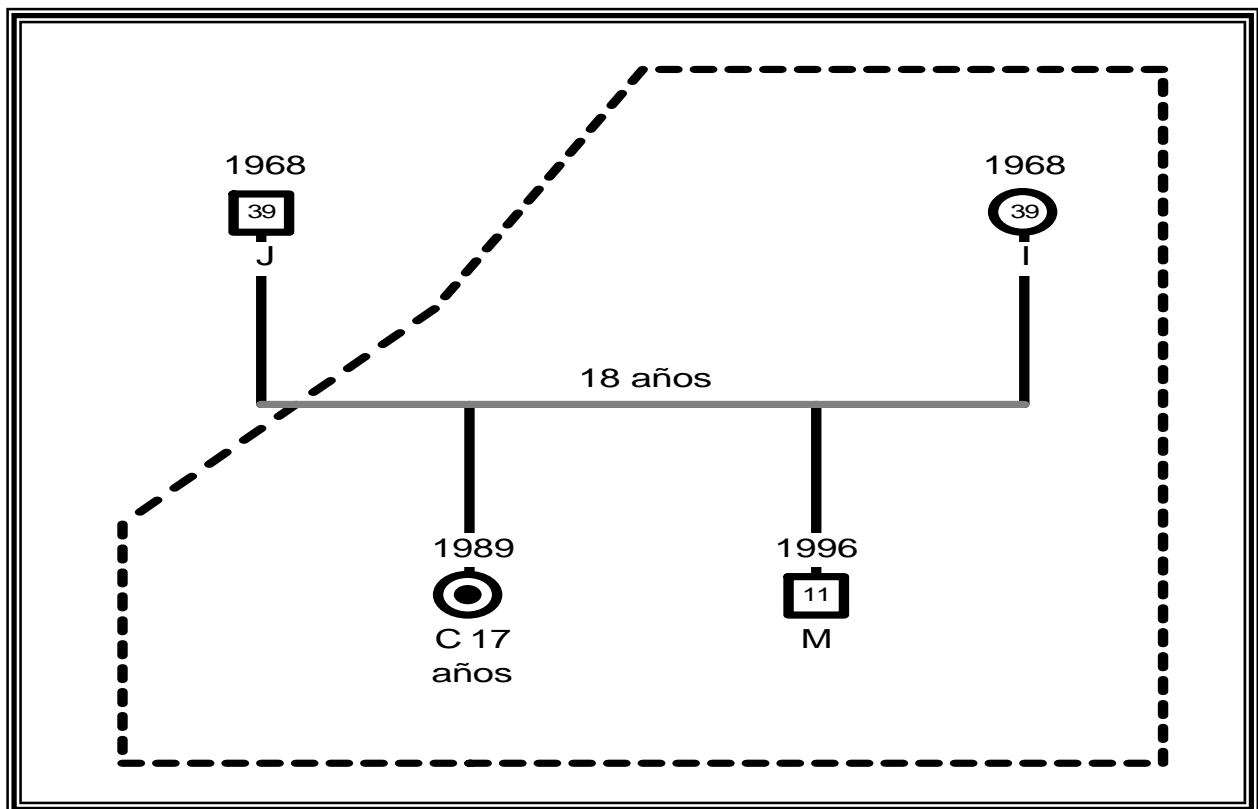
Estado final de la terapia: demanda resuelta.

Terapeuta: David J. Enríquez Negrete.

Supervisores: Mtra. Susana Gonzalez Montoya.

Equipo de supervisión: Jesús Cabrera, Xochitl Gutiérrez, Liliana Reveles, , Rubí Rosales.

4.7.1 Genograma caso C.



4.7.2 Motivo de consulta.

C tiene cambios de estado de ánimo muy rápidos y frecuentes, por momentos se sienta bien y de un momento para otro se siente mal, sus cambios

de humor son muy drásticos (de un estado normal a estados depresivos, tal como lo define su mamá), y en uno de esos cambios intentó suicidarse tomando pastillas, a parte de que la madre reporta que ella no pone atención en la escuela y se pone agresiva con la gente.

4.7.3 Antecedentes caso C.

C tiene cambios en el estado de ánimo, cambia de humor al estado opuesto (de felicidad a tristeza y de tristeza a felicidad) de manera rápida. I y C ya habían tomado terapia en el DIF del Molinito, hace año y medio pero las dieron de alta. Pidieron asistencia a esta clínica porque C intentó suicidarse con pastillas, la psicóloga de la institución dijo que eso era algo normal por la edad, por la etapa de desarrollo que C estaba viviendo. En primer instancia la entrevistó el psiquiatra y la medicaron, pero a ella le daba mucho sueño, luego se le cambio el medicamento y siguió con lo mismo y lo suspendió y comenzó con la terapia (con la psicóloga). Las dieron de alta pero actualmente C volvió a tener dichos cambio de ánimo, por lo que desea retomar la terapia.

C lleva un año y medio con estos cambios de humor, se deprime muy fácilmente. La madre no recuerda ningún suceso hace año y medio pero tiene miedo de que vuelva a atentarse contra su vida, a parte marca que esto tiene consecuencias en la escuela, ya que no pone atención y la considera agresiva con la gente.

C dice que en ocasiones le dan ganas de gritar y que son incontrollables, para controlarlo tiene que hacer algo, lo que sea, no puede estar sentada porque le genera mucha ansiedad. I explica que ella cree que todo comenzó desde hace año y medio cuando M tuvo un novio con el cual ella se encaprichó, a partir de ahí según I, C comenzó a ponerse agresiva y se comenzó a molestar por todo. C considera que lo que sucede tiene más tiempo antes de su relación; ella comentó que con su pareja volvió y regreso en varias ocasiones, y actualmente le tiene mucho rencor y considera que dicha emoción tiene que ver con su problema. En el mes C se siente una semana bien y el resto mal.

J (esposo de I y padre de C) está en Estados Unidos, se fue a trabajar, sin embargo él también está preocupado por la situación de C, J habla mucho con C (inclusive se comunica por teléfono diario con su familia), inclusive él le dice a C qué si lo desea se regresa, pero C trata de no preocuparlo y le dice que todo está bien.

Los suegros de I le hacen comentarios y la molestan diciéndole que debe de haber otra persona con la que I mantenga una relación, ya que J ha estado fuera bastante tiempo, estos comentarios hacen sentir triste a I.

4.7.4 Hipótesis caso C.

La hipótesis de trabajo en un primer momento fue la siguiente: *la periferia del padre desequilibra al sistema, por lo que C puede estar utilizando el síntoma para atraer al padre nuevamente a la familia.*

Esta hipótesis fue en un momento inicial, a pesar de que fueron 3 sesiones, se modificó la hipótesis para la segunda sesión en donde se agregaron tres nuevos elementos: a) la poca diferenciación entre I y C; b) la carga de responsabilidades y problemáticas familiares y personales que recaían a I y ella le platicaba a C, y, c) la complementariedad entre sus interacciones; de tal manera que la hipótesis de trabajo fue la siguiente: *la ausencia de J facilitó la carga de responsabilidades familiares a I, de tal forma que se sobresaturó de responsabilidades, y cuando C observa o siente que su madre ya no puede más, entonces cambia de humor para desviar la atención y que nuevamente se vuelva a activar y comience a hacer cosas para ayudarla a salir de esos estados de ánimo, de esta forma favorece que su mamá no se sienta mal por la sobrecarga que tiene y que nuevamente se vuelva a activar, sin embargo, esto conlleva a que I y C se sobre involucren, a parte de que todo lo que hacen, lo hacen juntas y no se separaban.*

El modificar la primera hipótesis realizada con la entrevista telefónica permitió tener una puntuación general de la situación y la dinámica familiar, posteriormente en la segunda sesión se pudo durante la sesión, cambiar la hipótesis diacrónicamente (según Boscolo y Bertrando, 1996; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998), y trabajar con los fenómenos dinámicos familiares; el co-construir la hipótesis permitió trazar con mayor claridad los ejes de intervención.

4.7.5 Objetivos generales de intervención del caso C.

La segunda hipótesis paso a complementar a la primera, por lo que los objetivos de intervención se ampliaron. Los objetivos fueron dirigidos a la ausencia paterna, al reencuadre y la diferenciación entre el holón parental y fraternal. Los objetivos fueron los siguientes:

- Reencuadre de la situación de la ausencia paterna.
- Cuestionamiento del síntoma
- Reencuadre de la problemática
- Establecimiento de límites
- Facilitación de la diferenciación entre madre-hija.

4.7.6 Modelos de trabajo del caso C.

Los modelos con los cuales se trabajaron en el desarrollo terapéutico fueron: Modelo Estructural y el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Se trabajó simultáneamente con ambos modelos, sin embargo cabe aclarar que para el cuestionamiento del síntoma y establecimiento de límites se utilizó el modelo estructural, para el empoderamiento, excepción y tendencia al cambio se utilizó el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, por tanto en el cuadro descriptivo que se presenta más abajo no se hizo la distinción en tablas separadas (como fue el caso de los ejemplos A y B), sino que se fueron trabajando simultáneamente: a) a nivel de estructura familiar bajo el Modelo Estructural; b) para aspectos a nivel personal y de empoderamiento con el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

4.7.7 Desarrollo general del caso C.

La primera sesión fue clave en cuanto a que al introducir el cuestionamiento del síntoma, la idea de complementariedad entre comportamientos madre-hija y la validación la familia obtuvo cambios positivos. Esto facilitó el trabajo con el establecimiento de límites y la diferenciación entre I y C. El reencubre de las situaciones y problemáticas fue crucial, y en todo momento se llevó a cabo.

4.7.8 Desarrollo cronológico y estrategias de intervención del caso C.

En función de los resultados obtenidos y de los elementos expuestos en la sesión el terapeuta fue utilizando tanto herramientas derivadas del Modelo Estructural, así como del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones. A lo largo del desarrollo de este proceso se marcará las estrategias que pertenecen a uno u otro modelo.

A continuación se marcan las estrategias terapéuticas utilizadas y el desarrollo cronológico del proceso terapéutico:

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>1.- En todo momento se utilizó una posición de coparticipación: desde el inicio y a lo largo de todo el proceso terapéutico se fomentó el joining cercano tanto con I como con C. Esta posición sirve para acercarse a la familia, para ser empático, confrontar o validar (Pertenece al Modelo Estructural).</p>	<p>a) La posición de joining cercano fue un punto crucial en la intervención, ya que gran parte del proceso se validó a la familia, de igual forma se reencuadró diversas situaciones, al establecer un buen joining cercano la familia aceptó los reencuadres sin cuestionamiento. Los ejemplos pueden observarse en los tipos de reencuadre y validación que se presentan más adelante en este cuadro.</p>	<p>I. Facilitó la empatía con la familia. II. Facilitó la aceptación de reencuadres hechos a lo largo de la terapia. III. Facilitó la aceptación de la validación. IV. Facilitó la conexión con recursos personales. V. Facilitó el trabajo con lados fuertes. Gran parte del trabajo se hizo gracias a la buena construcción del joining cercano.</p>
<p>2.- Coparticipación a través del joining intermedio, es decir, el terapeuta se convirtió en un oyente activo, se utilizó para recolectar datos, es decir, para rastrear los eventos y hechos que permitieron construir las hipótesis. Este tipo de coparticipación se utilizó en todo momento en la terapia (Pertenece al Modelo Estructural).</p>	<p>a) Se utilizó mucho durante todo el inicio de la primera sesión, ya que la familia venía preocupada y con la historia de los antecedentes con el psiquiatra y la psicóloga que los entendió en el Molinito. Las preguntas utilizadas fueron por ejemplo: <i>¿podría contarme un poco como estuvo la situación en la cual C acudió al psicólogo?, ¿En ese tiempo hubo algún evento importante que pudiera estar relacionada con los estado de ánimo de C?, en el caso de la C las preguntas eran dirigidas hacia el rastreo de la problemática: ¿Cómo te sientes?, ¿Cómo describirías estos cambios de humor?</i></p>	<p>I. Fue importante en todo el proceso para ir construyendo la hipótesis. II. Facilitó tener información sobre la problemática. III. Facilitó tener información sobre los cambios. IV. Fue crucial al obtener información sobre lo que los otros profesionales habían realizado, sobre lo que había funcionado y lo que no para no incurrir en la retroalimentación positiva y no favorecer al cambio.</p>
<p>3.- Coparticipación a través del joining lejano. El terapeuta se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser componente o la esperanza de cambio, o en ocasiones normaliza para disminuir la angustia (Pertenece al Modelo Estructural).</p>	<p>a) <i>El equipo y yo estamos sorprendidos porque han obtenido cambios de forma muy rápida, y este tipo de situaciones no se presentan frecuentemente, desde nuestra experiencia hemos observado que los cambios son lentos.</i> b) <i>Son una familia especial por la cantidad de recursos con los que cuentan, son pocas las familias que podemos encontrar hoy en día con tantas herramientas a su favor.</i> c) <i>Son una familia con muchos recursos, no habíamos encontrado una familia con todas estas habilidades y características, son la primera familia que conocemos con estas cualidades.</i> d) Pedir que escucharan la voz interior.</p>	<p>I. El terapeuta al ponerse en una posición de experto y marcarle a la familia que era una familia especial, ésta respondió satisfactoriamente a la aceptación de recursos y lados fuertes. II. La tarea expuesta sobre que escucharan la "voz interior" que todos tenemos no se puso en tela de juicio, de hecho, según lo marcado por C eso fue lo que la ayudó a generar los cambios y a aceptarse como es. En este sentido parece ser que la intervención se vinculó en un punto nodal del sistema⁶¹.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>4.-Reencuadre: el reencuadre se utilizó para cambiar el marco interpretativo del problema y dar una nueva puntuación a la situación. A pesar de que el reencuadre se utiliza en muchas escuelas de terapia familiar con nombres distintos (cambio de tipo 2, reencuadre, cambio en esquemas de la realidad, etc.) es una estrategia en común de diversos modelos, como el Estructural y el Modelo Breve Centrado en Soluciones.</p>	<p>b) El terapeuta marca a la familia: <i>Hay dos mujeres sensibles y dos hombres fuertes (a Mauricio se define como fuerte) marcando que l los educó a todos y que lo hizo bien, de tal manera que a ellas les falta un poco de fuerza y a ellos sensibilidad, y se hace énfasis en que nadie puede educar con fortaleza si no es fuerte, ni con sensibilidad si no es sensible.</i></p> <p>c) El haber salido de sus problemáticas se reencuadro como una familia fuerte y con recursos.</p> <p>d) Para l: <i>todos coincidimos que usted es una persona dadora de amor, irradia mucho amor y eso es importante, porque el amor es una especie de fuerza, es como un roble dador de amor, nada más hay que estar viendo que no se nos vaya a quebrar, y es una madre ejemplar en ese sentido.</i></p> <p>e) Para C: <i>te queremos reconocer lo bien que conoces a tu mamá, como sabes y la conoces y detectas inmediatamente cuando tu mamá se encuentra bien, mal, triste contenta, triste, y algo muy importante es que has estado haciendo cosas para ayudarla, para ayudar a que no se quiebre este roble, ¿cómo?, has intentado controlar estos lapsos de tristeza, has intentado dibujar o hacer otras cosas para tratarle de mantener para apoyar a tu mamá, y tu dentro de esta familia especial, con todas estas cualidades estas apoyando para que este roble no se rompa, entonces juegas un papel importante y el equipo te lo quiere reconocer.</i></p> <p>f) Para M: <i>es un buen hijo, un buen hijo y se está convirtiendo en el hombre de la casa, no cualquier hijo hace eso, y usted señora los está educando con esta fortaleza para ser el hombre de la casa.</i></p> <p>g) Para J: <i>cuando hable le dicen que aunque este lejos dejó su corazón aquí, entonces eso es algo que vale mucho y sigue formando parte de esta familia con todas estas cualidades, creemos que es una familia muy especial, porque no en todas las familias se encuentran juntas todas estas cualidades.</i></p> <p>h) Se reencuadra su inteligencia como habilidad al no ponerse a discutir con sus suegros sobre las cosas que le dicen, se le resalta las fortalezas familiares, el apoyo que tiene por parte de su marido, se valida lo especial que es él.</p> <p>i) C considera que su madre ha hecho un buen trabajo aunque su padre no esté, sin embargo cree que le hace falta su papá (l comienza jugar con sus manos y a tallarse los ojos). Se aprovecha la situación para reencuadrar esta situación como "una familia con recursos, ya que han</p>	<p>I. La demanda era por los cambios de humor tan drásticos, la madre llegó a etiquetar como "maniaco-depresivo". A lo largo de la sesión se fue introduciendo la idea de "ciclos de tristeza", ya que los ciclos tienen un inicio y un fin, y la tristeza es un estado de ánimo natural y no patológico como lo pudiera ser la depresión. Tanto l como C dejaron de ver la situación como una enfermedad, lo que abrió la posibilidad a nuevas puntuaciones.</p> <p>II. Resalta la sensibilidad de la familia y la reencuadra como una cualidad que le puede ayudar a detectar lo que sucede en el ambiente. Vincula la sensibilidad con la fuerza para marcar que ambos elementos se encuentran en la familia para salir adelante. Permitió introducir esos elementos que se siguieron utilizando hasta el cierre del proceso terapéutico, sirvieron de base para la validación y otras estrategias como el escuchar la voz interior.</p> <p>III. Se reencuadraron los actos de l como los de una buena madre. Este cambio de percepción redujo tal vez ansiedad y culpa con l al estar sintiendo que fallaba con su rol materna en la familia. Abrió la posibilidad de reafirmarse como buena madre y ver todo lo que había conseguido en cuanto a sus hijos.</p> <p>IV. Introducir la idea de complementariedad entre madre-hija permitió hacer foco e intensidad en una nueva puntuación y en dar un sentido nuevo y una explicación diferente al problema, haciéndose más manejable y resoluble.</p> <p>V. Se retoma la figura paterna aunque esté ausente, ya que sigue siendo una figura centralizada en la familia, de esta forma a partir de la validación, metáforas y/o el uso de símbolos universales (como el corazón) se establece la importancia del amor paternal ante la familia y se hace presente aunque no está físicamente. El recordar estos aspectos y resaltarlos permitió vincularlo a la fuerza familiar para dar empuje en los cambios y metas que la familia quería obtener.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>5.-Validación: hacer que el cliente sepa que sus experiencias y sus puntos de vista son válidos y apreciados. No pertenece esta estrategia a ninguna escuela o modelo en particular, sino que se utiliza como una herramienta fundamental independientemente el modelo.</p>	<p>a) Se valida a la madre referente a la carga, situaciones y problemas que tiene, marcando la preocupación e interés de una madre ejemplar. b) Se validó a la madre como una madre ejemplar, se valida la fuerza para guiar a una hija adolescente, por la pérdida del padre. c) Se valida la sobrecarga de labores y responsabilidades. d) Se valida la ausencia paterna así como las complicaciones que esto pueda acarrear.</p>	<p>I. Al comenzar a validar la familia comenzó a cooperar más. II. Al validar la madre e hija comenzaron a llorar y a expresar sus sentimientos, y se pudo hablar de lo "no hablado", facilitando nueva información al sistema para favorecer al cambio. III. La señora se sintió comprendida y escuchada.</p>
<p>6.-Intentos de solución: se rescataron los intentos de soluciones que la familia había tenido para solucionar su problema, esto con el objetivo de no hacer más de lo mismo o de las acciones que no habían resuelto el problema (Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones).</p>	<p>a) Habían ido al médico y a terapia. b) C intenta controlar sus emociones. c) Dibujar le funciona para poder controlar la situación de los cambios de estado de ánimo.</p>	<p>I. Era importante indagar sobre los diversos intentos de solución, ya que anteriormente habían estado en terapia, y no se quería incurrir en algo que no había dado resultado, en este sentido explorar estas situaciones permitió al terapeuta y al equipo no hacer cosas para fomentar el problema. II. El terapeuta al finalizar la sesión dos comentó que era una familia especial y para dicho tipo de familias se requerían cosas especiales y no cosas como las que ya habían hecho anteriormente con la psicóloga. Esta pregunta más el comentario de "se requieren cosas especiales" generaron expectativa hacia el tratamiento.</p>
<p>7.-Cuestionamiento del síntoma: por lo común la familia ha individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema, cuando el problema no reside en el paciente sino en ciertas pautas de interacción de la familia. El terapeuta cuestiona la idea de la centralización en la persona para extenderla a las pautas de interacción (Pertenece al Modelo Estructural).</p>	<p>a) Se cuestionó el síntoma desfocalizando a C, y marcando que es preocupante la carga que tiene I. Se le dijo: "a nosotros nos preocupa más usted por la carga de trabajo que tiene". Esta intervención permitió conectar con la hipótesis de que cuando I está a punto de desfallecer C se enferma para desviar la atención y para que vuelva a activarse y continúe con las responsabilidades que tiene pendientes.</p>	<p>I. Permitted reducir la angustia de C al ser la culpable de los problemas familiares. II. Sirvió para despanolizar junto con el reencuadre. III. Permitted ir introduciendo una visión sistémica como la complementariedad. IV. Permitted la cooperación no solamente de C sino de I. V. Facilitó para el trabajo a partir de una hipótesis que la familia corroboró. VI. Después de esta intervención, para la siguiente sesión C había tenidos cambios sumamente positivos, y comentó que esta idea la había hecho pensar sobre la relación que tienen sus familiares y sobre el problema.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>8.-Metáfora: la metáfora se utiliza en diversos modelos de terapia familiar, no es privativo de alguno, a nivel teórico, con la metáfora se trabaja con el hemisferio derecho, permitiendo cohesionar varias características o cualidades en un solo objeto, lo que facilita su uso en el lenguaje así como en la terapia.</p>	<p>a) Se le marcó a lo largo del proceso terapéutico a I que era como un roble que es fuerte pero que sin embargo se puede romper. b) Se trabajó con metáfora espacial, y el mensaje de manera analógica llega al hemisferio derecho: se hizo una metáfora sobre un roble que es fuerte, pero que en cualquier momento se puede romper, metafóricamente (arrimando a C a lado de su madre y el terapeuta del otro simulando a M) se pone a I en medio de los dos y se marca al marido, todos recargados sobre I. A continuación se habla de la importancia de descargar a I.</p>	<p>I. Facilito la comprensión el mensaje por parte de I. II. Servió para conectarlo con la hipótesis, el cuestionamiento del sintoma y la validación. III. Las metáforas permitieron el trabajo con otro nivel de información, facilitando la comprensión del contenido del mensaje. IV. La metáfora espacial sirvió como nodo de conexión de diversas intervenciones como el cuestionamiento del sintoma, validación y reencuadres. V. La familia comenzó a hacer más consciente de las interacciones que se favorecían en casa y de la situación que vivía su madre, facilitando apoyo para I.</p>
<p>9.-Foco e intensidad sobre la no diferenciación entre I y C y en complementariedad de sus interacciones vinculadas al sintoma (Pertenece al Modelo Estructural).</p>	<p>a) A lo largo de la terapia se trabajó con haciendo foco e intensificando el mensaje sobre la poca individualización de C y I, ya que I se descarga (con todos los problemas y responsabilidades) y C se desconecta (con sus estados de ánimo). b) C marca que si I se siente bien, entonces ella también, el terapeuta comenta que tal vez C sabe en qué momentos desconectarse para que I se active, se cargue de energía y continúe porque I no se puede quebrar.</p>	<p>I. El centrar estos aspectos en la terapia permitió iluminar interacciones y la pauta se les hizo ver como el comportamiento de I estaba vinculado al de C y viceversa. II. Esta estrategia permitió comenzar a introducir la idea de pensamiento circular, lo que tuvo efecto en la puntuación. III. C comentó que esta idea la había hecho pensar mucho y que se sentía mejor al saber que no era ella solamente la del problema, aspecto que se vinculó a la estrategia de cuestionamiento del sintoma. IV. El hacer foco e intensidad sobre estos aspectos abrió la posibilidad de hacer cosas diferentes para la solución del problema, como comenzar a separarse y buscar alternativas para solucionar el problema.</p>
<p>10.-Tarea basada en aspectos presuposicionales: es una tarea que da por sentado que al realizarse sucederá un cambio o un evento, en este sentido la tarea se encaminó hacia el cambio. Esta tarea fue muy importante en el proceso de terapia ya que tuvo un impacto directo sobre los cambios y la aceptación de C.</p>	<p>a) El terapeuta al finalizar la primera sesión establece la siguiente tarea diciendo: <i>sabemos nosotros que la solución esta dentro de esta familia, y sabemos que ustedes la van a ver también, todas las personas, tenemos una voz interior, pero a veces pensamos en tantos problemas, situaciones, que no la escuchamos y esa voz nos dice para donde ir, para donde encaminarnos, esta semana dense un tiempo para escucharla, seguramente les va a hablar porque siempre habla, póngale atención a lo que dice.</i></p>	<p>I. Esta estrategia tuvo una repercusión directa en C, ya que para empezar cambio físicamente arreglándose y pintándose el pelo, a parte de que había conseguido novio y no se habían presentados los cambios de ánimo. Cuando se le preguntó por otros cambios importantes, ella comentó que ya ha subido de calificación en la escuela, a comenzado a centrarse aquí y ahora, ya pone atención y no le cuesta trabajo, se ha comenzado a juntar con un grupo de amigas y ya sale al receso, nuevamente se hizo foco-intensidad al respecto marcando positivamente estos aspectos.</p>

Estrategia terapéutica		Cambios o beneficios
<p>11.-Lados fuertes: se busca resaltar elementos que si se les comprende y se los utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros (Pertenece al Modelo Estructural).</p>	<p>a) El terapeuta en el mensaje o durante la terapia buscaba resaltar las cualidades o recursos que la familia tenía y vincularlas al cambio, el terapeuta decía: <i>su familia, el cariño, el amor, la sensibilidad y la fortaleza, estamos sorprendidos de cómo en esta familia se encuentra todo esto a la vez, y es impresionante porque no en todas las familias se encuentra todo esto junto, entonces es una familia especial.</i></p>	<p>I. Esta estrategia se vinculó con el joining lejano marcando desde una posición de experto que en la experiencia del terapeuta nunca había visto una familia con tantos recursos juntos. Comentario que puede motivar a la familia e impulsarla al cambio. II. Permite iluminar los recursos con los cuales la familia cuenta para la resolución de sus problemas. III. Se vinculó a los reencuadres de la realidad familiar y a la conexión de recursos personales, sobre todo de I.</p>
<p>12.-Ampliar cambios: el terapeuta marca los cambios y a través de preguntas se encamina a ampliar los cambios. a hacerlos más evidentes y a que otras personas se den cuenta de éstos (Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones).</p>	<p>a) En el caso de los cambios obtenidos en C, I marca que estos cambios los han percatado sus hermanos, sus tíos de C y algunos sobrinos. b) Las personas ahora perciben a C como más tranquila y menos defensiva. c) Los cambios en I los atribuye a que ahora ya trabaja, y su familia se ha dado cuenta de estos cambios. d) I marca que estos cambios se deben al trabajo, los cambios de C, sus hermanas han notado los cambios (le dicen que se ve mejor) y con M la familia de I le ha comentado a M así como sobrinos le han dicho que la ven más tranquila y menos a la defensiva. e) J esta contento de que I este trabajando y que las cosas hayan mejorado con C. f) Estos cambios se pueden ampliar con preguntas como: <i>¿quién más se ha dado cuenta de estos cambios?, ¿qué dicen? ¿quién más se ha dado cuenta de estos cambios?, ¿qué dicen? ¿quién más se ha dado cuenta de estos cambios?, ¿qué dicen?</i></p>	<p>I. Cuando se le preguntaba a I por los cambios sonreía y podía hacer la comparación con el antes y el después. Dicha comparación permite marcar los aspectos del problema y en el presente las características y puntos positivos de lo que están haciendo para la resolución del problema. II. Permite hacer más evidente el cambio no solo al interior de la familia sino al exterior, esto sirvió para conectarlo con el empoderamiento de los cambios. III. Motivó a la familia a seguir con los cambios.</p>
<p>13.-Empoderamiento: se tiene que empoderar al cliente para hacerlo consciente de sus propios cambios y de él/ella son quienes los han conseguido, esto para no fomentar la dependencia a la terapia o al terapeuta, ya que en la vida cotidiana el terapeuta no estará con el cliente, por lo que debe de crearse el control de los cambios que ha logrado.</p>	<p>a) Las preguntas para empoderar a los clientes podrían ser: <i>¿cómo fue que lograste estos cambios?, ¿Qué fue lo que hiciste para conseguirlo?</i> b) Las respuestas de estas preguntas hacen ver al cliente que el cambio no es del terapeuta si no del/ella mism@.</p>	<p>I. En el caso de C los cambios se debieron a que pudo escuchar y hacerle caso a su voz interior. Comenta que a partir de que logró esto pudo aceptarse como es y resolver sus problemas, por lo que en adelante la seguirá escuchando. II. En el caso de I atribuye los cambios al trabajo que encontró.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>14.-Foco e intensidad en los cambios obtenidos en C y I (Perteneciente al Modelo Estructural).</p>	<p>a) C ya no había tenido los cambios de humor, aunque se sentía desmotivada, sin embargo, en la última sesión desapareció esa desmotivación. b) Cambio C su apariencia física. c) Inicio una relación de noviazgo. d) Se comenzó a juntar con un grupo de amigas en la escuela. e) Se volvió más sociable. f) Se volvió más accesible. g) I comenzó a trabajar en un jardín de niños, marca que tiene la autoestima alta, se siente bien, tranquila, segura y a gusto.</p>	<p>I. Permitió hacer la comparación entre el antes y el después. II. Permitió enumerar los cambios y un resumen de lo obtenido en terapia y en su vida cotidiana. III. Ambas sonreían cuando marcaban los cambios. IV. Motiva para seguir sobre las acciones que han tomado para cambiar. V. Permitió conectar con lados fuertes familiares y recursos personales para dirigirlo hacia el cambio.</p>
<p>15.-Búsqueda de excepciones: se buscan las excepciones en donde no se presenta el problema, en este caso le pesaba mucho a I los comentarios de su suegros, quienes les marcaban que tal vez podría haber otro hombre en su vida ya que J estaba en los Estados Unidos, y esta situación le pesaba mucho a I, por lo que se buscaron excepciones de cuando lograba controlar estos comentarios para que no tuvieran repercusión en su estado anímico (Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones).</p>	<p>a) Sus suegros le dicen que debe de haber otra persona porque J esta en los Estados Unidos, y eso hace que se ponga triste I. Se le preguntó que ha hecho en todo este tiempo para ganarle a la tristeza, apoyarse en su esposo, sus hijos, sus familiares (foco en el uso de sus aliados para salir adelante) e I considera que debe de continuar haciendo lo mismo y no hacer caso de comentarios. Se pregunta cómo I puede enseñarle a M a luchar contra la tristeza, se validan las capacidades que tienen ambas, I está segura de que ella puede enseñarle a M a luchar contra la tristeza.</p>	<p>I. Permitió identificar las situaciones en las cuales I podía controlar el problema y con qué medios, en este caso ignorando estos comentarios. II. Si I lograba ignorar los comentarios entonces podía no sentirse triste. III. Buscar excepciones permitió vincularla con el empoderamiento. IV. Se logró conectar ese manejo de la tristeza, con el de su hija, marcándole que tal vez le podría enseñar cómo manejarla. V. Se pudo hacer foco sobre situaciones en las cuales I tenía control sobre el problema, lo que facilitó la posibilidad.</p>

Estrategia terapéutica	Ejemplos	Cambios o beneficios
<p>16.-Establecimiento de límites: se busca regular la permeabilidad de las fronteras que separan los holones entre sí (Perteneciente al Modelo Estructural).</p> <p>También se utilizó desequilibrio: esta estrategia consiste en aprovechar la jerarquía del terapeuta para introducir una crisis. (Perteneciente al Modelo Estructural).</p>	<p>comer, e I le rogó y le pidió que comiera.</p> <p>b) <i>El equipo considera que en estos días que C ha estado un poco extraña, el equipo piensa que está haciendo berrinche, si se piensa que un niño pequeño hace berrinche es para llamar la atención, e I le pone atención, entonces cayó en el juego, por lo que hay que romperlo no haciendo caso.</i></p> <p>c) <i>C ya es una adolescente, que es capaz de decidir cuándo comer, a veces no sabemos si es una niña pequeña de tres años o una adolescente de 17 años, a parte se le estaría dando la posibilidad de crecer, de hacerla más independiente que es uno de los objetivos más importantes de los padres, enseñarles todas las habilidades y capacidades para cuando se tengan que ir, y es una buena oportunidad.</i></p> <p>d) <i>El hecho de que no le haga de comer, de que no la acaricie no quiere decir que no la quiera, sino al contrario, la puede querer dándole la oportunidad de que se desarrolle como adulto, de que carezca aún más, de que se haga más independiente, así cuando su esposo vuelva se dará cuenta de que madre tan maravillosa es y de cómo ha educado a sus hijos. El ser un buen padre implica educarlos, poner límites y reglas y comenzarlos a dejar ser independientes. Por tanto es importante que lo siga haciendo, dejar de hacerle caso en los berrinches, esto para darle más madurez e independencia de que le ha enseñado y a aprendido, esto le va a servir para cuando tenga su familia pueda transmitir esto que aprendió.</i></p>	<p>I. Al buscar establecer límites se busca la diferenciación entre holones (el paternal y el fraternal), ya que parte del síntoma se vinculaba con la no diferenciación entre madre-hija.</p> <p>II. Al dejar de rogarle I a C para que comiera se comenzó a establecer ese proceso de diferenciación.</p> <p>III. Para lograr este establecimiento de límites se utilizó el desequilibrio, en donde se marcaba que C ya no era una niña pequeña, sino una adolescente, esta puntuación permitió a I dejarle de rogar y facilitó ese alejamiento que se requería.</p> <p>IV. El alejamiento que se comenzó a producir facilitó el establecimiento de límites y la no sobreinvolucración entre madre-hija, por tanto, cuando I comenzó a trabajar también hubo un cambio hacia la resolución del síntoma por parte de C.</p> <p>V. Para poder trabajar con el establecimiento de límites también se tuvo que reencuadrar las acciones de I marcando que el hecho de que no le hiciera las cosas era símbolo de una madre que busca la independencia para sus hijos y su autosuficiencia.</p> <p>VI. A partir de estas estrategias se comenzaron a fortalecer cambios que la familia ya venía realizando, como el controlar y no presentar los estados de ánimo radicales.</p>
<p>17.-Conexión con recursos personales de I (Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones).</p>	<p>a) Otros aliados que tiene son sus hijos, su familia, su esposo, el trabajo, el corazón, la inteligencia, se validó sus capacidades y aliados.</p> <p>a) Se le preguntó a I que en relación a C, que evaluara: C antes de venir del 1-10 (1 malo – 10 máximo bienestar), comenta que antes estaba en cero y ahora en 8, e I se califica al inicio un 3-4 y actualmente se valora en un ocho.</p> <p>b) El terapeuta le hizo a C una pregunta de escala (en donde cero equivale a malestar total y diez a bienestar total) sobre cuanto se calificaría cuando llegó y actualmente la calificación que se daría, a lo que respondió que cuando comenzó la sesión se calificaba con un dos y actualmente se califica en un siete, a lo que se le marco la calificación que le daba su madre la sesión anterior, comentaba que entró en un dos y actualmente la ubica dentro de un ocho, haciendo énfasis en que las personas notaban sus cambios.</p>	<p>I. La conexión de recursos personales con los lados fuertes familiares permitieron iluminar, marcar y focalizar las herramientas para resolver el problema, las cuales tenían y que al parecer no se habían dado cuenta.</p> <p>II. Esta conexión con recursos personales se vincula con el empoderamiento de los cambios conseguidos.</p>
<p>18.-Preguntas de escala: estas preguntas están enfocadas a medir la percepción de los cambios y metas del cliente (Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones).</p>	<p>a) Se le preguntó a I que en relación a C, que evaluara: C antes de venir del 1-10 (1 malo – 10 máximo bienestar), comenta que antes estaba en cero y ahora en 8, e I se califica al inicio un 3-4 y actualmente se valora en un ocho.</p> <p>b) El terapeuta le hizo a C una pregunta de escala (en donde cero equivale a malestar total y diez a bienestar total) sobre cuanto se calificaría cuando llegó y actualmente la calificación que se daría, a lo que respondió que cuando comenzó la sesión se calificaba con un dos y actualmente se califica en un siete, a lo que se le marco la calificación que le daba su madre la sesión anterior, comentaba que entró en un dos y actualmente la ubica dentro de un ocho, haciendo énfasis en que las personas notaban sus cambios.</p>	<p>I. Permite hacer comparación entre el inicio de la terapia con problemas y en la actualidad sin problemas.</p> <p>II. Tanto C como I se pudieron dar cuenta de sus avances.</p> <p>III. Permite establecer metas de hasta el puntaje que deseen llegar.</p> <p>IV. Permite hacer foco e intensidad en los cambios obtenidos.</p> <p>V. Se vincula con el empoderamiento de los cambios.</p>

4.7.9 Pronóstico del caso C.

Al finalizar el proceso C ya no tenía los cambios de humor radicales, se había integrado a un grupo de amigas y se sentía más tranquila. Comentaba que se sentía bien al saber que no toda la responsabilidad del problema era parte suya. Al comenzar el proceso de diferenciación con su madre comenzó también a interesarse en otras cosas, considerando de igual forma que M consiguió trabajo. M dejó de preocuparse por C en cuanto al síntoma, ya que no se presentaban tan frecuentemente esos estados de ánimo. Al conectar con sus recursos personales tanto a C como a M se les empoderó y se encauzó para que utilizaran a su favor los recursos que tenían como personas y como familia. El pronóstico de esta familia se dirige a un proceso de diferenciación mayor entre M y C, el mantenimiento claro de límites intergeneracionales entre ellas así como un apoyo mutuo para obtener un mejor proceso de adaptación, facilitando la flexibilidad en el sistema para enfrentar la etapa de ciclo vital de hijos adolescentes.

4.8 Análisis teórico-práctico del abordaje terapéutico de familias con un padre ausente.

Los tres casos presentados anteriormente tienen una constante, “un padre ausente”, dos por separación y uno por migración. Como se ha podido observar los casos tienen similitudes en cuanto a la estructura y dinámica familiar, ya en el análisis teórico-metodológico ha quedado especificado la forma en que se procedió con las tres familias. A continuación se hace la exposición teórico-práctica de las tres familias con padres ausentes.

4.8.1 Análisis teórico – práctico de los casos A, B y C: familias con padres ausentes.

A lo largo del desarrollo teórico-metodológico de los tres casos expuestos anteriormente, se puede hacer un análisis sobre la literatura escrita desde los años sesenta hasta artículos más recientes.

Conforme la sociedad cambia, las problemáticas humanas se hacen más complejas, por lo que los modelos de intervención y los aspectos teóricos tienen que ir evolucionando y transformándose para dar respuesta a las nuevas necesidades que se le plantean.

La concepción de padre como la persona que se vincula con sus hij@s, cabeza de familia y como figura de status y poder social se ve cuestionada en los tres casos presentados, ya que en el caso A y B el padre de familia se encuentra fuera de casa por separación. En el caso A por cuestiones de infidelidad por parte del esposo, produciéndose una separación en la relación, y en el caso B por abuso sexual de una de las hijas la madre de familia decide correr al esposo de la casa, y ambas mujeres tienen que tomar las funciones de un rol paterno a nivel económico, en donde A tiene que ganarse la vida vendiendo gelatinas afuera de

una escuela en las mañanas y por las tardes como vendedora en un tianguis (*ver caso A: 2, b, II*), para el caso de B la madre de familia intensificó su trabajo como estilista en un salón de belleza (*ver caso B: 1, a, I, II*), ambas se convirtieron en el sostén económico de sus familias, ya que de ellas dependía exclusivamente la entrada de dinero al hogar. Otra de las funciones que tuvieron que cubrir fue el referente al de ejercicio del poder ejecutivo de la jerarquía al interior de la familia, ya que culturalmente se tiene la idea de que el padre es la cabeza de familia y quién ejerce la jerarquía en la familia, esto se ha convertido en un rol y como se puede observar en los tres casos, en un mito, que muchas veces se encuentra arraigado en la modernidad de la sociedad. En la caso A la madre de la niña no podía ejercer ese poder ejecutivo ante la niña (*ver caso A: 2, a, II - 3, a, I - 5, f - IV - 7, b, c, d, II, III, IV, V, VI, VII - 8, a, b, c, I, II, III - 9, a, d, e, II, III a- 10, a, b, c, II, III, IV, 12, a, III - 13, d, VI*), para el caso B la madre no era capaz de controlar ni poner límites y ejercer consecuencias con su hija adolescente (*ver caso B: 2, c, e, I, III - 10, c, II, III, IV, V - 17, a, I, II*); ambas situaciones comenzaron a construirse como un síntoma en donde las madres sentían que no tenían el control, y que sus hijas eran más grandes que ellas, generando impotencia para poder controlarlas.

En el caso C la ausencia paterna es diferente, ya que es por migración y se mantiene un contacto telefónico y visitas periódicas con él, y continúa siendo una figura central en la familia. En cuanto al aspecto económico el padre envía jiros de dinero para su familia, sin embargo, al final del proceso terapéutico la madre de la familia C tuvo que comenzar a trabajar no por falta de dinero, sino para comenzar a diferenciarse de su hija (*ver caso C: 14, g, IV, V*), sin embargo, la madre de familia se enfrenta con la toma de decisiones (*ver caso C: 5, b, c, I, III*) y con el cumplimiento del rol del padre (*ver caso C: 4, f, V - 7, a, III, IV, V, VI*). Estos aspectos se resumen en las palabras de Fillingham y Susser (1998) “se pone en tela de juicio al padre como cabeza de familia”, ya que actualmente se encuentran las familias en un incremento de separaciones y divorcios, tal como lo marcan las estadísticas del INEGI (2003b). La migración, sobre todo el padre de familia ha sido también un factor que ha influido en estas ausencias paternas, como lo marca López (2002) desde el primer levantamiento censal de población en la época moderna de México (1895), la migración ha ocupado un lugar importante entre las temáticas captadas. Las estadísticas han aumentado, según el INEGI (2004) la migración en hombres a aumentado de 1950 (12%) al 2000 (17%), facilitando la ausencia del padre en varias familias mexicanas.

Las tres familias atendidas tuvieron problemas en el establecimiento de límites referentes con sus hijos. En el caso A, ya que la hija de tres años comenzó a ser partícipe de problemáticas y temáticas que por límites intergeneracionales correspondería a los adultos, tales como la relación de pareja y problemas conyugales (*ver caso A: 12, a, b, c, d, I, II, III, IV, V, VI*), de tal forma que la niña terminaba aconsejando y siendo la escucha de la madre sobre sus problemas (*ver caso A: 4, d, IV*), aspecto que facilitó empoderar a la niña poniéndola al mismo nivel jerárquico de la madre y convirtiéndose en “un igual” a pesar de tener tres años (*ver caso A: 4, d, IV - 11, a, I*). En el caso B era evidente una falta de diferenciación entre la madre y la hija, ya que la madre no dejaba que su hija: se

hiciera de comer, no le marcaba consecuencias, quería saber en todo momento donde se encontraba su hija y responsabilizándose de sus actos (*ver caso B: 4, h*), por ejemplo, la madre facilitaba dinero al novio de su hija para la renta, la iba a buscar y la rescataba del novio en las peleas que tenían, y estos eventos pudieron haber facilitado la adquisición de jerarquía por parte de la adolescente al aprender que se le “debía de hacer todo” abriendo la posibilidad de ordenarle a su madre (*ver caso B: 2, d - 8, a, c, d, e, f, I, II, III, IV, V, VI*), y por otro lado, aprendió con estas experiencias que le era permitido hacer lo que deseara y al no haber consecuencias aprehendió la jerarquía (*ver caso B: 4, g, IV, V - 8, b, g, h, i, k, I, VII, VIII, IX - 11, C, III, IV*), de tal forma que cuando la madre quiso ejercer el poder ejecutivo no pudo hacerlo. Estos aspectos de la falta de límites estaban conectados con el ejercicio del poder ejecutivo, es decir, con el poder dentro de la familia. Para el caso C se mostraba poca diferenciación entre madre e hija, ya que había límites difusos (*ver caso C: 9, a, b, I, II, III, IV*), esto se veía reflejado en cuanto a que el mundo de la madre se reducía a la vida de la hija, de tal forma que el síntoma era una forma de estabilizar el sistema y distraer a la madre de la sobre carga del trabajo, pero a su vez facilitaba la poca diferenciación (*ver caso C: 16, a, b, c, d, I, II, III, IV, VI, VI*).

Ante la falta de una figura masculina y de padre tradicional, las familias tuvieron este tipo de problemas, probablemente vinculado al rol cultural que se le ha atribuido al padre, y que al enfrentarse a los requerimientos o etapas de ciclo vital familiar sin “el hombre, cabeza de familia” estas familias requirieron un proceso de adaptación para el nuevo funcionamiento familiar sin dicha figura (el padre), de tal forma que el sistema familiar se ayudó con un síntoma para equilibrar su situación ante las demandas externas, sin embargo, al cuestionar este rol tradicional y experimentar subjetivamente una posición diferente (de las madres) en el sistema (Minuchin, 2004) se pudieron obtener cambios a nivel de estructura familiar. Por ejemplo, en el caso A, la madre de familia tenía sentimientos de menosvalía y la culpa de tener que educar a su hija sin un padre, aspecto que la limitaba a tener control sobre su hija (*ver caso A: 2, a, I, II - 7, d, VII - 8, a, I, II - 9, a, b, II, III - 13, b, e, V, VI - 14, a, I, II, III - 21, a, I - 22, c, II*), sin embargo al final del proceso terapéutico pudo conectarse con sus recursos y re-significar su persona y su rol como madre (*ver caso A, 17, a, I, II, III, IV, V*); en el caso B la madre de familia tuvo que enfrentarse a la doble jornada, de tal forma que tenía poco tiempo para convivir con sus hijas, en este caso la falta paterna se tradujo como falta de apoyo en la crianza de los hijos, de tal forma que la madre de familia se tuvo que enfrentar a una serie de situaciones que implicaban presión por no tener suficiente tiempo para el trabajo y su familia (*ver caso B: 1, a, II - 7, a, d, g, I, II, VI, IX - 9, a, c, e, f, I, II, III, IV, V, VI*). Otra de las crisis que enfrentó esta familia por un rol tradicional paterno fue “el ideal social de tener una familia completa”, aspecto que la hija menor recalca y le generaban sentimientos de tristeza y anhelo, echándole la culpa a su hermana de haber corrido a su padre, ya que fue ésta quien fue abusada sexualmente por él (*ver caso B: 4, i, V - 10, a, I*). Finalmente al cierre del proceso terapéutico la madre comenzó a empoderarse y a obtener cambios, que influyeron directamente en su puntuación y en su rol (*ver caso B: 14, a, b, I, II, III - 16, a, b, c, d, I, II, III, IV*) facilitando la obtención de

cambios en la familia a partir de que la madre de familia comenzó a actuar de manera diferente. Para el caso C, el proceso de adaptación de la familia se generó a partir de la poca diferenciación entre madre e hija, de tal forma que la hija con el síntoma distraía a la madre para que ésta no desfalleciera ante tanta presión de guiar a la familia sin un apoyo como el padre para la crianza de los hijos adolescentes (*ver caso C: 4, f, V - 5, b, c, I, III - 7, a, III, IV, V, VI*), ya que éste solamente cumplía con un rol de manutención al mandar dinero de los Estados Unidos.

Estas formas de comportamiento de las tres familias tiene una vinculación directa con el macrosistema cultural, como lo marca Yablonsky y Padilla (1990), los cambios sociales tienen una repercusión directa sobre la estructura familiar, específicamente sobre los roles que el padre y la madre juegan. El caso de las tres familias atendidas, se hace explícito el cambio de roles de las mujeres para cubrir una necesidad demandada por el sistema familiar y un macrosistema como el cultural. La prueba más visible según González (2002) es la inserción de la mujer en el campo laboral, por ejemplo, en el caso A la madre de familia era comerciante (*ver caso A: 2, b, II*); en el caso B la madre de familia era estilista de un salón de belleza en un centro comercial (*ver caso B: 1, a, I, II*) y en el caso C la madre de familia no comenzó a trabajar a partir de que su esposo emigró, sino que fue al final del proceso terapéutico que entró a trabajar en un jardín de niño (*ver caso C: 14, g, IV, V*).

Este evento social es un parteaguas en el establecimiento y delimitación de roles, ya que anteriormente esta función era privativa de los varones, sin embargo, la mujer comienza a adquirir nuevas funciones y roles en la sociedad y la familia. Esta situación laboral se hace indispensable en familias en donde se encuentra la falta física de un padre, como se puede observar en las familias A y B; para el caso de la familia C hay apoyo económico por parte del padre, sin embargo, al final de la terapia, la madre de familia decide trabajar, adquiriendo un status diferente al insertarse al campo laboral, posiblemente vinculado un status social y de poder diferente⁶², y que tal vez haya facilitado el ejercicio de la jerarquía y establecimiento de límites en el caso de los tres ejemplos presentados.

Al no tener un compañero de apoyo y ocupar gran parte del día en el trabajo y en su familia, se convierten en mujeres de doble jornada (Duran, 1987), y esto lleva a una repercusión a nivel físico y psicológico. Como lo marca Matamoros y Soria (2003), "una mujer puede cumplir muchos papeles dentro de su vida social e individual y ello repercute en su diario proceder...". Al tener muchas responsabilidades y actividades se puede producir un problema dentro de estas madres de familia. Según Magally (2002) algún tipo de tensión emocional, y en general, la situación empeora para quienes son madres con hijos e hijas pequeños, y que deben cumplir una jornada compleja de trabajo. Por ejemplo, en el caso A la madre tenía malestar y tensión por los problemas de conducta de su hija, sobre todo, el aspecto referente a no poder controlarla (*ver caso A: 2, a, I, II - 7, d, VII - 8, a, I, II - 9, a, b, II, III - 13, b, e, V, VI - 14, a, I, II, III - 21, a, I - 22, c, II*) y por otro lado la tensión de la separación de su pareja y el proceso de duelo

que esto implica (ver caso A: 15, a, I, II, III, IV – 16, b, I, II, III – 18, a, b, c, I, II, III, IV – 20, a, I, II, III, IV – 21, b, II – 22, a, I). En el caso B era aún más notorio la gran cantidad de tiempo que la señora dedicaba al trabajo y los problemas generados en el hogar por la ausencia del padre y por la ausencia de la madre por cuestiones laborales, aspecto que facilitaba el establecimiento de límites difusos y la falta de jerarquía, lo que a su vez fomentaba un contexto violento (ver caso B: 4, g - 11, C, III, IV), problemas económicos por la manutención de la casa y sus hijas (ver caso B: 5, a, I), culpa por el abuso sexual de su hija (ver caso B: 6, a, b, II, III), así como un desgaste y un cansancio a nivel físico y psicológico (ver caso B: 7, a, I). Para el caso C el malestar era manifestado a través de una sobrecarga de trabajo como madre al faltar el apoyo paterno para la crianza de los hijos, de tal forma que la madre tenía mucha responsabilidad al tomar las decisiones y generar el ambiente propicio para la educación de sus hijos (ver caso C: 4, f, V - 5, b, c, I, III - 7, a, III, IV, V, VI). Este aspecto de la falta del padre en las mujeres de doble jornada es crucial, ya que este apoyo se hace indispensable, tal como lo marca Bonino (2000), con la falta de un padre que apoye a la familia se generan muchos problemas en las mujeres-madres trabajadoras, ya que su escaso o nulo involucramiento las sobrecarga en la tarea del crecimiento de sus hij@s.

El varón, en la actualidad cumple como apoyo en las funciones y necesidades de la familia. Cuando ambos padres trabajan, en la ausencia de uno el otro busca cumplir con las funciones que se requieran para criar a los hijos, sin embargo, cuando solamente hay un padre que trabaja, se generan huecos con los hijos, dejándolos solos y no llenando esas necesidades que ellos requieren. Esta situación la podemos observar en el caso de la familia A y B. Específicamente en el caso de la familia A, se tenía el apoyo de la familia extensa, que fue una buena red de apoyo para la resolución del problema, la abuela materna apoyaba a la madre de casa con algunos cuidados de la niña, (ver caso A: 2, b, II – 13, a, I), sin embargo, cuando la abuela ni la madre podían estar con ella se generaba este hueco del que hemos hablado. La niña comenzaba a comportarse mal como una forma de jalar a la madre al sistema y recibir atención (ver caso A: 5, h, VIII – 6, b, III, IV). En el caso de la familia B, las hijas adolescentes aprovechaban la ausencia materna de siete de la mañana hasta la diez de la noche para hacer lo que desearan (ver caso B: 2, c, e, I, III – 10, c, II, III, IV, V – 17, a, I, II), facilitando la pérdida del poder ejecutivo y el establecimiento de límites difusos, facilitando la construcción de un problema o de un síntoma. Este hueco conformado por la ausencia de una figura paterna para cubrir necesidades de crianza se puede vincular al síntoma. Esta situación demanda nuevas cualidades y habilidades, como lo marca Yablonsky y Padilla (1990), “a medida que esto tiene lugar, el rol paterno se vuelve cada vez más significativo como influencia en la personalidad del niño [...], y los padres deben estar preparados para llenar el vacío creado por sus esposas que trabajan”, por lo que la ausencia de una figura paterna puede tener influencia en la gestación de problemas, como se puede apreciar en el caso de la familia A y B.

Bonino (2000) resalta que no es la ausencia física lo que produce muchos de los problemas en las madres de familia e hij@s, sino que es debido a factores

contextuales que crean inseguridad, y no a la propia ausencia (Bonino, 2000). De esta forma se puede observar la importancia que tiene para la familia la presencia física de un padre así como su ausencia.

En las situaciones de las tres familias (A,B y C) se hace evidente y una constante: **a) la inseguridad para educar a sus hij@s que se puede ver reflejada a partir de que las madres de familia tuvieron un cambio de experiencia y descubrieron que son capaces de educar y criar a sus hijos** (ver caso A: 17, a, I, II, III, IV, V - 2, a, I, II - 7, d, VII - 8, a, I, II - 9, a, b, II, III - 13, b, e, V, VI - 14, a, I, II, III - 21, a, I - 22, c, II - ver caso B: 1, a, II - 7, a, d, g, I, II, VI, IX - 9, a, c, e, f I, II, III, IV, V, VI - 14, a, b, I, II, III - 16, a, b, c, d, I, II, III, IV - ver caso C: 4, f, V - 5, b, c, I, III - 7, a, III, IV, V, VI); **b) inseguridad para ejercer el poder ejecutivo**, según Abelson & Saayman (1991) la jerarquía generacional, y la dinámica con los hijos⁶³ es cuestionada, se pone en tela de juicio las opiniones parentales y su autoridad (ver caso A: 2, a, I, II - 7, d, VII - 8, a, I, II - 9, a, b, II, III - 13, b, e, V, VI - 14, a, I, II, III - 21, a, I - 22, c, II - ver caso B: 4, g, IV, V - 8, b, g, h, i, k, I, VII, VIII, IX - 11, C, III, IV). Freir y Trifiletti (1983) complementan marcando que la estructura jerárquica de la familia cambia dramáticamente y los adolescentes crecen en relaciones de la paridad con sus padres que se encuentran apenados por la separación o el divorcio, facilitando problemas familiares. Tal como lo marca Abelson (1983) se produce un debilitamiento de las funciones parentales, como la escasez de funciones de guía y de control, ya que desaparece la cooperación y la díada parental; **c) inseguridad para el establecimiento de límites** (ver caso A: 12, a, b, c, d, I, II, III, IV, V, VI - ver caso B: 2, d - 8, a, c, d, e, f, I, II, III, IV, V, VI - ver caso C: 9, a, b, I, II, III, IV). Según Sorosky (1997) la ausencia de un padre por divorcio puede tener un impacto en los límites generacionales facilitando problemas al interior de la familia; **d) se coincide con Colón (1978) y Abelson (1983) quienes marca que se podría reaccionar a la pérdida paterna con comportamientos de rebeldía**, como la niña del caso A y la adolescente del caso B; **e) el aspecto del trabajo y el financiero**, esfera que es congruente con el estudio planteado por Stewart (1992) en donde se puntualiza que la separación de una figura parental empeora la condición social y financiera de la familia (ver caso A: 2, b, II - ver caso B: 1, a, I, II - ver caso C: 14, g, IV, V).

Todos estos elementos en conjunto facilitaban una auto percepción de madre ineficaz. Por tanto, en el trabajo terapéutico se torno crucial el empoderamiento de los cambios obtenidos, sobre todo en el aspecto del ejercicio del poder como rol parental y del establecimiento de límites.

Por otro lado, hubo ciertas particularidades que las tres familias presentaron: por ejemplo, la familia A al inicio de la terapia se encontraba con una estructura de triangulación entre la hija y los padres (Ver caso A: 12, b,c, IV, V) ya que el padre de la niña la frecuentaba seguido y se la llevaba a pasear y a la casa de su abuela, en este tiempo el padre de la niña le hablaba mal sobre su madre y la aconsejaba que la dejara y que él se encargaría de ella, le enseñaba groserías para que se las dijera a su madre y le cuenta sobre los problemas que tiene con

su madre y le inventa chismes. Abelson & Saayman (1991) marcan que en divorcios y separaciones esta configuración es común, y en donde también se debe de resaltar el problema de conflicto de lealtades, en donde la niña tuvo que responder a ambos padres, por un lado a su madre que pasaba con ella mayor tiempo, y por otro lado con el padre y sus promesas y regalos. En este sentido la familia A vivió una situación que cuadra con los resultados de los autores ya que la hija pequeña estaba triangulada entre su madre y el padre que la visitaba ocasionalmente.

En el caso de familia B, la madre comentaba que había encontrado un paquete de hierbas y que en una ocasión su hija le dijo “hasta me mantienes mi vicio, las drogas”, sin embargo jamás se corroboró. Este dato de ser cierto podría coincidir con los resultados encontrados por Gerard y Kornetsky (1954) Oltman & Friedman (1967) en cuanto a la asociación entre padre ausente y el uso de drogas.

Otro estudio reportado por Westman (1972) marca que cuando hay ausencia del padre los hijos tienden a idealizar al padre ausente. Esto tiene consecuencias para la formación de la autoimagen y también, en que se puede identificar al padre como un mito. La hermana menor presentaba idealización del padre y de una familia “feliz”, se recordará que culpaba a su hermana mayor del abuso sexual y del hecho de que hubieran corrido de la casa a su padre, por tanto le atribuía la culpa de que su familia tuviera un padre ausente y no fuera una familia “feliz” (*ver caso B: 4, i, V – 10, a, I*). Durante las sesiones terapéuticas al hablar del padre hacia comentarios idealizados sobre como serían las relaciones familiares y personales si no se hubiera ido de casa.

En el caso de la familia C se mostraban resultados similares a los expuestos por Weissner, (1964), quien encontró una asociación entre pacientes maniaco-depresivos y padres débiles y que eran percibido como una figura vaga o difusa. En esta familia el padre era inmigrante, su presencia física era débil, ya que llevaba años en Estados Unidos, y la comunicación que mantenían era telefónica, sin embargo era una figura centralizada a pesar de su ausencia, pero la paciente identificada fue diagnosticada por el psiquiatra como “maniaco-depresiva. Esta etiqueta médico-diagnóstica fue realizada por el psiquiatra que anteriormente había visitado, de tal forma que este profesional contribuyó con la construcción del problema, por lo que fue importante el trabajo con la realidad familiar (*ver caso C: 4, a, b, c, d, e, f, g, h, i, I, II, III, IV, V*).

La paciente identificada de la familia C interactuaba de manera antisocial (*ver caso C: 12, c, d, I, II – 14, c, d, f, II*) con sus amigos y familiares lejanos, este dato coincide con el estudio de Goldstein (1984), quien reporta que en las familias que hay padre ausente los hijos se muestran con conducta antisocial, sin embargo, a comparación con estos resultados del autor, la paciente identificada de la familia C no presentaba problemas con la policía. También se coincide con Gregory (1958) quien ha reportado que la pérdida del padre por muerte o separación está asociada con casos antisociabilidad. Sin embargo no se coincide

en cuanto no se presentan conductas delictivas, psicosis o esquizofrenia. En el caso C, únicamente la adolescente no quería interactuar con el grupo de amigas o hacer actividades con chicas de su edad, inclusive su familia la percibía aislada, agresiva y distante, al final del proceso terapéutico, la adolescente comenzó a tener un noviazgo, cambió su comportamiento con la familia y se integró a un grupo de amigas.

Dentro de la misma familia se observaba un proceso de no diferenciación entre madre-hija (*ver caso C: 16, a, b, c, d, I, II, III, IV, VI, VI*), lo que se vincula con lo expuesto por Abelson (1983) quien ha planteado a partir de estudio que los adolescentes pueden verse envueltos en una coalición rígida con una madre que necesita protección por la separación del padre, aspecto vinculado a los límites entre holones (*ver caso C: 9, a, b, I, II, III, IV*). Se recordará que el comportamiento del síntoma estaba vinculado a una forma de proteger a la madre, en el momento en que la madre sentía que iba a desfallecer por la sobrecarga, la hija la ayudaba con el síntoma a desviar la atención y a que se volviera activar ahora con cuidados para ella (*ver caso C: 4, f, V - 5, b, c, I, III - 7, a, III, IV, V, VI*). Este tipo de interacción facilitó el establecimiento de límites difusos entre ellas.

Un aspecto que solamente se presentó en las familias A y C fue la sobreprotección hacia el paciente identificado, por tanto esto facilitaba la no diferenciación entre madre-hija, tal como lo marca Abelson (1983) se puede bloquear el desarrollo y la autonomía de los hijos al sobreprotegerlos demasiado. En cuanto al caso A no se presentaba una sobreprotección. En el caso B la madre se hacía responsable de los actos de su hija mayor acatando las consecuencias y responsabilidades, como por ejemplo, sus problemas de pareja (*ver caso B: 4, h*), en alguna sesión la madre marcó que su hija se fue de casa, y a las pocas horas le habló para que la fuera a recoger porque no tenía dinero, estaba perdida y se había peleado con el novio, de igual forma la madre apoyaba económicamente al novio de su hija a pesar de los insultos y de que nunca le pagó el dinero que le pedía prestado. Para el caso C, el mundo de la madre de familia giraba en torno a la resolver las demandas de la familia y de su hija la mayor, ya que gran parte del día la pasaban juntas, por tanto el trabajo de la señora facilitó el inicio del proceso de diferenciación que se conectó con los cambios obtenidos en la paciente identificada (*ver caso C: 16, a, b, c, d, I, II, III, IV, VI, VI*).

Por otro lado no se presentaron en ninguna de estas tres familias trastornos psiquiátricos (Kempner, Iverson y Beisser, 1962), conducta delictiva (Carek, Hendrickson & Colmes, 1961), fobia escolar (Levenson, 1961) o problemas con la ley (Goldstein, 1984) que son aspectos sumamente marcados en la literatura y que se vinculan a la ausencia paterna. En el caso de drogadicción (Wolk y Diskirk, 1961; Rosenberg, 1971; Howard, 1975) que también se encuentra en la literatura una asociación fuerte queda en duda la familia B, sin embargo A y C no presentaron problemas de drogadicción.

Una vez marcadas las constantes y similitudes, así como los aspectos divergentes en las tres familias atendidas es importante hacer una comparación

teórica de las directrices que se recomiendan para terapia desde la literatura existente, y desde las acciones tomadas por el terapeuta (que ya anteriormente fueron descritas).

Gran parte de las directrices terapéuticas que se recomiendan en la literatura van dirigidas al establecimiento de acuerdos entre la pareja, aunque el padre se encuentre físicamente ausente por separación o divorcio. En el caso de las tres familias presentadas la situación era diferente, ya que en el caso de la familia A el terapeuta y el equipo consideró pertinente la ruptura de lazos con la ex - pareja ya que se fomentaba la triangulación con la hija, en el caso de la familia B ya había acuerdos sobre las visitas, el establecimiento de horarios y actividades con el padre, en el caso de la familia C el padre se encontraba físicamente en otro país.

Las constantes que se pudieron trabajar en las tres familias fueron las siguientes:

- Se buscó el trabajo para reestablecer la jerarquía parental, al trabajar la jerarquía también se busca aumentar la capacidad parental. Esta directriz es argumentada por Abelson (1983) (ver caso A: 2, a, I, II – 7, d, VII – 8, a, I, II - 9, a, b, II, III – 13, b, e, V, VI – 14, a, I, II, III – 21, a, I – 22, c, II - ver caso B: 4, g, IV, V – 8, b, g, h, i, k, I, VII, VIII, IX – 11, C, III, IV).
- Se propició en terapia los espacios adecuados para poder oír la ansiedad y el dolor de los hijos, esto para que las madres estén más enterados de sus necesidades. De igual forma se ayudó a las familias a identificar sus fuerzas y recursos para hacer frente a la situación, así como explorar otras maneras de enfrentar el problema (ver caso A: 2, a, b, c, d, e, I, II – 13, b, e, V – 18, a, b, c, I, II, III, IV – ver caso B: 2, a, b, c, d, e, f, g, h, i, I, II, III, IV, V – 4, a, b, c, d, e, f, g, h, i, I, II, III, IV, V – 5, a, b, I, II, III, IV, V – 9, a, b, c, d, e, f, I, II, III, IV, V – ver caso C: 2, A, I, II, III, IV – 5, a, b, c, d, I, II, III). Para este objetivo se utilizó el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Finalmente se evitaron etiquetas patologizantes. Estas propuestas según Ahrons & Tanner (2003).
- Se trabajó con toda la familia o el mayor número de ellos. Esta propuesta la realiza Coane (1977) (ver cuadros de análisis de casos de casos A, B y C).
- También se buscó la restauración de las funciones y consolidación del holón parental, que tienden para derrumbarse bajo tensiones personales e interpersonales de la separación de la pareja (Abelson, 1983). Estos resultados pueden verse reflejados en el ejercicio del poder ejecutivo, el establecimiento de límites claros y en la resolución del problema (ver cuadros de análisis de casos A, B y C).
- Se trabajó en el reestablecimiento de límites generacionales para que no se generen problemas al interior de la familia, sobre todo para la reestructuración de la ausencia paterna (Coane, 1977; Sorosky, 1997) (ver caso A: 12, a, b, c, d, I, II, III, IV, V, VI - ver caso B: 2, d - 8, a, c, d, e, f, I, II, III, IV, V, VI - ver caso C: 9, a, b, I, II, III, IV).

- Se recuperaron las funciones de guía y poder ejecutivo para reestablecer jerarquías a nivel parental (Abelsohn, 1983) (ver caso A: 2, a, I, II – 7, d, VII – 8, a, I, II - 9, a, b, II, III – 13, b, e, V, VI – 14, a, I, II, III – 21, a, I – 22, c, II - ver caso B: 4, g, IV, V – 8, b, g, h, i, k, I, VII, VIII, IX – 11, C, III, IV).
- Se re-establecieron nuevas relaciones con los hijos (Minuchin, 2004). Las nuevas relaciones establecidas se pueden observar en los resultados obtenidos por familia (ver cuadros de análisis de casos A, B y C). En el caso A al establecer los límites generacionales la madre comenzó a tratar a su niña como su hija, le comenzó a poner más atención y a ejercer su jerarquía; para el caso B, la madre y las hijas pasaban más tiempo juntas, se veían un rato en el trabajo y en la casa al llegar se apoyaban entre todos, la adolescente comenzó a hacer quehacer e inclusive a cocinarle a su madre; en el caso C, se produjo la diferenciación entre madre e hija, lo que facilitó que el síntoma desapareciera y que cada una pudiera tener intereses y realizara actividades diferentes.
- Se fomento a lo largo de todo el proceso terapéutico la vinculación entre los miembros de la familia (Minuchin, 2004) (ver cuadros de análisis de casos de casos A, B y C).
- Gran parte del trabajo realizado se llevó a cabo con las “realidades familiares” para buscar la adaptación de las distorsiones que acompañan el proceso de la separación y la restauración de una visión relativamente más adaptativa de la realidad de la familia (Abelsohn, 1983) (ver caso A: 4, a, b, c, d, I, II, III, IV – 13, a, b, c, d, e, I, II, III, IV, V, VI - 16, a, b, I, II, III – ver caso B: 7, a, b, c, d, e, f, g, h, i, I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX – 12, a, b, c, d, e, f, g, h, I, II, III, IV, V, VI, VII – ver caso C: 4, a, b, c, d, e, f, g, h, i, I, II, III, IV, V).
- La identificación de los sistemas disponibles para ayudar y apoyar a la familia, como por ejemplo la familia extensa, la vecindad, la escuela, la iglesia, etc. (Colón, 1978, Minuchin, 2004). Durante el joining intermedió se exploraron las posibles redes de apoyo y sistemas que pudieran facilitar la resolución del problema. En el caso A la familia extensa, los cuidados de la abuela; para el caso B la familia extensa de la ex – pareja; en el caso C, se puede identificar el apoyo de profesionales extras como el psiquiatra y psicólogos, es decir, sistemas de salud.

Los puntos expuestos anteriormente hacen referencia a los puntos en común trabajados en terapia por las tres familias. Por otro lado también hubo puntos que se trabajaron específicamente para cada familia, ya que las características y necesidades de cada una de las familias era diferente.

Por ejemplo, en el caso A se trabajó bajo las directrices que propone Coane (1977), en cuanto a que se facilitó la separación emocional entre la pareja. En un segundo momento de la terapia, el usuario planteo la necesidad de quererse desvincular emocionalmente de su pareja ya que le producía dolor y malestar, en sus palabras “lo quiero sacar de aquí (golpeándose el pecho)” (ver caso A: 15, a, I, II, III, IV – 16, a, b, I, II, III – 17, a, I, II, III, IV, V -18, a, b, c, I, II, III, IV – 20, a, I, II, III, IV – 22, a, b, c, I, II, III). Otro aspecto que se trabajó fue en palabras de Coane

(1977) “evitar que los hijos se impliquen como abogados de uno u otro padre en sus problemas”, si se recuerda el caso, la hija se inmiscuía en los problemas de pareja, inclusive se generó la metáfora de que la niña se había convertido en su consejera matrimonial (*ver caso A: 11, a, I*), este aspecto se trabajó a través de dicha metáfora y del establecimiento de límites entre holones.

En el caso de la familia B se siguieron las directrices marcadas por Colón (1978), ya que la madre no se negó a dar información o platicar sobre su padre y como era, esto es un aspecto positivo ya que situaciones pueden ser confusas y provocar ansiedad por la idealización de un padre que en realidad pudo ser un psicópata, alcohólico, etc⁶⁴. En este sentido, se abrieron espacios para expresar las situaciones de violencia y reconocer que se ejercía en casa y hablar sobre lo violento que era el padre, tanto física como sexualmente (*ver caso B: 4, a, b, c, d, e, f, i, I, II, III, IV, V*). El choque de la fantasía y de la realidad puede ser doloroso y conducir a un estado incluso mayor de la confusión para el hijo. Este aspecto se puede observar en el caso B cuando se trabajó sobre la puntuación de la hija menor referente al ideal de tener una familia feliz y completa (*ver caso B: 4, i, V – 10, a, I*). También esta familia tenía visitas periódicas del padre, y a pesar del abuso se tenía una reconexión con él, y esto facilita obtener un sentido aún más completo del *self*.

De igual forma se trabajó bajo el eje que propone Walter & Messenger (1979) en donde se hace indispensable el trabajo con las expectativas de los hijos en cuanto a que un padre cuando se separa de la casa rompe con esas expectativas que se desarrollaron a lo largo del tiempo, de tal manera que el padre puede estar fuera y no disponible para el reaseguro físico-emocional inmediato que era posible cuando vivía en casa. La madre de familia acordó visitas periódicas una vez al mes o la quincena para que sus hijas pudieran ver a su padre pero siempre bajo la supervisión de la madre, en este sentido, el padre otorga el aspecto afectivo y de apoyo personal, pero no el económico o de protección. Una vez establecidos estos roles la familia se adaptó para superar la crisis familiar y de esta forma se configuraron a partir de la definición implícita de ese rol de padre ausente.

En el caso de la familia B y C se trabajó con la puntuación de cada uno de los hijos en función de cómo vivieron la experiencia de la ausencia paterna (*ver caso A: 4, a, b, c, d, I, II, III, IV – 13, a, b, c, d, e, I, II, III, IV, V, VI - 16, a, b, I, II, III – ver caso B: 7, a, b, c, d, e, f, g, h, i, I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX – 12, a, b, c, d, e, f, g, h, I, II, III, IV, V, VI, VII*). Para Coane (1977) es un elemento importante en este tipo de familias. En el caso de la familia B se abrió el espacio para que la hija menor pudiera expresar su descontente y su inconformidad, así como las emociones que giraban en torno a esta ausencia (*ver caso B: 4, i, V – 10, a, I*). En el caso de la familia C, se construyó un espacio de contención para que la hija pudiera expresar sus sentimientos hacia la salida del hogar del padre, igual que la madre. Al final del proceso terapéutico la paciente identificada comentaba lo que sentía al ver a su madre sufrir por la ausencia de su pareja y como ella se sentía mal al ver tan triste a su madre.

4.9 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas.

Dentro de la terapia se pueden delimitar distintos sistemas de análisis, éstos van a depender de cómo la persona que observa (terapeuta) traza los límites de cada uno de éstos. Troya y Aurón (1988) delimitan las siguientes unidades (o sistemas) de análisis como puntos cruciales en el proceso terapéutico:

- a) Sistema Terapéutico: conformado por el sistema familiar y el terapeuta.
 - b) Sistema de Supervisión: conformado por el equipo de supervisión y el supervisor
 - c) Sistema de Terapeutas: conformado por el sistema de supervisión y el terapeuta.
 - d) Sistema terapéutico total: sistema terapéutico más el sistema de supervisión.
- Sistema Terapéutico (Sistema familiar + terapeuta): fue una unidad de análisis de los pioneros de la terapia familiar, por ejemplo, Hoffman (2005) marca que en los inicios de este enfoque los primeros terapeutas comenzaron a considerar al terapeuta en relación con la familia, ejemplos de esto es Salvador Minuchin, Carl Whitaker, Natan Ackerman, Jay Haley, solo por mencionar algunos. Este primer análisis se puede ubicar en la cibernética de primer orden, lo que facilita según Keeney (1991) que el terapeuta ejerce influencia sobre la familia, los valores del terapeuta entran en juego, se hacen inservibles los conceptos de objetividad y neutralidad en la terapia, es el orquestador de las interacciones y formas de organizar la terapia, dirige, medida entre los miembros de la familia, utiliza su presencia para fomentar los cambios o las posibilidades de éste. Sin embargo cabe resaltar de qué en el momento en que el terapeuta se considera como influyente, se hace consciente de su persona en la terapia y la influencia que tiene en la familia y viceversa el sistema se convierte en un modelo cibernético de segundo orden.

Desde mi experiencia dentro de esta residencia puedo comentar que la postura de la cibernética de segundo orden rompió con mis esquemas de trabajo, los cuales utilizaba para intervenir clínicamente, en este sentido, al aceptar ser parte de un mismo sistema, y de que no se pueden ser neutrales ni objetivos, en este sentido comencé a ser más cuidadoso con mi persona, mis palabras y mi propia historia, ya que este esquema de trabajo conlleva a un análisis bidireccional y circular, en donde no solamente el terapeuta influye en la familia, sino también la familia en el terapeuta, en este sentido, las familias me permitían reflexionar sobre mi quehacer profesional y sobre mi propia persona, de tal forma que considero que llevé paralelamente dos aspectos cruciales para mi formación, por un lado el análisis de mi trabajo como terapeuta y por otro, el análisis para crecimiento personal. En el momento de emparejar estos dos aspectos y dejarlos de percibir por separado comencé a darme cuenta de la importancia que tiene “la persona del terapeuta” y el “utilizarse” para facilitar las condiciones para el cambio, pensando

en términos de totalidades (familia + terapeuta). Esta visión me otorgó un mayor sentido de responsabilidad ante la familia, ya que bajó este esquema de trabajo cualquier acción del terapeuta tiene una repercusión, lo que ha facilitado el desarrollo de mi autoconsciencia desde la postura y lenguaje corporal, hasta las palabras que digo, el orden de las mismas y como las menciono, el asumir esta influencia y esta autoreferencia me ha llevado a desarrollar una práctica terapéutica más ética.

- Sistema de Supervisión (Equipo de supervisión + supervisor): otro sistema que entra en juego en la terapia a parte del sistema terapéutico es el llamado sistema de supervisión que es un eje central en la formación de terapeutas. Esta nueva forma de trabajar se comenzó a utilizar como una forma de generar equipos que pudieran facilitar el apoyo a los terapeutas y la discusión de los aspectos en la sesión terapéutica, como una forma de exponer diferentes puntuaciones de la situación, y generar dobles descripciones que faciliten nuevos puntos de vista sobre el caso atendido (Keeney, 1991). Este sistema de supervisión fue un parteaguas en la psicología por la forma de proceder sobre este sistema, ya que no hay un solo terapeuta (uno frente a familia), sino que atrás de un espejo bidireccional se encuentran más terapeutas implicados en el caso y trabajando sobre lo expuesto en sesión. Este sistema de trabajo tiene las siguientes ventajas: favorece diferentes puntuaciones de diversos terapeutas, hay apoyo por parte de un supervisor hacia los terapeutas en formación, se pueden observar diversos estilos de supervisión y de terapia. Otras de las características importantes a considerar dentro de este sistema es el marcado por Desatnik, Franklin y Rublo (2002), quienes identifican a al supervisor como una piedra angular, ya que debe de tener a capacidad de relacionar y ver la multiplicidad de sistemas, aunados con la habilidad de transmitir y retroalimentar a los terapeutas en formación.

El participar en un grupo de observación me permitió tener una doble visión; por un lado ser terapeuta (en el sistema terapéutico) y por otro ser observador. Las apreciaciones sobre un caso clínico cambian en función de la posición del terapeuta. Trabajar desde el otro lado de la cámara bidireccional me permitió analizar el proceso terapéutico desde otra visión, poniendo atención sobre los estilos de cada uno de los terapeutas, las formas en las cuales cada uno de mis compañeros se utilizó para favorecer el cambio, la diversidad de variantes que una intervención puede tener en función de la persona que la utiliza, así como la oportunidad de intervenir como grupo reflexivo o en la construcción de los mensajes para la familia. El tener a un supervisor, que supervisa a un terapeuta me permitió aprender a partir de las observaciones realizadas a los compañeros, pero también tener un modelo para dirigir un grupo de terapeutas. Considero que la experiencia de los supervisores facilitan el análisis teórico-metodológico-práctico de los casos, factor que contribuye a la formación. Los comentarios generados en este sistema servían para retroalimentar la terapia en curso y el terapeuta, para construir y de-construir elementos que pudieran surgir en la sesión, así como enriquecer el proceso a partir de los diferentes puntos de vista de cada uno de los

compañeros en formación y el supervisor, de tal manera que se construía un abanico de posibilidades.

- Sistema de Terapeutas (Sistema de supervisión + terapeuta): esta forma de trabajo es característica de la terapia familiar, y ha demostrado dar resultados satisfactorios en la terapia y en la formación de terapeutas a comparación de la formación tradicional, en donde el terapeuta se relaciona con su paciente o usuario a solas, y las supervisiones son fuera de la sesión y en otro ambiente. Ejemplos de este tipo de trabajo en la terapia familiar se pueden encontrar en los trabajos de Papp (1994), Ackerman (s/f, citado en Papp, 1994), Hoffman (2005) o en el equipo de los asociados de Milan (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1988); estos y otros autores han utilizado esta forma de trabajo como una manera de formar terapeutas y dar resolución a los problemas expuestos por la familia. Un punto crucial que obedece a esta lógica e trabajo son las ideas de la cibernética de segundo orden, en donde el terapeuta tiene una posición de autorreferencia por estar dentro del sistema terapéutico, y Keeney (1991) "...lo que el terapeuta dice de lo que describe habla más de él que de él, de lo que realmente está observando...", en otras palabras el terapeuta al estar dentro del sistema e influir en la familia y viceversa requiere de alguien externo a ese sistema para que lo auxilie, que lo apoye por si se presenta algún isomorfismo con la familia, dicho apoyo se encuentra en el sistema de terapeutas.

El trabajo en equipo conjugado con mi formación como terapeuta fue muy importante. El equipo fue un apoyo importante a lo largo de los diversos casos que se atendieron durante la residencia. Los comentarios del equipo permitían generar nuevas puntuaciones sobre el caso, así como la posibilidad de generar nuevas hipótesis, estrategias de intervención o cambios de dirección durante el tratamiento. Este ambiente con los compañeros facilitó un aprendizaje colaborativo y de apoyo en nuestra formación. El supervisor junto con el equipo, al final de cada sesión, me retroalimentaban marcándome mis puntos ciegos y débiles para mejorarlos y poderlos trabajar, y por otro lado mis puntos fuertes y recursos personales que podría seguir utilizando como una parte de mí para favorecer las condiciones necesarias para el cambio en los usuarios y familias. De igual forma el equipo apoyo en cuanto a la identificación de isomorfismos en el sistema terapéutico, aspecto que fue crucial, ya que durante mi experiencia en la residencia llegué a isomorfisarme en varias ocasiones, y de no ser por la observación del supervisor y equipo probablemente no me habría dado cuenta de esto, en este sentido, el trabajo desde este sistema fue de contención, de tal forma que al finalizar la maestría me siento más seguro para ejercer sin equipo.

- Sistema Terapéutico Total (Sistema Terapéutico + Sistema de supervisión): finalmente podemos ubicar al sistema terapéutico total como la conexión o vinculación entre el sistema terapéutico (familia + terapeuta) y el sistema de supervisión (equipo de supervisados + supervisión). De alguna manera el sistema terapéutico permite en la praxis que el terapeuta que se encuentre frente a la familia adquiera herramientas prácticas-metodológicas, que

adquiera experiencia y comience a aplicar los aspectos teóricos; y el sistema de supervisión, facilita que los terapeutas adquieran herramientas teórico-conceptuales que servirán de apoyo a la práctica del terapeuta que está del otro lado del espejo (y en algún momento todos los terapeutas estarán frente a la familia), formando una red de aprendizaje para los terapeutas en formación, ya que tanto se aprende del terapeuta del sistema terapéutico como de los que se encuentran atrás del espejo.

Uno de los aspectos que considero más importante dentro de mi formación en la residencia, fue la posibilidad de ser retroalimentado, ya que a partir de dicha información podía ir aprendiendo y modificando los aspectos que el equipo percibía como débiles. Otra ventaja fue que la retroalimentación era inmediata. En la psicología tradicional se llevan a cabo grupos de supervisión, sin embargo estos se hacen cuando el terapeuta está fuera de sesión, sin embargo, en mi caso, tuve la oportunidad de ser retroalimentado en el momento en el que el equipo y el supervisor percibían alguna situación que consideraban que era importante cambiar. Los teléfonos que comunicaban al terapeuta con el equipo fueron una herramienta de comunicación sincrónica que permitieron hacer intervenciones con el *timeing* adecuado para facilitar el cambio en la familia y para orientar al terapeuta desde otra visión (visión generada tras el espejo bidireccional). Desde la cámara de Gesell, el equipo aportaba su visión del problema y la diversidad de voces para abordar el problema o intervenir, de igual forma, apreciaban los puntos ciegos o isomorfismos que se pudieron generar a lo largo de la sesión. El conjuntar los cuatro sistemas permite tener una visión y meta-visión de las problemáticas familiares y humanas, abriendo la posibilidad a un quehacer terapéutico funcional, ético y profesional.

4.10 Habilidades de investigación.

La Maestría en Psicología que imparte la UNAM busca formar profesionales de calidad orientados a la especialización de conocimiento y a la investigación de las problemáticas sociales que enfrenta nuestro país.

El programa de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la UNAM se enfoca en el desarrollo de habilidades de investigación, en este sentido el alumno deberá desarrollar competencias en:

- Diseñar, aplicar e implementar proyecto de investigación sobre problemas o necesidades de usuarios.
- Obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.
- Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

La obtención de estos objetivos se busca a través de dos materias, Investigación Aplicada I y II, partir de los cuales se realizaron dos proyectos de investigación, uno de corte cuantitativo, y otro cualitativo, que posteriormente fueron presentados en foros académicos internacionales.

4.10.1 Investigación Cuantitativa: Influencia de los estilos y estrategias del poder en el funcionamiento familiar.

Rivera y Díaz-Loving (2000), y Kipnis (1984) mencionan que las relaciones humanas como las de pareja, tienen en su base una influencia social y de poder, Rivera (2000) marca que el ejercer el poder en exceso puede provocar dentro de la pareja situaciones como: hostilidad, divorcio, tortura, maltrato, destrucción, amenazas, conflictos conyugales y/o de pareja, así como violencia y dominio; por lo que se torna importante el estudio del poder en las relaciones de pareja.

Este tipo de problemáticas se generan en parte por que una de las personas tiene el control sobre el otro (Kipnis, 1984; Rivera, 2000). En diversos estudios (Coan, Gottman, Babcock y Jacobson, 1997; Gottman, Coan, Carrere y Swanson, 1998) se ha expuesto que las relaciones de pareja son un campo propicio para manifestar y ejercer control de uno de los integrantes de la pareja hacia el otro, ya que como lo marca Ojeda (1998), en la pareja las características, manifestaciones conductuales, expectativas, emociones, actitudes, atribuciones, formas de comunicación (verbal y no verbal), contexto, normas particulares, el momento histórico particular que se está viviendo se combinan para determinar la forma, conducción, interpretación y conductas de interacción, lo que puede llevar según Rivera (2000) a un enfrentamiento de afectos, estilos, valores y creencias que buscan imponerse o retraerse hacia la pareja; aspecto que se vincula al poder. El poder en la relación de pareja, se refiere a quién toma las decisiones, quién plantea ideas o soluciona problemas, quién recibe mayor acuerdo, o quién participa más en las discusiones; asimismo, la persona puede obedecer o desobedecer.

En la conceptualización del poder en la pareja se torna importante distinguir entre estrategias y estilos de poder. Las estrategias de poder se refieren al medio que se utiliza para ejercer el poder. Los estilos de poder hacen referencia a la expresión de la forma en que se transmite la comunicación (el tono y la forma en que se dice algo que afecta a la relación). La necesidad de resaltar los estilos y estrategias de poder radica en que ambas cobran vital importancia en la relación de pareja como el punto principal de unión o alejamiento, y aunque son procesos diferentes, ambos están íntimamente vinculados (Rivera, 2000; Díaz-Loving y Rivera, 2000; Preza, 2004; Cortés y Flores, 2004).

La evaluación de los estilos y las estrategias de poder en la pareja se torna importante, ya que ambos compañeros se convierten en el pilar fundamental de la familia, generando un contexto (familia) propicio para ejercer control y poder (Haley, 2002, Minuchin, 2004, Minuchin y Fishman, 2004, Rivera, 2000). El

ejercicio del poder o cualquier acción dentro de este contexto genera cambios al interior del sistema familiar, partiendo de la idea de que cualquier afectación en un elemento del sistema familiar (como la relación de poder en la pareja), repercutirá en la forma de funcionar de la familia (Hoffman, 1981; Eguiluz, 1991; Keeney, 1991; Papp, 1994; Mc Goldrick y Gerson, 1996, Minuchin, 2004, Minuchin y Fishman, 2004)

Este tipo de estudios se podrían tornar importantes ya que hay poca literatura existente sobre estilos y estrategias de poder en la pareja, por lo que el estudio de estas categorías permitirían a futuro el entendimiento de los mismos para llegar a propuestas de intervenciones en entrenamiento de estilos constructivos en donde la pareja observe que muchas veces sin darse cuenta, el tono y la forma en que se dice algo afecta la relación, así como en la identificación de las estrategias de poder que provocan un conflicto en la relación y las que permiten resolverlo, tal como lo propone el estudio de Cortés y Flores (2004). Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue describir la relación entre los estilos y estrategias de poder positivos en la pareja y su relación con un buen funcionamiento familiar.

MÉTODO

Participantes: De las 67 personas que respondieron el cuestionario, se seleccionaron aquellos que cumplieron con el criterio de inclusión: vivir o haber vivido en pareja, resultando un total de 44 participantes; se excluyeron a 11 solteros y 12 que no respondieron completamente los instrumentos. De los 44 participantes, 7 son hombres (15.9 %) y 37 son mujeres (84.1 %), ambos con una edad promedio de 35.7 años (SD=11.9). El 70.5% son casados, el 20.5% viven en unión libre y el 9.1% corresponden a las personas que actualmente no viven con su pareja.

Tipo de muestreo y selección de la muestra: No probabilística, debido a que no hubo una selección al azar de la muestra, ya que se evaluó a sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). El lugar de aplicación fue en la Escuela Secundaria General “Prof. Lauro Aguirre” ubicada en Naucalpan, Estado de México (47.7% de los instrumentos aplicados), y en el Centro de Desarrollo Comunitario Cabecera adscrito al Sistema Municipal DIF en Ecatepec, Estado de México (52.3% de los instrumentos aplicados). Se les dijo a los participantes que se daría una conferencia sobre funcionamiento familiar con una duración de dos horas, explicando que antes de dar la conferencia tendrían que responder una serie de preguntas relacionadas con la temática a tratar haciendo énfasis en la confidencialidad de la información.

Materiales: hojas y lápices.

Instrumentos de medición:

- Funcionamiento familiar elaborado por Palomar (1998). Consta de 78 afirmaciones en escala tipo Likert (con cinco opciones de respuesta que van de nunca a siempre) dividida en 10 factores; los cuales son, Factor 1: Relación de pareja (12 reactivos); Factor 2: Comunicación (12 reactivos); Factor 3: Cohesión (11 reactivos); Factor 4: Faltas de reglas y apoyo (10 reactivos); Factor 5: Tiempo compartido (4 reactivos); Factor 6: Roles-trabajo domestico (6 reactivos); Factor 7: Autonomía-independencia (10 reactivos); Factor 8: Organización (6 reactivos); Factor 9: Autoridad y poder (4 reactivos); y Factor 10: Violencia física y verbal (3 reactivos).
- Escala de Estrategias de Poder elaborado por Rivera y Díaz-Loving (2000). La escala consta de 70 afirmaciones en escala tipo Likert (con cinco opciones de respuesta que van de nunca a siempre) en la que tienen que responder en función del siguiente enunciado “Al tratar de conseguir que mi pareja haga algo que yo quiero...”. Las afirmaciones se dividen en 14 factores: Factor 1: Autoritarismo (9 reactivos); Factor 2: Afecto positivo (10 reactivos); Factor 3: Equidad-Reciprocidad (3 reactivos); Factor 4: Directo-Racional (4 reactivos); Factor 5: Imposición-Manipulación (6 reactivos); Factor 6: Descalificar (3 reactivos); Factor 7: Afecto negativo (8 reactivos); Factor 8: Coerción (3 reactivos); Factor 9: Agresión pasiva (3 reactivos); Factor 10: Chantaje (7 reactivos); Factor 11: Afecto-Petición (3 reactivos); Factor 12: Autoafirmación (3 reactivos); Factor 13: Sexual (4 reactivos); Factor 14: Dominio (4 reactivos).
- Escala de Estilos de Poder elaborado por Rivera y Díaz-Loving (2000). Consta de escalas bipolares de adjetivos (40 en total) con el formato de diferencial semántico (con siete opciones de respuesta que van de nunca a siempre), tratando de responder en función del siguiente enunciado “Al tratar de conseguir lo que yo quiero, la manera de dirigirme o hablarle a mi pareja es siendo...”; asimismo los adjetivos están divididos en 8 factores, los cuales son, Factor 1: Autoritario (10), Factor 2: Afectuoso (9), Factor 3: Democrático (5), Factor 4: Tranquilo-Conciliador (5), Factor 5: Negociador (5), Factor 6: Agresivo-Evitante (5), Factor 7: Laissez-faire (4) y Factor 8: Sumiso (5).

Variables:

- **Variables atributivas:** sexo, estado civil y nivel educativo para conocer las características demográficas de la muestra.
- **Variables dependientes:**
 - Funcionamiento familiar: relación familiar en la cual los hijos no presentan trastornos graves de conducta, y cuyos padres no están en lucha continua, lo cual no excluye que existan sentimientos positivos y negativos (Sauceda, 1992) permitiendo la autonomía e independencia

de sus miembros. Dentro del funcionamiento familiar Palomar (1998) identifica 10 factores:

- √ Relación de pareja: se refiere al grado en el que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se siente querido y valorado por el otro; asimismo es el grado que comparten tiempo sin los hijos y que puedan resolver problemas sin la intervención de sus hijos.
- √ Comunicación: se refiere a la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbalmente y no verbalmente los afectos.
- √ Cohesión: se refiere a la fuerza o calidad en la cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. El grado de unión se refleja en el apoyo en la realización de actividades cotidianas para resolver problemas, compartir tiempo juntos.
- √ Faltas de reglas y apoyo: se refiere al grado de rigidez y a la poca claridad de la familia respecto a las reglas que se establecen y sobre a quién se debe acudir en caso de problemas.
- √ Tiempo compartido: realizar actividades juntos y compartir intereses.
- √ Roles-trabajo domestico: son los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, respecto a a las tareas que deben cumplir los miembros de la familia, el grado de cumplimiento de las funciones y la distribución de dichos roles.
- √ Autonomía-independencia: se refiere al grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones.
- √ Organización: planeación de las actividades a realizar.
- √ Autoridad y poder: se refiere a la distribución del poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quién o quiénes toman las decisiones y aplica sanciones para mantener el control de la conducta de otros.
- √ Violencia física y verbal: criticar, insultar o agredir físicamente a algún miembro de la familia
- Estrategias de poder: se refieren a los medios que se utiliza para ejercer el poder.
 - √ Autoritarismo: el sujeto utiliza recursos que le demuestran desaprobación a su pareja, en respuesta a las negativas de lo deseado.
 - √ Afecto positivo: el sujeto expresa sentimientos positivos.
 - √ Equidad-Reciprocidad: el sujeto ofrece un intercambio a su pareja en términos de beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición.
 - √ Directo-Racional: el sujeto trata de convencer a su pareja de cumplir su petición utilizando argumentos racionales.

- √ Imposición-Manipulación: el sujeto se dirige en forma represiva e inflexible a su pareja, es un intento por lograr influencia en el criterio de este.
- √ Descalificar: el sujeto actúa hostil y tirano con su pareja en respuesta a sus peticiones no gratificadas.
- √ Afecto negativo: el sujeto hace uso de emociones afectivas dolorosas e hirientes que pretenden lastimar a su pareja al no hacer consolidadas sus peticiones.
- √ Coerción: el sujeto usa la fuerza física y la amenaza al intentar conseguir sus fines.
- √ Agresión pasiva: el sujeto actúa contrario a lo que su pareja valora, le hace sentir descalificado o inexistente.
- √ Chantaje: al tratar de convencer a su pareja, el sujeto hace uso de justificaciones que pretenden hacerla sentir responsable y hasta culpable.
- √ Afecto-Petición: el sujeto actúa de forma respetuosa y halagadora con su pareja para que atienda sus peticiones.
- √ Autoafirmación: el sujeto enuncia sus peticiones abiertamente, con la certeza de un deber implícito o explícito existente.
- √ Sexual: el sujeto retira afectos sexuales y emotivos en respuesta en a no gratificación de su petición.
- √ Dominio: el sujeto se comporta punitivo, muy directo sobre lo que ha identificado le es molesta a su pareja.
- Estilos de poder: es la expresión de la forma en que se transmite la comunicación (el tono y la forma en que se dice algo que afecta a la relación).
 - √ Autoritario: persona que hace uso de conductas directas, autoafirmativas, tiranas, controladoras, inflexibles y hasta violentas; intenta mantener sometido bajo el yugo de su dominio.
 - √ Afectuoso: el sujeto se dirige a su pareja con comportamiento social, emocional y racionalmente aceptable siendo amable, respetuoso y cariñoso.
 - √ Democrático: existe un compromiso con la pareja que trae beneficios mutuamente aceptables.
 - √ Tranquilo-Conciliador: es una manera sublime de manejar la situación sin que se perciba la influencia o control sobre el otro.
 - √ Negociador: la forma de pedir a la pareja se entiende como una decisión de dos en intercambio en la posesión de la influencia.
 - √ Agresivo-Evitante: el sujeto ejerce poder a través del distanciamiento y actitud evasiva y negligente.
 - √ Laissez-faire: otorga la libertad y permisión al dominado.
 - √ Sumiso: es una forma de resistencia pasiva, se basa en el descuido, desgano, la necedad y el olvido sin que se de jamás el enfrentamiento directo.

Diseño: De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (1998), se utilizará un diseño no experimental trasversal descriptivo correlacional: ya que se van a recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, ya que el propósito es describir variables y analizar su incidencia y describir relaciones entre funcionamiento familiar y los estilos/estrategias de poder.

RESULTADOS

Del instrumento construido por Rivera y Díaz-Loving (2000) únicamente se consideró para el análisis de resultados los estilos y estrategias positivas y su relación con el funcionamiento familiar.

Los resultados muestran únicamente diferencias significativas entre hombres y mujeres en la estrategia de poder "afecto-petición" ($t=0.408$, $p < 0.17$), ambos sexos utilizan dicha estrategia que consiste en actuar de forma respetuosa y halagadora con su pareja para que atienda a sus petición, pero es significativamente mayor la frecuencia de ésta en los hombres (4, $SD=0.5$), en comparación con las mujeres (3.8, $SD=1$) quienes la utilizan menos. Al buscar diferencias entre hombres y mujeres en los estilos de poder no se encontraron diferencias significativas.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas ($F=5.627$, $p < 0.01$) en cuanto al nivel educativo de los participantes en la estrategia de poder "directo-racional"; es decir, las personas con licenciatura (3.33, $SD=0.4$) tratan con mayor frecuencia de convencer a su pareja de cumplir su petición utilizando argumentos racionales, en comparación con las personas sin estudios (2.50, $SD=0.7$), con primaria (3, $SD=0.8$) y secundaria (3, $SD=0.6$); asimismo al establecer diferencias entre nivel educativo y los estilos de poder; se encontró que en "laissez-faire" hay diferencias significativas ($F=2.506$, $p < 0.048$); es decir, es mayor la frecuencia de quienes tienen una licenciatura (5.4, $SD=1.4$) y que otorgan libertad y permiso al dominado en comparación con los que tienen un nivel de primaria (3.3, $SD=1.6$). Referente a las diferencias entre el estado civil de los participantes y las estrategias-estilos de poder, no se encontraron diferencias significativas, lo que significa que los participantes tienen estilos y estrategias de poder similares, sin importar el estado civil.

Se aplicó una r de Pearson para buscar correlaciones entre estilos y estrategias de poder. Los resultados muestran las siguientes relaciones: el estilo *afectuoso* correlacionó positivamente con la estrategia de *afecto positivo*, y *equidad-reciprocidad*, es decir, los participantes que se dirigen a su pareja con un comportamiento social, emocional y aceptable, siendo amables, respetuosos y cariñosos (afectuoso) proporcionan a la pareja intercambios en términos de beneficios mutuamente aceptables, aunque establecen prioridad a su petición (afecto positivo), de igual forma expresan sentimientos positivos (equidad-reciprocidad).

Se encontró correlación positiva entre el *estilo democrático* y los estilos de *afecto positivo*, *equidad- reciprocidad*, *directo racional* y *afecto petición*, en otras palabras, los participantes en los cuales existe un compromiso con la pareja que trae beneficios mutuamente aceptables se relacionan de las siguientes formas con sus parejas: a) expresando sentimientos positivos (afecto positivo), b) ofreciendo un intercambio a su pareja en términos de beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición (equidad-reciprocidad), ó c) actuando de forma respetuosa y halagadora con su pareja para que atienda sus peticiones.

El estilo de poder *tranquilo conciliador* se relaciona positivamente con los estilos de *afecto positivo*, *equidad-reciprocidad*, *directo racional* y *afecto-petición*. Lo anterior indica que los participantes que manejan la situación sin que se perciba la influencia o control sobre el otro (estilo tranquilo- conciliador) se relacionan con su pareja expresando sentimientos positivos (afecto positivo), de igual forma se pueden vincular ofreciendo un intercambio a su pareja en términos de beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición (equidad-reciprocidad), o podrían relacionarse actuando de forma respetuosa y halagadora con su pareja para que atienda sus peticiones.

El *estilo negociador* correlacionó positivamente con la estrategia de *afecto positivo*, y *equidad-reciprocidad*, en otras palabras, las personas de la muestra que utilizan formas efectivas para hacer peticiones a la pareja haciéndose entender como una decisión de dos en intercambio (negociador) se vinculan con la expresión de sentimientos positivos (afecto-positivo) o estos participantes pueden de igual forma relacionarse con la pareja mostrando beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición (equidad-reciprocidad).

La última correlación positiva encontrada fue entre el estilo *laissez-faire* y la *estrategia equidad-reciprocidad*, en otras palabras, los participantes que otorgan libertad y permisión a la pareja (*laissez-faire*) se relacionan con ésta mostrando beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición (equidad-reciprocidad).

Nuevamente se aplicó una *r* de Pearson para determinar correlación entre funcionamiento familiar y estrategias de poder. Los datos marcan un correlación positiva entre *relación de pareja* y la estrategia *afecto positivo* y *equidad-reciprocidad* es decir, los participantes que comparte intereses, se apoyan, pasan tiempo sin sus hijos y resuelven sus problemas sin ayuda de ellos, se sienten queridos y valorados por su compañero se relacionan con su pareja a partir de la expresión de sentimientos positivos (afecto positivo) o de igual forma, se relacionan mostrando beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición (equidad-reciprocidad).

El factor *comunicación* referente a funcionamiento familiar correlacionó positivamente con *afecto positivo*, *equidad reciprocidad* y *directo-racional*, es decir, la forma en que las personas que se relacionan con su pareja expresando sentimientos positivos (afecto positivo), mostrando los beneficios de su relación aunque den prioridad a su petición (equidad-reciprocidad) o tratando de convencer

a su pareja de cumplir su petición utilizando argumentos racionales (directo-racional) se correlacionaron con: a) la capacidad de su familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbalmente y no verbalmente los afectos (comunicación), b) se vinculan con la fuerza o calidad en la cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia que se ve reflejado en el apoyo en la realización de actividades cotidianas para resolver problemas y/o compartir tiempo juntos (cohesión), c) con los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, respecto a las tareas que deben cumplir los miembros de la familia, el grado de cumplimiento de las funciones y la distribución de dichos roles (roles-trabajo doméstico), y, d) con el grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sean independientes y puedan resolver por sí mismos sus problemas y tomen sus propias decisiones.

El factor de funcionamiento familiar "*tiempo compartido*" correlacionó positivamente con las estrategias *afecto positivo*, *equidad-reciprocidad*, *directo-racional* y *afecto petición*, es decir, las personas que se relacionan con su pareja utilizando argumentos racionales (directo racional), mostrando los beneficios para ambos enfocada a su relación (equidad-reciprocidad) y que expresan sentimientos positivos (afecto positivo) se relacionó con familias que realizan actividades juntos y compartir intereses (tiempo compartido).

La *organización* correlacionó positivamente con *equidad-reciprocidad*, *afecto positivo* y *afecto petición*, en otras palabras, las personas que muestran los beneficios de su relación, aunque dan prioridad a su petición (equidad-reciprocidad), que actúan de forma respetuosa y halagadora con su pareja (afecto petición) y las que expresan sentimientos positivos se relacionan con la planeación familiar de las actividades a realizar (organización).

Finalmente, el factor de *autoridad y poder* correlacionó positivamente con *afecto petición*, es decir, las personas que actúan de forma respetuosa y halagadora con su pareja se relacionan con un sistema familiar en el cual hay claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quién o quiénes toman las decisiones y sobre las sanciones para mantener el control de la conducta de otros.

Finalmente se encontraron correlaciones entre funcionamiento familiar y estilos de poder al aplicar una *r* de Pearson. El factor de *relación de pareja* correlacionó positivamente con los estilos de poder: *afectuoso*, *democrático*, *tranquilo conciliador* y *laissez-faire*, es decir, los participantes que se dirige a su pareja con comportamiento social, emocional y racionalmente aceptable siendo amables, respetuosos y cariñosos, (afectuoso), y que existe el compromiso en donde ambos obtienen beneficios (democrático), sabiendo manejar la situación sin que se perciba la influencia o control sobre el otro (tranquilo conciliador) y que otorgan la libertad y permisión al dominado (laissez-faire) se relacionan con el grado en el que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se siente querido y valorado por el otro; asimismo es el grado que comparten tiempo sin los

hijos y que puedan resolver problemas sin la intervención de sus hijos (relación de pareja).

El factor de funcionamiento familiar “*comunicación*” y “*autonomía-independencia*” obtuvieron correlación positiva únicamente con el estilo *tranquilo-conciliador*, es decir, el estilo de manejar la situación sin que se perciba la influencia o control sobre el otro (tranquilo conciliador) se relaciona con la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbalmente y no verbalmente los afectos (comunicación) y con el grado en que se fomenta en la familia para que cada uno de los miembros sea independiente y pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones (autonomía-independencia).

Se obtuvo una correlación positiva entre los estilos *afectuoso* y *tranquilo-conciliador* con la *cohesión*, es decir, los participantes que se dirigen a su pareja con comportamiento social, emocional y racionalmente aceptable siendo amables, respetuosos y cariñosos (afectuoso) y que pueden manejar la situación sin que se perciba la influencia o control sobre el otro (tranquilo-conciliador) se vinculan con la fuerza o calidad en la cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia, así como en la realización de actividades cotidianas para resolver problemas y compartir tiempo juntos (cohesión).

El factor *tiempo compartido*, *los roles-trabajo doméstico* y *la organización* correlacionaron con los estilos: *afectuoso*, *democrático* y *tranquilo-conciliador*, en otras palabras, en las personas que existe un compromiso con la pareja y que trae beneficios mutuamente aceptables (democrático) que se dirigen a su pareja con comportamiento social, emocional y racionalmente aceptable siendo amables, respetuosos y cariñosos (afectuoso) y que pueden manejar la situación sin que se perciba la influencia o control sobre el otro (tranquilo-conciliador) se relacionan con: a) los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, respecto a las tareas que deben cumplir los miembros de la familia y el grado de cumplimiento de las funciones y la distribución de dichos roles (roles-trabajo doméstico), b) la realización de actividades juntos así como compartir intereses, y finalmente, c) con la planeación de las actividades a realizar familiarmente.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran únicamente diferencias en la frecuencia del uso de la estrategia “afecto-petición” con predominancia para el sexo masculino, y no diferencias en los estilos de poder utilizados por sexo. Otra de las hipótesis generadas se planteaba en términos de diferentes significativas entre nivel educativo y los estilos y estrategias de poder. Los resultados del estudio aquí expuesto marcan que hay diferencias significativas entre los niveles educativos, específicamente entre licenciatura y primaria y la estrategia directo-racional y el estilo *laissez-faire* (con mayor utilización por personas con licenciatura). Se encontró correlación entre estilos positivos y estrategias positivas. Finalmente y

como objetivo primordial de la presente investigación se consideró la posibilidad de correlación entre estilos y estrategias de poder positivos con un buen funcionamiento familiar.

En cuanto a los estilos y estrategias de poder y el funcionamiento familiar se encontraron correlaciones positivas en ocho de diez factores de funcionamiento familiar (relación de pareja, comunicación, cohesión, tiempo compartido, roles-trabajo doméstico, autonomía-independencia, organización y autoridad y poder), lo que indicaría que está vinculado la forma en que el sujeto dentro de la relación de pareja pide a la pareja que haga lo que él/ella quiere (estilos de poder), de tal manera que se torna importante la forma en que se dicen las cosas más que lo que se dice, es decir, quizá el contenido de lo que se dice no sea tan importante como la forma en que se transmite.

Por otro lado, los ocho factores de funcionamiento familiar de igual forma están vinculados con las formas de ejercer el poder, sobre todo con la forma en que la pareja expresa sus sentimientos positivos (afecto positivo), en la forma en como el sujeto ofrece un intercambio a su pareja en términos de beneficios mutuamente aceptables, aunque establece prioridad a su petición (equidad-reciprocidad) y en como el sujeto trata de convencer a su pareja de cumplir su petición utilizando argumentos racionales (directo-racional).

Hay estudios que muestran las formas en las cuales se relaciona la pareja y sus repercusiones en el funcionamiento de la familia (Lloyd y Desai, 1992; De Vos, 2001; Oman, Vesely y Aspy, 2005; Kempler, Iverson y Beisser, 1962; Turner, Beidel, y Costello, 1987; Rae-Rae-Grant, Thomas, Offord, y Boyle, 1989; Downey y Coyne, 1990; Jensen, Bloedau, y Davis, 1990; Avison y Davies, 2005), sin embargo en dichos estudios no se hace explícito el ejercicio del poder en la relación de pareja, pero, se marcan las consecuencias de dichas relaciones, que se reflejan en un mal funcionamiento familiar, que va desde problemas entre los hijos, como entre la pareja, pero todas conllevan al funcionamiento de la familia.

Este tipo de estudios permiten según McConaughy, Stanger y Achenbach (1992) y; Slonim-Nevo y Sharaga (1997) permiten identificar variables que probabilicen el deterioro del funcionamiento familiar. En el estudio aquí presentado se identificaron estilos y estrategias de poder que fueron vinculadas con un buen funcionamiento familiar.

4.10.2 Investigación Cualitativa: Significados de la relación de poder en la pareja: un estudio de caso.

El presente trabajo se desprende de una investigación anterior sobre estilos y estrategias de poder en la pareja y su relación con el funcionamiento familiar, que fue llevado a cabo como parte de la formación en el Posgrado con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la UNAM. Este primer estudio tuvo un enfoque cuantitativo a partir de la aplicación de tres instrumentos de evaluación. El análisis se centró en aspectos cuantitativos, y como lo marca Lemaire (1992) hay estudios

estadísticos muy documentados que versan sobre un gran número de casos y que permiten correlaciones interesantes; sin embargo no tienen en ocasiones aplicaciones directas en la terapéutica o detalles más específicos.

Como un intento de indagar en las relaciones de poder en la pareja se decidió utilizar una metodología cualitativa para aproximarse a la vida cotidiana de una de las participantes del estudio previamente comentado, esto podría posibilitar según las ideas de Swartz y Jacobs (2003) entender como se relaciona con su pareja, así como la percepción acerca de su realidad y que ha ido construyendo no de forma individual, sino gracias las interacciones que ha ido estableciendo, de tal manera que tomar en cuenta lo que la persona dice y piensa es indispensable para tener conocimiento de sus circunstancias, situaciones, significados y motivos que otorga a nivel individual y que en parte están influidos por aspectos culturales y sociales pero que sin duda guían la forma de vinculación con otros.

La investigación del poder considerando los aspectos culturales puede ser abordada a partir de lo que las personas hacen, dicen y piensan; de cómo estas acciones se entrelazan con el "otro" (su pareja) y son mediados por un contexto que les permite construir significados que sirven como eje para comportarse entre ellos, sin embargo, sin contexto y sin significados que son otorgados de forma individual y colectiva, la interpretación del análisis de las relaciones de poder carecen de sentido por no tener un marco donde apoyar las observaciones y resultados encontrados (Mella, 1998; Swartz y Jacobs; 2003; Vázquez y Angulo, 2003) por lo que considerar el contexto cultural de las parejas mexicanas es algo imprescindible (Rivera y Díaz-Loving, 2000). A lo largo de diversos estudios de corte cualitativo se han encontrado diferencias en el ejercicio del poder en diversas culturas y en variados aspectos (Jewkes, 2002; Riley, 1997; United Nations Population Fund (UNFPA), 2000).

DECISIONES MUESTRALES

Se seleccionó un caso de un estudio realizado anteriormente, en donde la muestra total era de 44 participantes. El caso no se determinó por técnicas usuales de muestreo estadístico, representatividad de una muestra o aleatoriedad, sino que se procedió de acuerdo con Flick (2004) para tomar las decisiones muestrales más apropiadas para seleccionar el caso de estudio.

- Muestreo teórico: el punto de referencia para seleccionar el caso es la teoría, en la cual Rivera y Díaz-Loving (2000) marcan que desde hace poco tiempo las mujeres han comenzado a utilizar estrategias y estilos de poder indirectos, esto por un lado porque la mujer ha comenzado a incursionar en el ámbito educativo y académico, lo que facilita otras formas de ejercer el poder, como algunos estilos y estrategias positivas de poder.

Una vez considerado el grado académico se procedió a delimitar un caso particular a partir de lo expuesto por Flick (2004):

- El caso representa una subjetividad desarrollada como resultado de adquirir cierto caudal de conocimientos y de desarrollar maneras específicas de actuar y percibir: el caso que se tomó en cuenta para el estudio específicamente utiliza estrategias y estilos de poder positivos en su relación de pareja, lo que posibilita determinada configuración en la interacción, así como ideas, significados y creencias referentes a la relación de pareja.

Se procedió a obtener puntajes en las escalas de estilos y estrategias de poder, de las cuales se consideraron los tres puntajes más altos en estilos y estrategias de poder positivas, es decir, las mujeres que utilizaban estas formas de relacionarse con la pareja siendo en su mayoría las que tenían el grado de licenciatura. Se decidió elegir a la participante que estuviese de acuerdo en la participación del caso, es decir, a partir de la accesibilidad que marca Flick (2004) o llamado por Vázquez y Angulo (2003) criterios de conveniencia:

- Se decidió trabajar con este caso particular atendiendo a la cercanía de la participante, a la accesibilidad y motivación que ésta mostró para participar en el estudio. Se consideró antes de hacer un primer contacto que la persona fuera un buen informante, y que tuviera a su disposición el conocimiento y la experiencia necesaria para contestar las preguntas.

Finalmente se consideró que el caso es relevante, considerando los puntajes obtenidos en la evaluación previa (estudio cuantitativo) que la ubican como una persona que emplea en su relación de pareja estilos y estrategias de poder positivas, además de que cumplía con las características necesarias para ser una participante en un estudio de caso.

TIPO DE ESTUDIO

Según Vázquez y Angulo (2003) es un “estudio de caso”. Se decidió utilizar este diseño ya que permite el conocimiento de lo idiosincrásico, lo particular y lo único considerando que a partir de una entrevista se pueden comenzar a obtener información relacionada con estilos y estrategias de poder pero enfocada al sentido y a el significado atribuido por la persona que participa en el estudio.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El objetivo del presente estudio fue conocer cómo se da la relación de poder (proceso) y lo que eso significa para la persona dentro de una relación de pareja, para lograr este fin se decidió utilizar como estrategia metodológica la “entrevista no estructurada” (Mella, 1998) o también llamada en profundidad (Vázquez y Angulo, 2003).

Las dimensiones teóricas dentro de la guía de entrevista a abordar fueron las siguientes:

- Poder en la pareja.
 - Conceptualización del poder individual.
 - Poder en la pareja.
 - Estilos de poder en la pareja.
 - Estrategias de poder en la pareja.

PROCESO DE APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA

El contacto con la entrevistada se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Negociación: se realizó la llamada telefónica para concretar una cita y explicarle los motivos del estudio y si estaba interesada en participar.
- Colaboración: se presentó a la cita que tuvo lugar en la FES Iztacala y se le explicó a fondo los motivos y objetivos de la investigación y se le resolvieron las dudas pertinentes, y aceptó participar en el estudio.
- Imparcialidad y confidencialidad: se hizo énfasis en que no iba a ser juzgada, en el anonimato y en la confidencialidad de la información. Se le hizo saber que se le entregaría una copia del escrito para que lo revisara y saber su opinión al respecto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

CATEGORÍA 1: RELACIÓN DE PAREJA. Está conformada por el significado que otorga la persona sobre lo que es una pareja.

SIGNIFICADO DE PAREJA: Es la valoración, atribución y percepción de un integrante de la pareja hacia “el otro” referente a las implicaciones y objetivos que ambos pueden conseguir otorgándole sentido a la relación.

“...tener un proyecto de vida juntos y organizarnos para poderlo cumplirlos...”

“Yo creo que más que una atracción física o lo que tu quieras, debe de haber objetivos en común para decir aquí me quedo, con esta persona quiera estar...”

CATEGORÍA 2: SIGNIFICADO PODER. Está conformada por el significado que la persona atribuye al concepto de poder, así como su utilidad al obtener control sobre otro.

PODER: Se refiere a quién toma las decisiones, quién plantea ideas o soluciona problemas, quién recibe mayor acuerdo, o quién participa más en las discusiones; asimismo, la persona puede obedecer o desobedecer.

“Es una forma de mantener el control sobre tu vida y tus actividades (...) me gusta controlar mi vida, y al incluir a otra persona en tu vida necesitas tener control sobre esa persona para que tu vida no se salga de control.”

“El poder es el ejercicio de la fuerza mental o física que alguien tiene sobre una situación o persona...”

UTILIDAD: Fin y beneficios obtenidos a través del poder.

“Si yo tengo el poder yo puedo decidir en que momento se puede hacer algo y en que momento no” .

“Busco provocar una situación que haga que la persona decida hacer eso (...), busco provocar una situación que forzosamente lo lleve a hacer lo que quiero, (...) finalmente espero que termine haciendo lo que yo quiero.”

CATEGORÍA 3: ESTILOS DE PODER. Está conformada por las conductas, los sentimientos y pensamientos dirigidos a la forma en que se transmite la comunicación para controlar a otro.

CONDUCTAS: La expresión de la forma en que se transmite la comunicación (el tono y la forma en que se dice algo que afecta a la relación), para ejercer el control.

“De forma cariñosa, amable y en algunos casos, imperativa y en ocasiones tengo que gritar cuando no me escucha (...) generalmente soy muy cariñosa con él, ósea lo abrazo lo apapacho, pero a veces a él no le gusta por que dice que soy muy empalagosa...”

“Cuando ya le hable cariñosa, cuando ya le hable amable, cuando ya le hable mandona y él no quiere hacer lo que yo necesito que haga y no me da una razón valida que justifique que no lo quiere o puede hacer, entonces ya le grito.”

SENTIMIENTOS: Estado afectivo del ánimo producido por eventos externos, percepciones o atribuciones que la persona otorga al controlar a otra persona, y que tienen repercusión a nivel conductual y cognitivo.

“...me ignora, y entonces yo no soporto que no me hagan caso sobre todo cuando yo considero que es importante, entonces yo me enojo y generalmente comienzo a gritarle y le aviento algo, o pegarle con la mano no, bueno le doy manazos en los brazos...”

“Me hace sentir triste, molesta y enojada con él, cuando él me ignora a pesar de que yo intente hablar con él.”

PENSAMIENTOS: Conglomerado de ideas, creencias o percepciones que se generan de manera individual al ejercer el control sobre otro.

“Un poder de palabra como el que yo ejerzo, no se como explicarlo, lo veo mas inocente que usar el poder físico, o sea golpes.”

“...creo que él a veces no esta consciente de las necesidades que tenemos como familia, entonces yo tengo que decirle”

CONSECUENCIAS: Ganancia o perdida obtenida posterior al ejercicio del poder.

“La mayoría de las veces, yo le pregunto a ver que opinas de esto y nunca dice nada, siempre se queda calladote, sabes que esta bien no me des tu punto de vista y de aquí en adelante se va a hacer lo que yo diga (...) y lo hacemos así”

“Yo tuve que hablar mucho con él y convencerlo para que de alguna manera él se diera cuenta (...) porque al fin y al cabo éramos quienes íbamos a estar con él siempre (...) tuve que buscar las palabras, la forma, para que él se diera cuenta de eso (...) y pues finalmente accedió.”

CATEGORÍA 4: ESTRATEGIAS DE PODER. Está conformada por las conductas, los sentimientos y pensamientos dirigidos a la búsqueda de formas del ejercicio del poder.

CONDUCTAS: Medio que se utiliza para ejercer el poder.

“Hablo con la persona, le pongo todos los puntos de ventaja para convencerlo de algo que quiero que haga. (...) Si no funciona busco provocar una situación que haga que la persona decida hacer eso, por ejemplo, si quiero que pase por mi a mi al trabajo, le digo, pasa por mi y de ahí nos vamos aquí o allá, sino quiere busco provocar una situación que forzosamente lo lleve a ir por mi, le digo que vaya por mi porque traigo muchas cosas. (...) Finalmente espero que termine haciendo lo que yo quiero.”

“Enojándome es el límite, y echándole en cara las veces que yo lo he ayudado, ha si pero cuando a ti se te ofrece yo si lo hago, no es tan buena como las otras pero al menos descargo toda mi neurosis, por eso mejor opto por que lleguemos a una solución hablando, llegando a un acuerdo, y aunque a él le cuesta mucho trabajo pues lo que le pido trato de poner lo mejor, las ventajas de lo que podemos sacar de lo que le estoy pidiendo, trato de convencerlo y es lo que mejor funciona.”

SENTIMIENTOS: Estado afectivo del ánimo producido por eventos externos, percepciones o atribuciones que la persona otorga al controlar a otra persona, y que tienen repercusión a nivel conductual y cognitivo.

“Siento alegría y satisfacción, aunque a veces ya que paso la emoción siento que a veces tengo culpabilidad, porque a veces siento lo que hice o hice cosas que solamente tenia ventajas para mi, y luego digo pobre.”

“...parece como remordimiento, como sombra, y digo hay pobre, porque voy hacer que se de una vuelto, o que vaya a ver a su mamá, o lo del quehacer, o todo el día en friega y el llega y todo tiradote...”

PENSAMIENTOS: Conglomerado de ideas, creencias o percepciones que se generan de manera individual al ejercer el control sobre otro.

“...yo creo que si tu obligas a una persona a actuar a través de los golpes es actuar en contra de su voluntad, y si lo haces con las palabras pues es obligarlo menos, bueno a menos que lo chantajes.”

“Creo que soy cortés, por que siempre trato de pedirle las cosas en forma amable, lo saludo, le hablé por teléfono a su trabajo...”

CONSECUENCIAS: Ganancia o pérdida obtenida posterior al ejercicio del poder.

“...cuando él trata de convencerme de algo, si yo no estoy de acuerdo no lo hago y ya, pero si él no está de acuerdo yo busco la manera de que lo haga (...) y termina haciéndolo.”

“...le digo: yo quiero que hagas esto porque te quiero y quiero que nuestra relación crezca y que las cosas funcionen y él accede.”

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que la participante utiliza estrategias y estilos de poder indirectos (equidad-reciprocidad y directo-racional), como una manera de ejercer el poder y de conseguir el control o satisfacer sus demandas ante su pareja. Este tipo de estrategias están influenciadas por el dialogo, la exposición de argumentos de lógica y racionalidad, que pueden estar influenciadas por el nivel académico de licenciatura de la participante que a la vez están mediadas por su percepción de la necesidad de ejercer control sobre otro para conseguir sus objetivos por lo que el poder se hace necesario en su vida cotidiana, dándole sentido a sus acciones, sentimientos y creencias para estructurar de la manera más racionalmente posible, así como de la negociación, sus razones teniendo de trasfondo el cumplir con su meta.

Este tipo de estilos y estregáis están vinculadas al concepto de pareja que ha construido, en donde se torna importante aspectos como las metas y objetivos a lograr pero en pareja, aunque utilice estrategias y estilos indirectos de poder para mover y conseguir lo que desea, es decir, dichas metas, que a la vez se relaciona con la significación del “poder”, en done el poder se convierte en una necesidad, en un mecanismo de orden y control para lograr estos objetivos de pareja, en donde la utilidad se convierte en ganancias para alcanzar las metas propuestas por la pareja.

En cuanto al estilo de poder que generalmente utiliza la participante se pueden resaltar los comportamientos emocionales y racionales que son aceptables y que facilitan una comunicación respetuosa y cariñosa con la pareja (estilo afectuoso), marcando un compromiso como pareja al marcar los beneficios que podría traer la resolución de los conflictos en la pareja, así como la toma de decisiones que la participante establece al dialogar (democrático), y manejar la situación, de tal manera que no se perciba la influencia y el control sobre el otro (tranquilo-conciliador), haciéndole entender que las decisiones que se toman en la relación son de ambos. Estas maneras de comportarse y sobretodo de comunicarse conllevan a diversas formas de configuración dentro de la relación, otorgando la posibilidad de ejercicio del poder a partir del estilo y la forma de comunicación, más que del contenido de la comunicación, desplazando el foco de análisis del contenido de la información a la interacción y al proceso de la comunicación (formas y modos en los que se transmite la comunicación).

Se puede apreciar como la significación de la pareja y de forma individual pernean el comportamiento o la toma de elección a diversos estilos y estrategias de poder, en donde si se ve como necesidad el control y la influencia para

conseguir lo que se desea (como en este estudio de caso) se marca el “poder” como un mecanismo que otorga beneficios tanto de manera individual como en la pareja, por lo que siguiendo la lógica de la participante, en la vida cotidiana adquiere sentido sus acciones a partir de esta forma de construir su relación de pareja, y las seguirá utilizando mientras continúe obteniendo los resultados que la lleven a obtener esas metas como pareja.

Este estudio pone de relieve la importancia de considerar estilos y estrategias de poder como dos elementos del poder (de entre muchos otros) en donde es importante hacer la distinción entre cada uno de ellos por ser fenómenos diferentes y que de manera interdependiente afectan a la interacción y a la relación de pareja vinculado con muchos otros factores como los significados y el sentido otorgado a la relación.

El comenzar a diferenciar formas en las cuales las personas buscan el control sobre su pareja permite la apertura a un vasto campo de posibilidades y formas para conseguir objetivos personales a partir de la influencia o manipulación de otra persona, yendo más allá del poder como un concepto que encierra “control” y diversifica lo que “la persona hace, y cómo lo hace”. De igual forma al considerar este tipo de acciones, es importante no dejar de lado los beneficios, consecuencias, reacción de la pareja y resultados obtenidos a cada una de las estrategias que pone en práctica.

Considerando las amplias posibilidades de estrategias que la persona puede emplear se torna importante comenzar a estudiar dimensiones que guían la toma de decisiones para la elección de todas y cada una de las formas del ejercicio de poder, por lo que es crucial comenzar a considerar aspectos que median el comportamiento y sus resultados, para este tipo de objetivos los estudios podrían comenzar a considerar los significados y el sentido que se otorga a lo que las personas hacen de manera individual y como pareja. El adentrarse en el estudio “del sentido del poder” inevitablemente conlleva a centrarse no solamente en la conducta sino a complementar con los significados las creencias, las percepciones y todas aquellas influencias que pudieran ser implícitas o explícitas de la interacción que se genera en una díada como la pareja, y que tiene su base en el poder.

Estos mismos elementos de igual forma deben ser considerados en la forma en la cual la persona se dirige y comunica sus ideas y necesidades a su pareja. El comenzar con el estudio de la comunicación en pareja como una forma de ejercer el poder conlleva a un análisis diferente al de la conducta ejercida para el control del otro (estrategias), ya que como muchos otros fenómenos la comunicación se torna en muchos aspectos inconsciente en el sentido de no tener de manera consciente la forma y el proceso al dirigirse a la pareja en una situación, y como se ha mostrado que los resultados en una interacción de pareja dependen en gran medida de entre muchos otros factores de la comunicación.

Ahora, si se considera las formas de ejercer el poder aunado a la forma en la cual se expresa y se ejerce el control se pone de relieve dos elementos diferentes en el poder, lo que amplía la posibilidad de percibir y analizar el fenómeno del poder desde una perspectiva diferente a la que se venía haciendo desde los años setenta, en donde los estudios del poder en la pareja se enfocaban a “quién tomaba las decisiones en diferentes ámbitos de la relación” dejando de lado el “cómo le hacían para obtener la decisión” (estrategias de poder) y el proceso comunicativo de cómo expresar a la pareja esa decisión para que pudiera ser llevada a cabo, lo que implica las formas de estructurar el dialogo, los tonos de voz, la entonación, la forma de exponer los puntos de vista.

Finalmente, las aportaciones que pudieran derivarse de este tipo de investigaciones es que las cosas dichas y hechas en la relación (conducta) y las formas de negociar y vincularse con la pareja tienen una influencia sobre el control de uno de los miembros de la pareja. Es relevante mencionar que sin duda el estudio del poder es muy amplio. Este estudio abarca solamente una parte del mismo, es importante reiterar el papel crucial que juega la influencia social, los significados, percepciones, creencias, ideas y representaciones que cada integrante y la pareja han formado sobre lo que es el poder y la relación de pareja y sobre cómo deberían ser las cosas; aspecto que es un campo vasto de posibilidades de investigaciones futuras.

4.11 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento.

El programa de estudios de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala marca dentro de plan de estudios el desarrollo de diversas habilidades. Entre los rubros de habilidades a desarrollar se encuentran las de “Investigación y Enseñanza”, en este sentido se requieren: a) Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios; b) Difundir conocimientos; c) Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias y formular hipótesis sobre los factores involucrados; d) Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario; e) Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos; f) Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales; y, g) Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

Para lograr dichos objetivos del plan de estudios a lo largo de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a lo largo de los dos años de formación se llevaron a cabo diversas actividades entre las cuales se encuentran:

- ❖ Productos tecnológicos:
 - Elaboración de videos.

- Elaboración de manuales de modelos terapéuticos.
- Elaboración de cartel.
- Elaboración de tríptico.
- ❖ Desarrollo de programas de intervención comunitaria.
- ❖ Difusión en foros académicos nacionales e internacionales.
- ❖ Aplicación de cursos y talleres de formación a estudiantes.
- ❖ Publicación de artículos.
- ❖ Asistencia a talleres, cursos y congresos.

4.12 Productos tecnológicos.

A lo largo de mi formación como terapeuta familiar, se debe de tomar en cuenta no solamente las habilidades y competencias profesionales con las familias, sino también, las habilidades referentes a la difusión de información y enseñanza de los modelos de terapia familiar que van de generalidades hasta el marco epistemológico, teórico y metodológico.

Para cumplir con los objetivos del plan de estudios de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y para justificar las competencias y habilidades enfocadas a la “Investigación y Enseñanza” se desarrollaron tres videos, tres manuales, un cartel y un tríptico que a continuación se presentaran la referencia.

Estos productos tecnológicos tienen el propósito de formar parte del acervo de materiales didácticos y pedagógicos de la Residencia en Terapia Familiar para generaciones posteriores.

4.12.1 Video del Modelo Estructural.

Este video presenta de manera esquematizada como se procede en la terapia familiar a partir de la propuesta realizada por Salvador Minuchin. La presentación da una panorámica general sobre la obra de Minuchin, iniciando por datos importantes sobre su vida profesional, y dando paso a los conceptos fundamentales de este modelo, tales como: desequilibrio, adaptación, síntoma, estructura, entre otros.

En un primer momento se presentan diversos esquemas tanto como con conceptos como con ideas básicas de la manera de proceder en la terapia. En un segundo momento hay escenas simuladas de terapeuta-familia con diversas problemáticas, que van desde problemas de pareja hasta problemas con los hijos, ilustrando una gran gama de aspectos que suceden en la vida cotidiana, con la cual los terapeutas tienen que enfrentarse. Los terapeutas presentan de manera breve y teórica los aspectos teóricos de diversas técnicas terapéuticas ubicadas en el modelo estructural, para posteriormente dar paso a anécdotas de cada uno de los terapeutas, explicando las características generales de la familia que se atendió, así como la ilustración de la técnica terapéutica explicada.

En diversos casos se pueden ver reflejadas más de una técnica, aspecto que enriquece la enseñanza al no segmentar las estrategias de intervención, sino al contrario, fomentando la relación entre unas y otras, lo que enriquece el contenido del material.

El video aproximadamente dura una hora, participan cinco terapeutas; los aspectos teóricos-prácticos se reflejan en el trato con las familias simuladas y el trabajo se desarrolla en un consultorio

El video está pensado para estudiantes o personas que tengan nociones de psicología general, aunque si ya están inmersos en el campo de la terapia familiar tal vez sea más sencillo entender algunos aspectos, y de lo contrario, podría servir como una introducción, como una primera aproximación a este campo práctico bajo la óptica de Salvador Minuchin y su modelo estructural.

4.12.2 Video del Modelo Estratégico.

El video tiene un objetivo didáctico informativo, por lo que su duración no es superior a 30 minutos. Con este video material se buco construir un producto tecnológico que sirviera como material didáctico para mostrar el proceder del terapeuta bajo este modelo de terapia.

El video da un esbozo de manera general sobre el marco teórico que sustenta este modelo y se enfoca en su mayoría a explicar las estrategias terapéuticas más importantes propuestas por Hay Haley.

En el contenido se marcan ejemplos basados en casos reales, en su mayoría retomados de las cedés que tiene la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la UNAM, en donde a través de diversos ejemplos se van marcando primeramente a nivel teórico la estrategia y su definición, y en un segundo momento su utilización en un marco pragmático, mostrando los pasos a seguir para obtener los mejores resultados en la terapia.

4.12.3 Video del Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.

Se construyó un video para mostrar el trabajo bajo el Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas. Tiene una duración aproximada de media hora .

El video muestra en un primer momento los inicios del modelo así como las bases epistemológicas del mismo. En un segundo momento se describen las intervenciones divididas en dos: las generales y las específicas.

El video complementa al manual, ya que no busca enfocarse en la parte teórica, sino en la parte práctica, en donde se hace un breve repaso de lo que consiste el modelo para dar paso a como se aplican las estrategias siguiendo un eje teórico, y se ilustran diversos terapeutas, en distintas situaciones, de las cuales

algunas están basadas en casos reales que se han tenido a lo largo de la residencia dentro de las cedes de la maestría en Terapia Familiar de la UNAM.

La combinación entre cuadros, esquemas, imágenes-explicación del terapeuta-simulación de casos clínicos, da fluidez y dinamismo a lo largo del video, lo que facilita la organización de la información para entender las bases de este modelo. Va de lo sencillo a lo más complejo.

El contenido y desarrollo de este material podría contribuir de alguna manera a la formación de mejores profesionistas en el campo de la psicología aplicada, sin que esto se pretenda plantear como una panacea, este tipo de recursos tal vez pueda aportar información y conocimiento a los interesados sobre la terapia familiar, y en específico, a los partidarios del Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.

4.12.4 Video del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Como parte de la formación como terapeuta familiar se generó un producto tecnológico a través de los medios del video sobre Terapia Breve Centrada en Soluciones, que tiene una duración aproximada de media hora.

En este video se muestra de forma didáctica una serie de estrategias terapéuticas enfocada a la búsqueda de soluciones, en donde se marca como crucial la figura del terapeuta como conductor y generador de un lenguaje que es dirigido y encausado hacia una conversación que apunta al cambio.

En este material se muestra la importancia de llevar a los clientes hacia un futuro sin problemas, centrándose en las posibilidades más que en los problemas.

Con estos se busca que el alumno o la persona que observa el video entienda los procesos por los cuales los terapeutas formados bajo este modelo llevan a los clientes a aprender de sí mismos y así como de sus recursos personales.

Primeramente se da al observador una panorámica general de los orígenes del modelo así como sus presupuestos básicos, ya que si se logran entender dichas ideas, es probable que el aprendiz obtenga directrices de intervención claras sobre este modelo. Posteriormente se marcan los lineamientos generales de la forma de trabajar bajo esta lógica, y para finalizar se muestran las estrategias de intervención más importantes del modelo.

Las estrategias de intervención fueron compiladas de diversos textos de William O'Hanlon y Steve de Shazer, por lo que las herramientas terapéuticas que se muestran en este video no se encuentran en un solo libro o texto, sino se cumple con una tarea de compilación y exposición de la metodología a seguir así como una demostración en un caso simulado, en donde se muestra lo expuesto teóricamente.

4.12.5 Manual sobre Modelo Estructural.

Desde la perspectiva estructural se toman en cuenta una serie de conceptos que se tornan importantes para la explicación del sistema familiar y las problemáticas que se pueden llegar a construir el interior de ésta; sin embargo, a veces suele ser complicado el entendimiento de estos conceptos, por tanto, el presente manual trata de enfocarse en conceptos teóricos básicos de este Modelo Estructural, así como en el aspecto aplicado, pero de una forma que resulte de fácil entendimiento, por lo que se plantea una serie de ejemplos de la vida diaria y/o de casos en terapia, de tal manera que resulte sencillo entenderlos y poderlos ubicar en la vida diaria.

Se divide en tres partes: 1) la primera parte tiene como objetivo retomar aspectos básicos para poder entender el modelo estructural, por lo que se hablará de la conceptualización de la familia, el problema y el síntoma, junto con el subgrupo de conceptos que pueden formar parte de cada una de estas categorías y con sus respectivos ejemplos, y 2) la segunda parte constará de las estrategias terapéuticas utilizadas en la terapia familiar estructural (tomando en cuenta los elementos descritos y explicados en la primera parte).

En algunos momentos, los ejemplos podrían parecer algo burdos, sin embargo, el fin es que el lector aunque no tenga fundamentos o sea un principiante pueda entender los conceptos más importantes y las técnicas terapéuticas que se utilizan dentro de esta visión de sistemas, y sobre todo, extrapolarlos a la vida real y no dejarlo en teoría.

La forma en que se encuentra redactado este manual es en primera persona, considerando y hablándole al lector como si fuera una charla amena, una plática trivial, poco convencional, esto para hacer la lectura fluida, sencilla y poco formal, pero no por esto menos importante o válida. Otro punto importante es la brevedad con que se exponen las ideas, pensando en que este manual es de consulta para aclarar dudas o conceptos, ya que de haber alguna duda más específica, el lector puede remitirse a las fuentes originales con las cuales está elaborado este trabajo.

4.12.6 Manual sobre Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.

El manual del Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas tiene como objetivo mostrar los inicios del modelo, así como sus bases epistemológicas, lo que le permitirá al profesional en formación poder tener una idea de los conceptos y su utilización a nivel práctico.

Dentro del manual se describe la técnica así como las situaciones en las cuales puede ser factible la aplicabilidad de dicha estrategia. El manual en esta parte está acompañada de una serie de ejemplos que permiten al lector poder entender como es el manejo terapéutico en diversos casos, lo que resulta

ilustrativo para las personas que comienzan a formarse en los modelos de terapia breve.

El manual y el video son un material desarrollado como producto tecnológico que busca facilitar la formación y el aprendizaje de profesionales, sin embargo se torna indispensable consultar las fuentes originales para obtener mayor información.

4.12.7 Manual sobre Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

El manual del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones tiene como objetivo dar los elementos necesarios para que los estudiantes conozcan el modelo a nivel teórico y práctico.

Está dividido en tres secciones generales: a) un apartado que hace referencia a los aspectos epistemológicos que sustentan el modelo; b) la segunda parte hacen referencia a los aspectos históricos del modelo; y, c) la tercera parte hace referencia a ejemplos de la aplicación de las estrategias de intervención.

Este trabajo está escrito en lenguaje cotidiano de tal forma que los estudiantes puedan entender fácilmente los ejemplos y las formas de proceder durante la sesión terapéutica. De igual forma, se presenta un esquema que marca a manera de proceso el desarrollo de la terapia bajo este modelo, y la conexión que tiene con las diversas estrategias terapéuticas.

Dentro de esta manual se resalta en cada momento la importancia que tiene el lenguaje en la construcción de posibilidades y la influencia de éste a lo largo del desarrollo de la sesión. Este manual se complementa con el video del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones (descrito anteriormente), de tal forma que el manual se centra en los aspectos teóricos y ejemplos escritos, y el video en los aspectos prácticos y en los ejemplos visuales.

Las estrategias de intervención fueron compiladas de diversos textos de William O'Hanlon y Steve de Shazer, por lo que las herramientas terapéuticas que es muestran en este video no se encuentran en un solo libro o texto, sino se cumple con una tarea de compilación y exposición de la metodología a seguir así como una demostración en un caso simulado, en donde se muestra lo expuesto teóricamente.

4.12.8 Cartel: calidad de vida.

Se realizaron dos materiales enfocados a la promoción de la calidad de vida: por una parte se elaboró un tríptico y por otro lado se hizo un cartel que reflejará y mostrará en que consistía este concepto. Se trabajaron ambos materiales de difusión considerando tres aspectos fundamentales: el tener, lo afectivo (amar) y el ser.

Se realizó un cartel titulado “calidad de vida”. Este material estuvo pensando como una herramienta de difusión para niños, ya que el cartel tiene diversos colores, flechas grandes y animales antropomorfizados, de tal manera que los niños pudieran identificar una gran variedad de especies de animales pero con sombreros, con libros, con sus cachorros, etc., haciendo referencia a los aspectos más fundamentales que engloban lo que sería tener una calidad de vida satisfactoria. Se evitaron las frases y únicamente se utilizaron pocas palabras, partiendo de la idea de que los niños no ponen atención tanto a lo escrito, si no a las imágenes. De igual forma se complementó con un tríptico, en donde se utilizaron tanto dibujos como frases, pensando en un información dirigida a adultos, por lo que el material era más adecuada.

4.12.9 Tríptico: calidad de vida.

En el tríptico se utilizaron pocas palabras para englobar los aspectos de cada categoría, seguida de un dibujo y en cada rubro se utilizaron frases alusivas a lo que se requería ilustrar. Se trabajo bajo el *slogan* de “si solamente se vive una vez, hay que hacerlo satisfactoriamente”, remarcando el hecho de la importancia que tiene la persona y sus decisiones para poder construir una calidad de vida satisfactoria.

El tríptico se pensó para adolescentes y adultos, ya que en la última parte del material se incluyen sugerencias para mejorar la calidad de vida. Estos consejos son cosas sencillas que se pueden hacer en la adolescencia o adultez y que se apegan al material expuesto dentro del folleto. Se hizo mucho hincapié en el aspecto espiritual englobado en el rubro del “ser”, ya que es un aspecto importante que durante mucho tiempo se relego como un aspecto metafísico, y que sin duda es importante retomar.

El psicólogo como un profesional de la salud, pensando en que la residencia en Terapia Familiar se inserta en este campo, podría considerar este tema como una piedra angular de diversos problemas de salud o de familia, en donde hacerlo de conocimiento podría en determinado momento que las personas se reflejaran y diferenciaran que tipo o con que calidad de vida viven, aspecto que podría influir en un cambio o en un interés mayor por el tema, en donde el apoyo de difusión y de creación de material de esta clase podría permitir el apoyo a los sistemas de salud a nivel de prevención, en donde las zonas marginadas o de alto riesgo podrían ser una buena oportunidad para fomentar estos materiales.

4.13 Programas de intervención comunitaria.

Uno de los objetivos de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala es formar profesionistas de calidad que puedan atender las necesidades sociales en las áreas sociales y de la salud, por lo que la formación en docencia e investigación se pueden ver reflejados al servicio de la comunidad. Por tanto durante mi formación participe en

algunos eventos enfocados a dar servicio a la comunidad para atender y dar respuestas a algunas problemáticas sociales.

4.13.1 Conferencia: Salud Sexual y Prevención del VIH/ SIDA en Adolescentes.

Se dieron 10 conferencias (a todos los grupos de la escuela de ambos turnos) sobre salud sexual y prevención en VIH/SIDA en la Escuela Secundaria General "Profesor Lauro Aguirre", ubicada en Izcalli Chamapa, Naucalpan, Estado de México, el 7 de Octubre del 2005.

Se utilizó un cañón proyector para la presentación, las conferencias iniciaban hablando sobre los problemas de salud sexual en adolescentes tales como embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Toda la conferencia se enfocó a los adolescentes, ya que estos forman una población de riesgo para estos aspectos. En un segundo momento se enfocó a hablar del VIH/SIDA como foco principal de la plática, en donde se habló de estadísticas, de que es el VIH/SIDA, de la historia del mismo y de las consecuencias, para pasar a una tercera parte enfocada a la prevención, que por excelencia se promovió el uso consistente del condón, es decir, utilizarlo en todas y cada una de las prácticas sexuales, en donde se les mostró los tipos de condones, los errores más frecuentes al utilizarlo así como los pasos a seguir para usarlo. Finalmente se hizo un ejercicio con un pene de madera para que los alumnos lo pusieran, al finalizar se dio paso a la resolución de dudas.

Los adolescentes se mostraron interesados y con muchas dudas. Las dudas no se hablaron abiertamente, si no que se procedió en una bolsa meter en papeles blancos y anónimamente las dudas, de lo que se generó una bolsa de plástico totalmente llena de dudas, lo que habla de que el tema genera cierta censura o pena entre los compañeros, en las dudas mas frecuentes se preguntaba por el condón femenino, por síntomas más específicos de las infecciones de transmisión sexual, sobre métodos de control de la natalidad a parte del condón, sobre las pruebas de detección, sobre los establecimientos de compra de los condones, sobre los tipos de prácticas sexuales, sobre higiene y riesgos de contagio sobre el VIH/SIDA.

La zona en donde se dieron las conferencias se considera como una zona marginada y de alto riesgo, por lo que el director se ha preocupado porque los alumnos y padres tomen cursos, talleres o conferencias de temas de interés. Partiendo de la idea de que el debut sexual se presenta en edades cada vez más tempranas, los adolescentes enfrentan serios riesgos de salud sexual. A nivel profesional llevo tres años dando este tipo de conferencias y entrenando jóvenes y adultos a usar correctamente el condón, lo que favorece a la prevención a nivel conductual al entrenar habilidades en su uso, y en otras ocasiones a negociarlo, sin embargo hace falta considerar otros aspectos tales como creencias, contexto, cultura, historia conductual, el tipo de pareja, edad de debut sexual, entre otros, sin embargo es un primer paso en la prevención del VIH/SIDA.

4.13.2 Taller: Comunicación no Violenta.

Se llevó a cabo en la Escuela Secundaria General “Profesor Lauro Aguirre”, ubicada en Izcalli Chamapa, Naucalpan, Estado de México?, el 11 de Noviembre del 2005.

El taller se dirigió a 20 padres de familia y se estructuró de la siguiente manera: rapport en el grupo, evaluación, introducción en donde se explicaron los motivos y objetivos del taller, exposición de la importancia de observar sin evaluar, expresar sentimientos, expresar necesidades, reconocer autolimitaciones sin perder el respeto por sí mismo, reconocer sentimientos y necesidades de los otros, como expresar la ira sin culpar o castigar, resolver las diferencias con el propósito de satisfacer las necesidades de todos, resumen y cierre del taller, evaluación y resolución de dudas.

Todos estos componentes se hicieron en dos sesiones de tres horas cada una, en donde se exponía el componente del modelo de comunicación no violenta y posteriormente se hacía alguna dinámica para trabajar dicho componente.

Los ejemplos y la resolución de dudas se enfocaron a las problemáticas que las personas presentaban como ejemplos, de tal manera que se pudiera trabajar con las experiencias de los padres de familia. Entre las problemáticas que se presentaron con mayor frecuencia son: violencia familiar, problemas de pareja, divorcio y problemas con los hijos adolescentes, incluso las sugerencias que se hicieron por parte de los padres de familia fueron la apertura de talleres enfocadas a estos problemas y su manera de resolverlos.

Muchos pidieron servicio de terapia, por lo que se les proporciono la dirección de la clínica de Terapia Familiar ubicada en el endoperio de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se presentó la situación de que la mayor parte de los miembros del grupo deseaban hablar sobre lo que les sucedía, de tal manera que se tuvo que poner cierto orden con respecto a las participaciones.

El nivel económico y educativo era bajo en el grupo, la mayoría eran comerciantes con secundaria sin embargo eso no fue una limitante para que el grupo se mostrara participativo. Este tipo de talleres se torna importante, ya que este tipo de eventos permiten que los asistentes adquieran herramientas o habilidades que puedan emplear en sus vidas cotidianas, o de otra forma podrían automonitorearse o darse cuenta sobre los aspectos que facilitan sus problemas dentro de la comunicación que momento a momento tienen con sus semejantes. A nivel personal el trabajo con padres de familia en zonas de alto riesgo me ha permitido vincularme con los problemáticas cotidianas con las que viven las familias día a día, que de alguna manera son similares a las experiencias que las familias traen en la clínica, lo que me hace pensar en la importancia que tiene conocer este tipo de problemas, las zonas en las que se presentan y pensar en

prevención como un primer paso, y de igual forma, llevar el aspecto de intervención a este tipo de población.

4.13.3 Conferencia: La familia.

El día 7 de Marzo del 2005 se presentaron dos pláticas en el DIF Ecatepec de Morelos, México. Ambas pláticas se enfocaron a los temas interesados por los oyentes que fueron: funcionalidad familiar y poder en la familia. A cambios las oyentes aceptaron contestar un cuestionario de “estilos y estrategias de poder en la pareja” con fines de investigación para la Residencia en Terapia Familiar, en la materia de Metodología de la Evaluación II. Antes de la conferencia se les hizo saber sobre la aplicación de los instrumentos, se marco que no era obligatorio y la confidencialidad y uso únicamente estadístico de los datos.

La plática se centro en los elementos de organización familiar que el Dr. Minuchin marca dentro de sus obras, así como del ciclo vital familiar y su vinculación con la organización familiar. Las escuchas (todas la población era del sexo femenino) se mantuvieron atentas e hicieron preguntas referentes a sus situaciones personales, en donde solicitaron urgente (varias de ellas) atención psicológica familiar, entre las problemáticas más comunes se encontraron: violencia familiar, problemas con una integrante de la familia discapacitado, problemas de conducta de los hijos, problemas de drogadicción y de límites con hijos adolescentes, problemas de alcoholismo por parte de uno de los miembros de la familia o con el esposo, problemas de pareja (celos principalmente), en donde se marcó que por los requerimientos de sus necesidades la conferencia era informativa, sin embargo se les otorgó la dirección de la clínica de Terapia Familiar de Iztacala.

En ambas pláticas las personas remitieron problemáticas similares y se encontraron muy atentas. Hay problemáticas que son similares, lo que marcaría el tipo de demanda que la zona está teniendo. Las características de las asistentes eran: escolaridad técnica o secundaria, casadas, entre los 20 y 30 años, nivel económico bajo, la mayoría con uno o dos hijos, pertenecientes a la carrera técnica de asistente educativo que otorga el DIF. La zona en donde se ubica el DIF está ubicada alrededor de diversas colonias populares y de bajos recursos, lo que podría facilitar mucho los casos clínicos como los que demandan.

Este tipo de experiencias sirven en un primer momento para reforzar los aprendido en semestres anteriores, y en un segundo momento para irse acercando de otras formas (independientemente de los pacientes que se atienden a las clínicas) a las demandas de la población en diversas zonas del Estado de México. Al escuchar las situaciones que las participantes relataban descubrí que las herramientas epistemológicas y la visión sistémica me ha permitido comenzar a pensar de forma integrativa y circular, haciendo reflexiones e hipótesis sobre los casos, sin embargo no se expresaron ya que las personas no eran pacientes ni se encontraban dentro de un espacio terapéutico.

4.13.4 Conferencia: Relaciones de poder y funcionamiento familiar.

Se llevó a cabo una conferencia sobre relaciones de poder y funcionamiento familiar dentro de las instalaciones de la Escuela Secundaria General "Profesor Lauro Aguirre", ubicada en Izcalli Chamapa, Naucalpan, Estado de México, a finales del año 2005.

La zona donde se ubica la escuela se caracteriza de alto riesgo por la gran cantidad de problemáticas que presentan los individuos y las familias que habitan la zona. En este sentido, con la conferencia se buscó informar a los padres sobre las relaciones entre personas y el poder. Este tema en general se fue focalizando hasta llegar a las relaciones de violencia entre la pareja, entre hermanos o entre la familia.

Se expusieron alguna de las situaciones más comunes dentro de la vida cotidiana y algunas formas de ejercer el poder desmedidamente así como diversos tipos de violencia que se pueden presentar de forma sutil.

Este tema se vinculo a la familia y su funcionamiento, así como a diversos problemas que podrían ser facilitados por este tipo de interacción. Se trabajó con diapositivas animadas y ejemplos de la cotidianidad para poner al alcance de los padres información clara y sencilla.

Al finalizar la conferencia se resolvieron dudas de forma general y de manera individualizada, y finalmente se pidió la colaboración de los padres para contestar un instrumento de evaluación que posteriormente serviría para actividades de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

4.14 Difusión en foros académicos nacionales e internacionales.

Se participaron en diversos foros académicos especializados, tanto nacionales como internacionales, este tipo de actividades promueve el desarrollo de habilidades enfocadas a investigación, docencia y difusión del conocimiento y de los productos realizados en la residencia como estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La participación que tuve en estos espacios estuvo dirigida en diversos aspectos: a) presenté diversos trabajos en diferentes foros tales como ciclos de conferencias, congresos y coloquios, b) asistí a diferentes eventos de difusión de información especializada como coloquios y congresos; c) asistí a cursos y talleres de actualización; d) diseñé y apliqué diversos cursos de formación para estudiantes; y, e) publiqué artículos en diversos espacios de difusión.

4.14.1 Análisis de otras conductas de riesgo en estudiantes que tienen una pareja regular y una ocasional.

Participe como ponente en un coloquio estudiantil de corte internacional llevado a cabo en la Haba, Cuba. La referencia es la siguiente:

El considerar otros comportamientos de riesgo y prevención puede posibilitar la identificación de distintos niveles de riesgo/prevención en función de lo que el sujeto hace o deja de hacer. Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue determinar las diferencias entre hombres y mujeres en función del patrón de comportamiento sexual, las creencias y otras conductas de riesgo como tomar la iniciativa en el encuentro sexual, dejar que la pareja proponga medidas de prevención y complacer a la pareja en jóvenes universitarios que tienen relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable. Se evaluaron a 691 estudiantes encontrándose que los estudiantes que han tenido relaciones ocasionales iniciaron su vida sexual a edades más tempranas y han tenido un mayor número de parejas sexuales en toda la vida que los estudiantes que han tenido pareja estable; asimismo, fue mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que tienen relaciones sexuales teniendo una pareja estable y que usan el condón con la pareja ocasional. Las personas que tienen pareja ocasional llevan a cabo más conductas preventivas y de riesgo en comparación con los que tienen una pareja estable. Los resultados se discuten en términos del análisis integral de diversas variables, así como alternativas a la evaluación del uso del condón y el tipo de persona con la que se relacionan sexualmente.

Enríquez, D. y Sánchez, R. y Robles, S. (2006). Análisis de otras conductas de riesgo en estudiantes que tienen una pareja regular y una ocasional. Trabajo presentado en el IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología, llevado a cabo en Octubre del 2006 en la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, Cuba.

4.14.2 Influencia de los estilos y estrategias de poder en el funcionamiento familiar.

Dentro del mismo evento académico participe en el desarrollo del siguiente trabajo presentado en la Haba, Cuba. La referencia es la siguiente:

El objetivo del presente trabajo fue describir la relación entre los estilos y estrategias de poder positivos en la pareja y su relación con un buen funcionamiento familiar, por lo que se evaluaron a 44 personas que tuvieran o hubieran tenido pareja; 15.9% hombres y 84.1% mujeres; se les aplicó una escala de funcionamiento familiar (Palomar, 1998), y otra de estrategias y estilos de poder (Rivera y Díaz-Loving, 2000). Para el análisis de datos se consideraron las estrategias positivas (afecto positivo, equidad reciprocidad, directo racional y afecto petición) y estilos positivos (laissez-faire, negociador, tranquilo conciliador, democrático, afectuoso), encontrando correlación con algunos factores de un buen funcionamiento familiar (relación de pareja, comunicación, cohesión, tiempo compartido, roles-trabajo doméstico,

autonomía-independencia, organización, autoridad y poder). Los datos se discuten en función de la identificación de estilos y estrategias positivas vinculadas al funcionamiento familiar para la predicción de posibles conflictos o soluciones en la familia.

Sánchez, R. y **Enríquez, D.** (2006). Influencia de los Estilos y Estrategias de poder en el Funcionamiento Familiar. Trabajo presentado en el IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología, llevado a cabo en Octubre del 2006 en la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, Cuba.

4.14.3 ¿Cuáles son algunos motivos para usar condón en jóvenes universitarios?.

Participé en el desarrollo del siguiente trabajo presentado en el VIII Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología realizado en Morelia, Michoacán. La referencia es la siguiente:

En México, la práctica de la investigación sobre el problema del VIH/sida, especialmente la que se realiza con el propósito de prevenir a corto o mediano plazo la infección por VIH en diferentes sectores de la población se han generado una gran diversidad de modelos que intentan lograr este objetivo, una propuesta es la utilización del modelo psicológico de la salud biológica (Bayés, 1992; Bayés y Ribes, 1992; Ribes, 1990). Este modelo permite, delimitar con precisión en qué consiste la dimensión psicológica de la salud, haciendo posible la especificación de variables que forman parte de la fase de procesos (estilos interactivos, competencias funcionales y modulación biológica por contingencias) y cuáles de los resultados (vulnerabilidad biológica, comportamientos instrumentales de riesgo/prevenición, patología biológica y comportamientos asociados a ésta). Dentro de este modelo no hay que pasar por alto la existencia de factores como las situaciones interactivas y los motivos, éstos se definen como razones para comportarse de diversas maneras; suponen la elección o preferencia por determinados objetos, eventos y situaciones, incluyendo las acciones y las consecuencias que se desprenden a partir de tales acciones (Ribes, 1990b; Corral, 1997); éstos implicarían la identificación de razones que probabilizan que un individuo opte por el ejercicio de un tipo particular de comportamiento y en diversos estudios como los de Piña y Corral (2001), Piña, de la Cruz y Obregón (2002) y Piña, Valencia, et al (2002) han resultado ser un factor predictivo para conductas preventivas. Por lo que el objetivo del presente trabajo fue conocer algunos motivos que los jóvenes utilizan para usar o no condón. Se aplicó un cuestionario a 606 estudiantes con muestreo por cuota, de los cuales el 31.8% eran hombres y el 67.7% mujeres, con una edad promedio de 20 años (SD=3). Se utilizó un diseño prospectivo, transversal, comparativo y observacional (Méndez, et al., 2001). Se evaluó con un instrumento (Piña y Robles, 2004) los motivos para usar o no condón en las siguientes variables: frecuencia de usar preservativo, edad de inicio de relaciones sexuales y uso del condón en la primera relación sexual. Los resultados muestran que hubo correlación positiva entre la frecuencia del usar preservativo y los motivos: evitar un embarazo ($r=.238$, $p< .01$), para evitar una infección ($r=.340$, $p< .01$) y porque

mi pareja lo exige ($r=.166$, $p< .05$). La edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración se encontró correlación positiva con los motivos: "se presentó la oportunidad de tenerlas" ($r=.163$, $p< .05$), tenía interés en experimentar ($r=.164$, $p< .05$) y correlacionó negativamente "porque existía una relación afectiva con la persona" ($r=-.200$, $p< .01$). Quienes usaron preservativo en su primera relación sexual (85.4%) fue "muy determinante" el motivo "evitar un embarazo", mientras que los que no usaron condón (50%) no fue determinante, encontrándose diferencias significativas ($\chi^2=70.51$, $p< .001$); así mismo se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=30.44$, $p< .001$) entre los que usaron (77.4%) y no preservativo (20%) con el motivo "para evitar una infección". Los resultados se discuten en términos del contexto de la prevención del VIH/SIDA.

Sánchez, R. y **Enríquez, D.** (2007 marzo). ¿Cuáles son algunos motivos para usar condón en jóvenes universitarios?. Trabajo presentado en el VIII Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología, llevado a cabo del 7 al 10 de Marzo del 2007 en Morelia Michoacán, México.

4.14.4 Patrón de comportamiento sexual y su relación con diversas prácticas sexuales en hombres y mujeres universitarios.

Participe como ponente en el VIII Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología realizado en Morelia, Michoacán. La referencia es la siguiente:

Mundialmente el VIH/SIDA es la causa de millones de muertes (ONUSIDA, 2004). Más del 90% de las infecciones son transmitidas por vía sexual (CONASIDA, 2004). Se ha reportado que las variables asociadas a un comportamiento preventivo son: los conocimientos (Thato et al., 2003), creencias (Villaseñor et al., 2003), actitudes (Ramos, et al., 1999) entre otras (González y Rosado, 2000). El problema que presentan estos estudios radica en suponer que cambios en variables cognitivas producirán cambios en la propia conducta sexual de riesgo. Hay estudios que centran su interés en factores conductuales al evaluar el patrón de comportamiento sexual (Pérez y Arriola, 2001) y las prácticas sexuales (Robles, 2005), ya que el centrarse en este tipo de variables permite tener conocimiento específico de cómo las personas se relacionan en diferentes niveles de riesgo a partir de su comportamiento, dando oportunidad de tener un análisis más específico de las conductas de riesgo y/o prevención. Otra variable asociada a comportamientos de riesgo y/o prevención es el sexo, ya que hombres y mujeres se comportan sexualmente de maneras diferentes (Robles y Moreno, 2002). El objetivo del presente trabajo fue correlacionar el patrón de comportamiento sexual con diversas prácticas sexuales en hombres y mujeres universitarios. Se aplicó un cuestionario a 1168 estudiantes. Se seleccionaron a 691 estudiantes sexualmente activos. Se utilizó un diseño prospectivo, transversal, comparativo y observacional (Méndez, et al., 2001). Se evaluó patrón de comportamiento sexual (frecuencia del uso del condón, proponer medidas preventivas, parejas en toda la vida, relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable, debut sexual) y prácticas sexuales (relaciones sexuales anales, vaginales, orales y masturbación). Los resultados muestran

que en los hombres hay correlación positiva entre la frecuencia del uso del condón y la frecuencia de solicitar medidas preventivas ($r=.289$, $p< .01$). Se muestra que a menor frecuencia de masturbación en pareja mayor es la frecuencia de relaciones orales ($r=-.453$, $p< .01$), anales ($r=-.218$, $p< .01$) y mayor frecuencia de sexo en grupo ($r=.156$, $p< .05$). Se encontró correlación positiva entre la frecuencia de relaciones ocasionales y las practicas: vaginales ($r=.166$, $p< .01$), orales ($r=.155$, $p< .05$), anales ($r=.136$, $p< .05$) y correlación negativa con la frecuencia de relaciones sexuales en grupo ($r=-.156$, $p< .05$). En mujeres, se encontró correlación positiva entre la frecuencia del uso del condón y las medidas preventivas ($r=.438$ $p< .01$). Se encontró que en tanto es mayor la frecuencia de proponer medidas preventivas, mayor es la frecuencia de la masturbación en pareja ($r=.144$ $p< .01$). Se muestra una correlación negativa entre la frecuencia de la masturbación en pareja y la frecuencia de relaciones orales ($r=-.388$ $p< .01$), anales ($r=-.151$, $p< .01$) y una correlación positiva en sexo grupal ($r=.170$, $p< .01$). Finalmente se correlacionó positivamente la frecuencia de relaciones sexuales con parejas ocasionales con relaciones anales ($.160$, $p< .01$) y sexo en grupo ($.170$, $p< .01$). Los resultados se discuten en términos de centrarse en aspectos específicos del comportamiento sexual de hombres y mujeres que conlleven al diseño de estrategias preventivas según el sexo de los participantes.

Enríquez, D. y Sánchez, R.(2007 marzo).Patrón de comportamiento sexual y su relación con diversas prácticas sexuales en hombres y mujeres universitarios. Trabajado presentado en el VIII Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología., llevado a cabo del 7 al 10 de Marzo del 2007 en Morelia Michoacán, México.

4.14.5 Motivos para usar protección sexual en jóvenes universitarios.

Participé en el desarrollo del siguiente trabajo presentado en el XXXI Congreso Interamericano de Psicología, realizado en el Distrito Federal:

Partiendo del modelo psicológico de la salud biológica, el objetivo del presente trabajo fue conocer algunos motivos que los jóvenes utilizan para usar o no condón. Se aplicó un cuestionario a 606 estudiantes con muestreo por cuota, de los cuales el 31.8% eran hombres y el 67.7% mujeres, con una edad promedio de 20 años ($SD=3$). Utilizando el instrumento de Piña y Robles (2004) se evaluaron los motivos para usar o no condón en las siguientes variables: frecuencia de usar preservativo, edad de inicio de relaciones sexuales y uso del condón en la primera relación sexual. Los resultados muestran que hubo correlación positiva entre la frecuencia del usar preservativo y los motivos "evitar un embarazo" ($r=.238$, $p< .01$), "para evitar una infección" ($r=.340$, $p< .01$) y "porque mi pareja lo exige" ($r=.166$, $p< .05$). La edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración se correlacionó positivamente con los motivos "se presentó la oportunidad de tenerlas" ($r=.163$, $p< .05$) y "tenía interés en experimentar" ($r=.164$, $p< .05$) y negativamente con "porque existía una relación afectiva con la persona" ($r=-.200$, $p< .01$). Quienes usaron preservativo en su primera relación sexual (85.4%) fue muy determinante el motivo "evitar un embarazo", mientras que los que no usaron condón (50%) no fue determinante, encontrándose

diferencias significativas ($\chi^2=70.51$, $p < .001$); así mismo se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=30.44$, $p < .001$) entre los que usaron (77.4%) y no (20%) preservativo con el motivo "para evitar una infección". Los resultados se discuten en términos de evaluar los motivos como un factor importante dentro del modelo psicológico de la salud biológica.

Sánchez, R., **Enríquez, D.** y Robles, S. (2007 julio). Motivos para usar protección sexual en jóvenes universitarios. Trabajo presentado en el XXXI Congreso Interamericano de Psicología del 1 al 5 de julio en México, Distrito Federal.

4.14.6 Significados de la relación de poder en la pareja: un estudio de caso.

Participé en el desarrollo del siguiente trabajo presentado en el I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, realizado en Lima, Perú. La referencia es la siguiente:

En todas las relaciones humanas se encuentran implícita o explícitamente un ejercicio del poder, por lo que la pareja es un campo propicio para el estudio de fenómenos vinculados al poder (Rivera y Díaz-Loving, 2000). Las relaciones de poder es un tema en donde van implícitos diversos factores tales como la diada, la interacción, acciones, creencias particulares, significados personales, historias entre otros. Como una forma de aproximarse a las formas de relación de poder y los significados que están presentes en la relación de pareja, se planteó un estudio de caso con una mujer de 22 años, casada, con el objetivo de conocer cómo se construye la relación de poder y lo que significa para la persona; se aplicó una entrevista abierta que abordó las dimensiones teóricas: Poder en la pareja, conceptualización del poder individual, poder en la pareja, estilos de poder en la pareja, estrategias de poder en la pareja. Los resultados muestran que la participante utiliza estrategias y estilos de poder indirectos (equidad-reciprocidad y directo-racional), como una manera de ejercer el poder y de conseguir el control o satisfacer sus demandas ante su pareja. La discusión se hace en términos de la importancia de adentrarse en el estudio "del sentido del poder" que conlleva a centrarse no solamente en la conducta sino a complementar con los significados las creencias, las percepciones y todas aquellas influencias que pudieran ser implícitas o explícitas de la interacción que se genera en una diada como la pareja, y que tiene su base en el poder.

Sánchez, R. y **Enriquez, D.** (2007 agosto). Significados de la relación de poder en la pareja: un estudio de caso. Trabajo presentado en el I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, llevado a cabo del 22 al 25 de Agosto en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru.

4.14.7 Importancia del funcionamiento familiar en terapeutas en formación.

Participé como ponente en el I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, realizado en Lima, Perú. La referencia es la siguiente:

De acuerdo con la Secretaria de Salud en México, en el 2005 se atendieron a más de 312,599 personas con problemas psicológicos. Los encargados de ofrecer este servicio son psicólogos con una orientación clínica, sin embargo, se ha dejado de lado la importancia de una formación integral del profesional, sobretodo el área personal y familiar, que podrían dificultar su desempeño laboral. Se sabe que la dinámica familiar influye en la forma de percibir la realidad y en la construcción de historias que median el comportamiento, por lo que es importante el trabajo terapéutico del estudiante para que estos factores no interfieran en su formación y practica profesional. El objetivo del presente trabajo fue describir el funcionamiento familiar de 36 psicólogos en formación como terapeutas (especialidad); 16.7% hombres y 83.3% mujeres; se les aplicó una escala de funcionamiento familiar (Palomar, 1998). Para el análisis de datos se consideraron algunos factores como: violencia física y verbal, falta de reglas y apoyo, relación de pareja, comunicación, tiempo compartido, roles-trabajo doméstico, autonomía e independencia y autoridad y poder. Los datos se discuten en función de la importancia de la influencia de la dinámica familiar del terapeuta en formación con respecto a su desempeño profesional.

Enriquez, D. y Sánchez, R. (2007 agosto). Importancia del funcionamiento familiar en terapeutas en formación. Trabajo presentado en el I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, llevado a cabo del 22 al 25 de Agosto en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru.

4.15 Aplicación de cursos y talleres de formación a estudiantes.

Atendiendo al aspecto de difusión de conocimiento y a la resolución de problemáticas sociales se torna importante no solamente ser formado como un profesionalista de calidad, sino también contar con el conocimiento y las habilidades necesarias para formar estudiantes que serán potencialmente profesionales de calidad y que procederán éticamente ante la familia y los problemas actuales que plantean las condiciones de nuestro país.

4.15.1 Videoconferencia: Metodología en el estudio de los procesos socioculturales.

En el mes de noviembre fui ponente en una videoconferencia para los estudiantes de la carrera de Psicología del Sistema de Educación Abierta y Educación a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala para las sedes de Tlaxcala y Oaxaca.

En esta videoconferencia se abordaron aspectos básicos de la metodología del estudio de las ciencias sociales tales como: las disyuntivas de la metodología cuantitativa vs. cualitativa, entrevista, tipo de entrevista, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, introducción a los marcos constructivistas e interpretativos.

Las temáticas abordadas fueron planeadas en función del objetivo general y de los objetivos específicos de la materia. Se utilizó una presentación animada para cubrir la exposición de los temas, y al final hubo ronda de preguntas para la resolución de dudas. La referencia registrada es la siguiente:

Enríquez, D. (2006 noviembre). Modulo 0204 “Metodología en el Estudio de los Procesos Socioculturales” Videoconferencia presentada en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, dirigida a estudiantes de la Licenciatura en Psicología del Estado de Tlaxcala y Oaxaca. Tlalnepantla, Estado de México, México.

4.15.2 Clases de Diplomado: Terapia familiar con un enfoque estructural.

Fui ponente en dos fechas diferentes, el 19 y 26 de enero del 2007 en el Diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 impartido como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Este diplomado va dirigido a estudiantes de psicología y profesionales de la salud interesados en la atención clínica de los problemas humanos. Entre sus diversas unidades de este diplomado se exponen los diversos modelos de terapia familiar.

El curso fue de 5 horas continuas por cada uno de los cursos, y los temas a abordar fueron los siguientes: Teoría General de los Sistemas, Cibernética de Primer y Segundo Orden, Nueva Teoría de la Comunicación Humana, Constructivismo, antecedentes del Modelo Estructural, principales representantes, fundamentos teóricos y estrategias de intervención.

Durante el curso se trabajó con ejercicios a nivel teórico y ejemplos de la vida cotidiana, al finalizar el curso se trabajó con dudas sobre casos que los terapeutas en formación habían tenido, y con ejemplos expuestos al grupo de casos reales y su abordaje bajo este modelo. Las referencias son las siguientes:

Enríquez, D. (2007). Terapia Familiar con un enfoque Estructural. Ponente en el Diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza el día 19 y 26 de Enero del 2007.

4.15.3 Clases de Diplomado: Terapia familiar con un enfoque estratégico.

Dentro del mismo diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 impartido como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, fui ponente el 16 de febrero del 2007 con el tema de Terapia Estratégica.

El curso fue de 5 horas continuas por cada uno de los cursos, y los temas a abordar fueron los siguientes: Teoría General de los Sistemas, Cibernética de Primer y Segundo Orden, Nueva Teoría de la Comunicación Humana, Constructivismo, vida de Milton H. Erickson, aspectos centrales del trabajo del hipnoterapeuta Milton H. Erickson antecedentes del Modelo Estratégico, principales representantes, fundamentos teóricos y estrategias de intervención.

Se trabajó con diversos ejercicios escritos y orales, de manera individual y de manera grupal, así como con ejemplos de la vida cotidiana y de casos que los asistentes habían tenido y con análisis de casos presentados por el ponente. Las referencias son las siguientes:

Enríquez, D. (2007). Terapia Familiar con un enfoque Estratégico. Ponente en el Diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza el día 16 de Febrero del 2007.

4.15.4 Clases de Diplomado: Terapia familiar con un enfoque en soluciones.

Dentro del mismo diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 impartido como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, fui ponente en dos ocasiones para impartir el mismo curso, en las fechas 20 y 27 de abril del 2007 con el tema de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

El curso fue de 5 horas continuas por cada uno de los cursos, y los temas a abordar fueron los siguientes: Teoría General de los Sistemas, Cibernética de Primer y Segundo Orden, Nueva Teoría de la Comunicación Humana, Constructivismo, aspectos centrales del trabajo del hipnoterapeuta Milton H. Erickson antecedentes del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, principales representantes, fundamentos teóricos y estrategias de intervención.

Se trabajó con diversos ejercicios escritos y orales, al final de la sesión se trabajó con análisis de casos y la resolución de dudas sobre los casos que los participantes del diplomado tenían. La referencia es la siguiente:

Enríquez, D. (2007). Terapia Familiar con un enfoque de Soluciones. Ponente en el Diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza el día 20 y 27 de Abril del 2007.

4.15.5 Conferencia: La entrevista como intervención en terapia familiar Sistémica.

Durante mi estancia en la residencia expuse a manera de conferencia el trabajo titulado "Entrevista como intervención en Terapia Familiar Sistémica", el cuál fue presentado en el ciclo de conferencias 2007-1 como parte de las actividades del Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA) llevadas a cabo en Marzo del 2007 dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Los asistentes fueron estudiantes de la carrera de psicología y el lugar de a conferencia fue en el auditorio de la FES-I. Los temas abordados fueron principalmente aspectos epistemológicos para finalizar con su aplicabilidad a la terapia, principalmente al proceso de entrevista.

Los temas específicos abordados fueron: Teoría General de los Sistemas, Cibernética de Primer y Segundo Orden, Nueva Teoría de la Comunicación, e ideas centrales del antropólogo Gregory Bateson, la terapia bajo este enfoque, el proceso de entrevista, tipo de preguntas y la entrevista como intervención. La referencia es la siguiente:

Enríquez, D. y Sánchez, R. (2007 marzo). Entrevista como intervención en Terapia Familiar Sistémica". Trabajo presentado en el ciclo de conferencias 2007-1 como parte de las actividades del Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA). Llevada a cabo el 29 de marzo del 2007 dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

4.15.6 Curso-Taller: Terapia familiar: Introducción al modelo estructural.

Fui ponente y apliqué un curso-taller titulado "Terapia Familiar: Introducción al Modelo Estructural"; y fue dirigido a estudiantes de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y formó parte del Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA), y fue llevado a cabo en el periodo inter-semestral del mes de julio.

El curso fue de 20 horas divididas en cinco sesiones de cuatro horas cada una. Se le dio importancia a los aspectos epistemológicos y a los antecedentes de la terapia familiar. Los temas a abordar fueron los siguientes: Teoría General de los Sistemas, Cibernética de Primer y Segundo Orden, Nueva Teoría de la Comunicación Humana, Constructivismo, genogramas, ciclo vital de la familia,

antecedentes del Modelo Estructural, principales representantes, fundamentos teóricos y estrategias de intervención.

Las sesiones del curso-taller tuvieron ejercicios escritos y juegos de roles para que los estudiantes ejercitaran los aprendidos a nivel teórico-epistemológico. La referencia es la siguiente:

Enríquez, D. (2006). Curso-Taller “Terapia Familiar: Introducción al Modelo Estructural”, como parte del Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA), llevado a cabo del 31 de Julio al 4 de Agosto del 2006 con una duración de 20 horas, dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM.

4.15.7 Curso-Taller: La entrevista en terapia familiar sistémica.

Dentro del mismo Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA), fui ponente y apliqué un curso-taller titulado “La entrevista en terapia familiar”; y fue dirigido a estudiantes de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y fue llevado a cabo en el periodo inter-semestral del mes de enero.

El curso fue de 20 horas divididas en cinco sesiones de cuatro horas cada una. Se le dio importancia a los aspectos epistemológicos y a los antecedentes de la terapia familiar. Los temas a abordar fueron los siguientes: Teoría General de los Sistemas, Cibernética de Primer y Segundo Orden, Nueva Teoría de la Comunicación, Genogramas, ciclo vital familiar, e ideas centrales del antropólogo Gregory Bateson, la terapia bajo este enfoque, el proceso de entrevista, tipo de preguntas y la entrevista como intervención. La referencia es la siguiente:

Las sesiones del curso-taller tuvieron ejercicios escritos y juegos de roles para que los estudiantes ejercitaran los aprendidos a nivel teórico-epistemológico. La referencia es la siguiente:

Enríquez, D. (2006). Curso-Taller “La entrevista en Terapia Familiar Sistémica”, como parte del Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA), llevado a cabo del 15 de Enero al 19 de Enero del 2006 con una duración de 20 horas, dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM.

4.16 Publicación de artículos en foros internacionales.

Como parte de las actividades realizadas durante la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se presentaron dos trabajos durante Octubre del 2006, en un encuentro internacional de estudiantes en la Habana Cuba, donde se expusieron dos trabajos que fueron publicados en *extenso* dentro de las memorias del evento y por la Universidad de La Habana Cuba.

Las memorias del encuentro estudiantil se encuentran en formato electrónico y guardado dentro de un CD, en donde se pueden consultar los trabajos con formato de publicación. Las referencias son las siguientes:

Enríquez, D., Sánchez, R. y Robles, S. (2006). Análisis de otras conductas de riesgo en estudiantes que tienen una pareja regular y una ocasional. Memorias en extenso del IV encuentro internacional de Estudiantes de Psicología. La Habana, Cuba.

Sánchez, R. y **Enríquez, D.** (2006). Influencia de los estilos y estrategias de poder en el funcionamiento familiar. Memorias en extenso del IV encuentro internacional de Estudiantes de Psicología. La Habana, Cuba.

Finalmente se participó en el boletín de la EIEPSI de la Universidad de Huánuco, Perú, en donde se escribió un artículo titulado "La terapia familiar sistémica como una alternativa en la práctica clínica". Este artículo aborda los alcances de la terapia familiar sistémica resaltando los siguientes aspectos: holismo, que no está basada en el modelo médico tradicional, la propuesta de superar la visión molecular así como la influencia de la persona del terapeuta. La referencia es la siguiente:

Sánchez, R. y **Enríquez, D.** (2007) La terapia familiar sistémica como una alternativa en la práctica clínica. Boletín EIEPSI, (1), 1, Huánuco, Perú.

4.17 Asistencia a talleres, cursos y congresos.

Como parte de mi formación dentro de la con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala no solamente es importante la difusión del trabajo realizado en la UNAM, sino también la formación continua y la actualización del conocimiento, de tal forma que sus profesionistas se encuentren informados y actualizados sobre los aspectos referentes a su campo de trabajo. En este sentido participé en diferentes talleres, seminarios, cursos y congresos a lo largo de mi formación.

4.17.1 Taller Pre-Congreso: Amor, sexo y violencia.

En Cholula Puebla tuvo lugar el curso taller "Amor, sexo y violencia" impartido por la Doctora Cloe Madaness, pionera Argentina de la terapia familiar, fundadora junto con Jay Haley de la terapia estratégica. En el curso, la Dr. Madaness mostró teóricamente y posteriormente de manera práctica (a través de 3 videos) el manejo terapéutico de casos de abuso sexual dentro de la familia; a este tipo de terapia le llama la terapia del arrepentimiento. El curso lo ha dado en otros países como Israel, Estados Unidos y París. La Dra. Madaness desarrollo esta metodología bajo una óptica estratégica, y bajo el financiamiento del gobierno de Washington, en donde obtuvo un 93% de efectividad en la terapia con sus pacientes.

La enseñanza con los maestros creadores de la terapia familiar resulta muy enriquecedora por la experiencia. Algo que llamó mi atención es el hecho de que este fenómeno ocurre en todo el mundo, incluso es un fenómeno milenario, y las herramientas adquiridas en el curso podrán ser útiles para los casos revisados en la clínica. La Dra. Madaness al inicio del curso dio un panorama general del trabajo en la terapia estratégica así como de las características que debe tener un terapeuta. Este aspecto es sumamente importante, ya que se pensaría que teniendo los pasos metodológicos de una estrategia cualquiera podría aplicarla, sin embargo, el uso propio del terapeuta y de sus recursos es fundamental, ya que el mismo terapeuta es su propio instrumento de trabajo, y mucho depende de las cualidades personales el hecho de que una estrategia tenga éxito o fracaso.

Entre las cualidades que más llamaron mi atención esta la de ser optimista y la del sentido del humor, ya que se podría pensar que el hecho de tener muy buen sentido del humor podría ser una falta de respeto, sin embargo la Dra. Madaness también habló del respeto y la responsabilidad, así como del aspecto ético, aspecto retomado de igual forma en el congreso de Celaya. Tal vez llamaron mi atención estos aspectos porque son aspectos que podrían ser triviales y sin embargo tienen un impacto fuerte en la terapia.

De igual forma, proporciono estrategias para el trabajo con adolescentes y niños, así como herramientas en caso de ideación suicida. Este último punto es crucial, ya que por ética y responsabilidad hay que estar alertas sobre los usuarios que podrían tener ideación suicida así como ya intentos del mismo.

A nivel profesional considero que vale la pena el costo de este tipo de cursos que finalmente retribuyen en la profesionalidad y la efectividad de las estrategias, y por otro lado se crece como profesional y como persona. Este curso me dio una perspectiva de lo complicado que es trabajar con casos de abuso sexual y con la familia, sin embargo es muy enriquecedor la experiencia, y muy gratificante el trabajo en sesión, considero que en cuanto más se ponga en práctica lo revisado en este curso, más posibilidad habrá de perfeccionarlas las herramientas, así como la detección de fallas y errores en el terapeuta, con el fin de corregirlas.

4.17.2 Curso: Terapia de pareja. Dilemas e innovaciones.

El curso fue impartido por la Asociación Campos Eliseos. El motivo de hacer el curso fue una nota en el New York Times que marcaba que un gran porcentaje de las parejas que tomaban terapia terminaban divorciadas, y estos datos se tomaron de diversos estudios. Esto fue alarmante para las diseñadoras del curso, por lo que uno de los objetivos fue marcar la efectividad de la terapia de pareja.

El curso comenzó marcando diversas investigaciones actuales sobre pareja así como variables predictivas e importantes para una relación satisfactoria y sin separación. Entre los resultados se encontró que los consejeros prematrimoniales

funcionan como un factor preventivo y no de separación la satisfacción marital, la solución de problemas y el éxito laboral son factores que probabilizan que no haya ruptura. Cuando se habló de la capacidad del terapeuta se marcó que es importante el nivel de experiencia, la reducción de comunicación negativa en terapia, el control y la estructura que ofrece el terapeuta así como la alianza que se puede generar con éste; estos aspectos son los que están asociados a un éxito terapeuta para que la pareja puedan resolver sus problemas. En cuanto a las variables que se asocian a una ruptura se encuentran: la crítica entre los cónyuges o la pareja, depresión en uno o ambos miembros de la pareja, que uno se ponga a la defensiva cuando se generan problemas y el distanciamiento.

Posteriormente se hizo un resumen sobre los modelos que actualmente se están utilizando para la terapia de pareja, en su mayoría de corte sistémico y breve.

Finalmente se discutió sobre algunos dilemas que el terapeuta enfrenta cuando una pareja va a terapia, como por ejemplo, la triangulación del terapeuta y la apertura de secretos de un miembro de la pareja al terapeuta (principalmente estos dos fueron los que llevaron la mayor parte del tiempo y los más importantes).

A nivel profesional es importante mantenerse actualizados, en el presente curso se hablaron de diversos estudios novedosos y de una crítica fuerte en Estados Unidos sobre la terapia de pareja, lo que nos hace cuestionar y analizar qué es lo que está sucediendo a nivel social y a nivel profesional con las personas que se están preparando y por otro lado sobre la forma en que el periodista corta los sucesos y los puntúa para generar la nota periodística.

Es importante ponerse a pensar sobre este artículo, ya en la nota no se explicita una metodología rigurosa de selección de los artículos, no se marcan los criterios de inclusión o exclusión, las características de la población en todos los estudios, variables socio demográficas, el tipo de metodología ni los objetivos de dichas investigaciones, es decir, se torna más complejo un análisis de diversos estudios para hacer una aseveración como la realizada por este periodista, sin embargo, para poder analizar y generar una crítica que pueda apoyar nuestro trabajo profesional o cuestionarse lo que está sucediendo es importante mantenerse actualizado y oír otras voces, con otra preparación y fuera del campo universitario.

4.17.3 Taller: Creando conversaciones externalizantes en narrativa.

Este taller fue impartido por el Dr. David Epston, pionero de la terapia Narrativa. La sede fue la Universidad Veracruzana, en Xalapa, Veracruz. El taller en un inicio sentó las bases y orígenes de la terapia narrativa, así como la historia en donde se resaltó la colaboración que tuvo con Michael White. Se marcaron e hicieron explícitas las ideas de Michael Foucault en la terapia Narrativa y su influencia en la psicoterapia.

Posteriormente se trabajó con una transcripción de un caso y dos videos, en donde el facilitador comentaba el caso, se veía un fragmento del video, se detenía la imagen y sobre la transcripción del caso se tenía que generar la pregunta para darle una orientación de conversación externalizante. De esta forma se trabajó con dos de los casos más complicados que el Dr. Epston ha tenido a lo largo de su carrera como terapeuta.

Finalmente se trabajó con un asistente, de tal forma que pasó al frente y explicó como formular preguntas y temas orientados a la de-construcción de historias, de tal forma que explicaba teoría y luego generaba la pregunta a la participante. El curso fue dirigido a la creación de conversaciones externalizantes para de-construir historias.

4.17.4 Seminario: Nuevas reflexiones acerca de la terapia familiar.

El evento tuvo lugar en la Escuela Nacional Pedagógica, y gracia al ILEF fue posible poder traer al Dr. Salvador Minuchin, que presentó algunas reflexiones sobre su trabajo realizado desde hace casi cinco décadas, de igual forma, mostró *en vivo* la forma de trabajo bajo la óptica estructural.

El Dr. Salvador Minuchin comenzó por hablar sobre historia y sobre aspectos de epistemología, marcando la importancia que tiene saber los orígenes del modelo, es decir, las condiciones y necesidades que tenían los barrios pobres de Filadelfia en Estados Unidos, y como inductivamente comenzó a estudiar y a trabajar con la organización familiar para la resolución de problemas, guiado en parte por los estudios epistemológicos de Gregory Bateson, la postura integrativa de análisis familiar de Ackerman, el importante concepto de homeostasis de Jackson y los procesos comunicativos de Satir.

El Dr. Salvador Minuchin después de hacer un análisis de toda su obra llega a la conclusión de que lo más importante del trabajo terapéutico bajo este modelo es: escuchar y desafiar lo que la familia dice del paciente identificado y cuestionar la realidad, por lo que es importante hacerlos hablar y pedir la colaboración de la familia para lograr una nueva construcción familiar. Lo marcado anteriormente apunta a la evaluación del modelo estructural, es decir, ahora el Dr. Salvador Minuchin ha comenzado a centrarse cada vez más en las estrategias que se vinculan con las realidades familiares.

También marcó la importancia de aprender y olvidar las estrategias y las formas de hacer terapia, ya que hizo explícito la capacidad que debe de tener el terapeuta para usarse y poder generar cambios. Cuando se le preguntó por sus libros más famosos, comentó que ya no eran útiles y que la reflexión del taller impartido iba dirigido hacia el trabajo de las realidades familiares.

El poder observar y aprender *en vivo* del Dr. Salvador Minuchin permite a terapeutas en formación poder contraponer lo teórico con lo práctico y formarse

una visión crítica sobre el modelo y su aplicación a partir de ver al creador teórico-práctico de dichas ideas. A pesar de que el Dr. Salvador Minuchin marcó que sus libros eran obsoletos, utilizó durante sus prácticas clínicas en vivo utilizó estrategias anteriormente marcado en sus libros, tales como la escenificación, el foco, la intensidad, metáforas geográficas, utiliza su postura de experto por la edad que tiene y en casi todo momento genera metáforas enfocadas a lo que la familia vive, entrelazándolas con la realidad familiar que se está viviendo.

La edad del Dr. Salvador Minuchin es de más de ochenta años, poderlo oír de propia voz, así como anécdotas que compartió permite complementar a nivel histórico huecos en la historia de la terapia familiar, y permite una retroalimentación de una persona experimentada con más de cuarenta años como terapeuta.

4.17.5 Seminario: *El Lenguaje Sistémico y Anorexia y Bulimia*

Se asistió a Guadalajara el 1 y 2 de Septiembre del 2006 a un seminario titulado *El Lenguaje Sistémico y Anorexia y Bulimia*, impartido por el Dr. Luigi Boscolo del equipo de Milán.

Entre los temas tratados el Dr. Boscolo comentó los inicios del Modelo de Milán y algunas experiencias clínicas, en las cuales marcó la importancia de trabajar con un modelo estático, ya que se tiene que ir evolucionando a través del tiempo con el modelo y los casos clínicos que busca resolver el modelo. Por tanto el Dr. Boscolo optó por comenzar a trabajar con aspectos narrativos con la familia, así como los tiempos de ésta, citando en cada momento su libro *El tiempo de los tiempos*.

Por tanto el lenguaje ha pasado a ser para el Dr. Boscolo la llave para las posibilidades y soluciones en las familias, ya que en el momento en que la familia es capaz de re-inventar sus historias la familia cambia.

El Dr. Boscolo hizo mucho énfasis en las “palabras clave”, que son las palabras que se les puede atribuir múltiples significados, y a partir de dichas palabras comenzar a co-contruir con la familia realidades diferentes.

En cuanto a la anorexia y la bulimia el Dr. Boscolo se mostró a favor de comenzar a trabajar con diagnóstico de tipo psiquiátrico para emparentarlo con la terapia y como un puente comunicativo entre especialistas. Por otro lado entre sus descubrimientos recientes ha marcado que ha encontrado una relación común entre las bulímicas y relaciones incestuosas con sus padres. Hizo referencia al trabajo con el interrogatorio circular como una herramientas de intervención en las familias y trabajó con dos familias en vivo, en las cuales mostró el uso de las palabras clave, el interrogatorio circular y la narrativa, así como tips y experiencias que vivió a lo largo del desarrollo de estas herramientas metodológicas.

4.17.6 Conferencia: Metodología cualitativa y cuantitativa para proyectos de investigación.

La conferencia se llevó a cabo el 16 de Febrero del presente 2006, y la expositora fue la Dra. Bottinelli de la Universidad de Buenos Aires. La Doctora dirigió la conferencia hacia las diversas formas de hacer investigación, tanto cuantitativa como cualitativa.

Primeramente se hizo énfasis en el procedimiento de la producción de conocimiento para un proyecto o investigación. Se torna importante distinguir en un primer momento que tipo de conocimiento se quiere producir (es diferente una tesis a una investigación), posteriormente elegir un diseño, centrándose en las preguntas: qué quiero hacer y cómo lo voy a hacer, ya que estas preguntas llevan a la planificación. Una vez que se ha planificado se debe tener en cuenta que tipo de tesis se está planteando, ya que existen diferentes clasificaciones, ya que pueden ser según el grado de conocimiento sobre el objeto: pueden ser exploratorias, descriptiva, explicativas. También según el tipo de trabajo a realizar: bibliográfica (como el meta-análisis), de campo, combinada. O puede ser según por el enfoque metodológico: cualitativas o cuantitativo que depende de la forma en que se perciba el mundo. También pueden ser Retrospectivo: retomar lo anterior que se ha hecho; o inclusive prospectiva.

Dentro de las problemáticas que se pueden encontrar al hacer una investigación se encuentran los problemas conceptuales del trabajo, es decir, como se define una tesis, una investigación, ya que la forma en cómo se conceptualice influirá en la estructura y en lo que el investigador hará. También se pueden tener problemas con los alcances a los que unos puede aspirar con la investigación, ya que se pueden tener expectativas altas y al final del proceso no alcanzarlas por ser demasiado complicadas o altas, y finalmente el investigador se topa con las reglamentaciones, requisitos, tutores y evaluadores que dan una valoración sobre su trabajo para divulgarlo o acreditarlo, aspecto que muchas en las investigaciones no se considera o se pasa por alto, y que son parte del proceso implícito de la investigación.

Se tiene que estructura la investigación, no importa que sea cualitativa o cuantitativa, ya que esto facilita delimitar un objeto de estudio y centrarse en la investigación sobre éste. Cuando se tiene delimitado un objeto de estudio debe de considerarse que procesos se dan y su relación con el contexto de producción entre teoría y práctica.

En investigación el explicitar los afectos, intereses o vinculación te permite alejarte del objeto para estudiarlo. Entre más lejos estés del objeto mayor posibilidad hay de estudiarlo, muy cerca es posible que no se logre distinguir y si se aleja hay mayor posibilidad de estudiarlo. Esta es una forma de recortar dichos objetos y comenzar a vincularlos con lo orgánico, con la historia, con lo biológico, el psiquismo, la subjetividad, vínculos sociales, políticos, historia cultural, rasgos

institucionales, reglas y normas, etc. Lo anterior demuestra que la realidad es compleja y que el abordaje debe de hacerse desde distintas disciplinas, saberse y paradigmas. Se debe de comenzar a trabajar al interior de la disciplina para ponerse de acuerdo, antes de pasar al trabajo interdisciplinario.

Finalmente comenzar a hacer estas distinciones en un proyecto de investigación permite la vinculación y la diferenciación de la realidad para comenzar a situarse como parte de esta y no a parte (como una cibernética de segundo orden), esto facilita las formas de percibir el mundo, comenzar a sentar las bases para investigaciones bajo otras ópticas, planeado y diseñando, que finalmente es lo que hace el terapeuta en la sesión terapéutica, considerando que tenemos presente la influencia que tenemos con la familia y viceversa, por lo que favorecemos los cambios gracias a la planeación y a la investigación más de tipo cualitativo, similar a un estudio de caso, por lo que comenzar a aprender este tipo reflexiones permite recordar la importancia de tener un pilar epistemológico como la cibernética, la comunicación y los sistemas.

4.17.7 Conferencia: Vejez.

La conferencia corrió a cargo de la Mtra. Esther Friedman el día 8 de Marzo del presente año. El contexto al que nos enfrentamos es que en nuestro país hay un 7% de ancianos en México lo que lleva a preguntarse quién y cómo van a mantenerse estos ancianos.

Los ancianos se apenan por su vejez, hay pérdida de capacidades tanto biológicas como psicológicas, y comienzan a lidiar con el gran mito “la vejez es enfermedad” en donde es importante hacerles entender que hacerse viejos no es adquirir enfermedades.

La clínica del ILEF para adultos mayores se desarrollo para atender a los viejos y a sus familias, tratando de dar respuesta a la población. Actualmente se habla de la cuarta edad a partir de los 75 años, y de la tercera edad a partir de los 65, y esta clínica atiende a ambas poblaciones.

En la clínica se trabaja con procesos terapéuticos basados en la terapia familiar sistémica. Las premisas de la clínica en la terapia son: la vejez no implica enfermedad o soledad, escuchar con atención y paciencia los éxitos, los resentimientos, alegrías, tristezas, reconocer su derecho a una vida propia e independiente cuando sea posible, promover la autovaloración, su lugar ante la familia y la sociedad, facilitar la creatividad y respetar la espiritualidad, integrar en la vida conceptos, experiencias, sentimientos opuestos, vida-muerte, salud-enfermedad, tristeza-alegría entre otras. Lo que se les plantea es “lo que sucederá de ahora en adelante”, es decir, metas a largo plazo o mediano plazo para que los ancianos tengan un objetivo sobre el cual construir. Es importante distinguir a los ancianos que viven en zonas rurales a los que viven en zonas urbanas ya que tienen necesidades diferentes así como una conceptualización diferente de la vida

y los problemas. Un fenómeno social que se vincula con los problemas de la vejez es la migración, ya que los inmigrantes dejan y desatienden a sus viejos.

Finalmente un punto crucial a resaltar en la terapia con ancianos es “la red de apoyo que éstos pueden tener”, aspecto que puede facilitar los cambios en ellos. Es evidente que cuando las personas llegan a la vejez intensifican sus vínculos con la familia cercana. Esta representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad.

El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los que lo rodean en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil. Es importante que a nivel cultural se consideren todas las vicisitudes a las que se enfrenta el anciano, para llevar a la comprensión de las familias las necesidades a las que se enfrentan y que la solvencia de dichas necesidades se centra en su conocimiento y una actitud diferente que le otorgue a la persona la seguridad que en este periodo es vital.

Considerando la demanda de la población en algunos años nos encontramos con una necesidad de comenzar a formar terapeutas enfocados a la vejez, en donde el proceso dista y se torna más complicado porque muchos ancianos ya no tienen metas o ganas de vivir, aparte de que las funciones psicológicas y las características físicas están disminuidas, por lo que se requiere comenzar a desarrollar investigaciones a nivel clínico para posteriormente comenzar a generar modelos o estrategias de intervención basadas en el modelo sistémico y enfocadas a las problemáticas de las familias mexicanas que es la cotidianidad que vivimos.

4.17.8 Conferencia: La violencia intrafamiliar en el Estado de Baja California.

La presente exposición tuvo como objetivo mostrar cómo se proceden en los casos de violencia familiar así como la conceptualización de la misma en el estado de Baja California.

El Mtro. Alfredo Padilla marcó que se puede ubicar la violencia física, la psicológica, económica y la sexual. Me parece que un punto importante a considerar es como se delimita y se conceptualiza violencia es un factor a considerar como “puntuación”, ya que hay ciertos lineamientos para considerar violencia o no violencia ejercida, facilitando que muchos casos no sean reportados o que proceda legalmente por falta de pruebas, por ejemplo, en la violencia física si las heridas se curan en dos semanas entonces no es delito, lo que marcaría que hay personas que tienen heridas a causa de la violencia física, sin embargo, como la prueba puede desaparecer a las dos semanas entonces eso no entra dentro de la definición legal de violencia aunque suceda, otro ejemplo sería en la violencia económica, en donde se torna importante demostrar que la violencia se presenta

desde hace seis meses, sin embargo se complica la situación ya que las pruebas difícilmente se pueden presentar, al igual que un peritaje psicológica para determinar violencia psicológica, en donde como se sabe, las evaluaciones son sumamente subjetivas, y se convierte en un juego de construcciones sociales y formas de puntuaciones para determinar un diagnóstico y una descripción, en donde al incluirse en la descripción el evaluador queda atrapado, por lo que depende del evaluador el diagnóstico y el peritaje, aspecto que puede dejar afuera muchos casos en donde se lleve a cabo la violencia física.

El Mtro. Padilla marco algunas instituciones legales y de ayuda para estos casos de violencia familiar, tal es el caso de Procuraduría General de Justicia, en donde el psicólogo únicamente hace una evaluación pero con una gran limitación instrumental, ya que solamente se aplican tres test psicológicos (Raven, Bender y Roschard) en donde algunos no se vinculan con el área clínica. También se llevan a cabo grupos de apoyo y terapia grupal, duran 4 ó 5 sesiones.

Dentro del estado también se encuentra el Instituto de la Mujer que se encarga de promover las acciones encaminadas a la eliminación de la discriminación de la mujer dando apoyo en lo posible a las mujeres que sufren de violencia familiar. El Instituto Municipal para el desarrollo Integral de la familia (DIF) – CAVI se encarga de la atención, orientación y asesoría psicológica, social y legal. Se da atención grupal e individual, se da albergue en casos graves, conferencias y pláticas. Esta es una de las instituciones más importantes, en donde se trabaja con un modelo definido (terapia breve y sistémica) las otras instituciones no cuentan con un modelo teórico definido.

Hay otras fuentes de apoyo como la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana o la Secretaría de Seguridad Pública del Estado; en esta última se entrenan a equipos (6 personas) en terapia breve y de emergencia, cuando llegan casos de violencia intervienen en la crisis, estos grupos son coordinados por un psicólogo. Sin embargo en todas estas fuentes de apoyo comentadas hay un psicólogo, y en ocasiones no se encarga de su campo que sería la terapia o la capacitación u organización de los grupos terapéuticos.

Esta plática ubica las necesidades que tiene el país en cuanto a la demanda de violencia familiar, así como la importancia de tener psicólogos dentro de estas instituciones o dependencias del gobierno. Marca las limitaciones conceptuales de la ley al definir la violencia, marcando lo que puede o no ser violencia, dando posibilidad de que varios casos escapen del seguimiento legal, obstaculizando o entorpeciendo el proceso a seguir.

4.17.9 Conferencia: Actualidades en el modelo de Milán.

La conferencia se llevó a cabo el 24 de Marzo del presente año y corrió por cuenta de Adán Martínez, quién es un psicólogo que estudio en Puebla, conoció el enfoque sistémico y decidió irse a Italia (Milán) a formarse como terapeuta. Después de un tiempo consiguió estudiar con dos de los pioneros del antiguo

equipo de Milán, el Dr. Boscolo y el Dr. Cecchin. Comenzó contando la historia del antiguo equipo de Milán, marcando el hecho de que a veces la historia se distorsiona y que era importante difundir hechos de personas implicadas, y él vivió el proceso que fue parte de la historia en Italia.

En los años 60s comenzó el grupo con 20 personas que conformaron el grupo de Milán, y se reunían dos o tres veces por semana, inclusive sin sueldo. La calle donde trabajan se llamaba *Via Leopardo*. Muchos comenzaron a desertar por la falta de apoyo económico y otros intereses, hasta que se conformó un 2do. grupo (Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Cecchin Gian Franco y Giuliana Prata).

Este grupo comenzó a pagar a personas de Palo Alto por cursos (como Watzlawick). Una característica importante era que todos eran psiquiatras, por lo que traían una formación médica y psicodinámica. Mara S. Palazzoli estaba en análisis y trabajaba con mujeres anoréxicas, únicamente se dedicaba a la investigación, y Bosco y Cecchin formaban terapeutas.

Finalmente el equipo se dividió: Mara S. Palazzoli, Prata, Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Stefano Cirillo, todos ellos se dedicaban a la investigación y formaron el "*Nuovo Centro di Terapia della Famiglia*" (actualmente se llama *Nuevo Centro Maria Selvini Palazzoli*) y el grupo de Boscolo Luigi, Cecchin Guian Franco y Giuliana Prata formaban terapeutas en el "*Centro Milanese di Terapia deila Famiglia*".

Adán Martínez considera que el equipo de Mara S. Palazzoli trabajaban en una cibernética de 1er. Orden y el equipo de Boscolo dice trabajar con una cibernética de 2do. orden, aunque actualmente marca que ya esté último grupo ha comenzado a trabajar con una cibernética de 3er. orden: constructivismo y narrativa, pero aquí en México se conoce esto como terapia posmoderna.

Hace algunos años hubo cambios en el *Centro Milanese di Terapia deila Famiglia*, Boscolo trabajo con construccionismo, y Cecchin continuó con una influencia de tipo psicodinámica.

Entre los consejos que Adán marca se encuentran:

- No entrar con una hipótesis, ya que esto disminuye la neutralidad-curiosidad cuando el terapeuta entra a terapia, y a veces nos casamos con las hipótesis y esto nos limita.
- Recomienda ver las fechas de publicación para ubicar en la historia el momento histórico del grupo, ya que de esto depende la formación, las estrategias y la visión del grupo de Milán.
- A veces Adán felicita a la familia por que hacen cosas o se les ocurren cosas que al terapeuta no se le había ocurrido, entonces ellos son los protagonistas, como en una terapia posmoderna, en donde ya no se les dice que hacer.

- Es importante tomar el propio estilo, hay que enterrar a los maestros para hacer artística la terapia.
- No hay que ser jerárquico en la supervisión.
- Hay que tratar de que vengan el mayor número de miembros de la familia.
- No hay que decirles que hacer, sobre la conversación van saliendo y eligiendo sus alternativas.
- Respetar los tiempos (es su proceso, no el del terapeuta).
- Ejercer la circularidad, es decir: qué opina usted de esto, y usted que opina de esto que se acaba de decir, y usted que opina de la opinión de la opinión de el/ella.

4.17.10 Primer encuentro regional de terapia familiar.

El congreso se llevo a cabo en Celaya Guanajuato a principios de Noviembre. El objetivo del evento fue reunir diversos trabajos enfocados al trabajo con problemáticas familiares. A lo largo del congreso se presentaron en su mayoría trabajos realizados en la Universidad Nacional Autónoma de México, por parte de la residencia en Terapia Familiar, seguidos de trabajos realizados en Guadalajara y uno solamente realizado en Celaya. Esto marca un predominio importante por parte de la UNAM. Al hacer la comparación de tipo metodológico con respecto a los trabajos, desde el uso de la estadística hasta el tipo de justificación. Preguntando, me pude percatar de que todos los expositores eran estudiantes u egresados de la maestría, sin embargo, en su curricular no consideran materias de corte metodológico, si no únicamente se forman a nivel práctico, como tecnócratas, a comparación con la UNAM, en donde hay una profesionalización y aparte una vinculación con la investigación, que en un determinado momento podría ser la vinculación con el Doctorado o con el desarrollo de líneas de investigación.

Me pareció un poco paradójico el hecho de que en la formación como terapeuta sistémico se hable de recursividad, de totalidades, de pautas, y se haga una crítica constructiva a la ciencia tradicional con sus paradigmas atomistas y lineales, y que en congresos o eventos de este tipo se siga investigando bajo la misma pauta, lo que me parece paradójico y a la vez irónico. Me parece que de alguna manera en la investigación continuamos apegándonos a la forma hegemónica de trabajo como es la positivista, aunque también hay que recordar que hay dobles descripciones, y que este modo de investigación lineal recursiva forma parte de un análisis mas complejo, de igual forma hay que recordar que finalmente este es un marco interpretativo así como muchos otros.

A nivel profesional este tipo de eventos permite saber que es lo que se hace en otros lugares del país, así como generar vínculos institucionales y académicos con otras instituciones, así como el inicio de una red de apoyo entre colegas. En general las principales problemáticas abordadas fueron: violencia, la influencia del lugar de vivienda en la familia, la comprobación de estrategias terapéuticas estructurales, la validación de instrumento y de experiencias de los pioneros, suicidio, trabajo con familia con un miembro de VIH; hubo dos conferencias

magistrales por académicos de la UNAM sobre terapias posmodernas y sobre mitología cualitativa. La mayor parte de las exposiciones versaron sobre el modelo estructural y en las preguntas se reflejó la preocupación por la ética del trabajo en investigación con respecto a las familias.

A nivel personal me parece que rescatar el aspecto ético es fundamental, no solamente en investigación, sino también en terapia. Al parecer la ética es un tema polémico, que esta en función del contexto socio-histórico-cultural, lo que la vuelve compleja y cambiante, sin embargo, es un aspecto que forma parte de cualquier sistema terapéutico total, y es un elemento que debe de tomarse en cuenta para el trabajo profesional.

4.17.11 VIII Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.

Este congreso se llevó a cabo en Morelia, Michoacán, del 7 al 10 de Marzo del 2007. Hubo participación de diversos profesionistas de diversas partes del país como: Baja California, Chihuahua, Coahuila, Estado de México, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Además, hubo representantes de diferentes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Estado Español, Guatemala, Italia, Nicaragua, Perú, Portugal, Suecia, Uruguay, Venezuela y México.

El congreso estuvo conformado por: 26 conferencias magistrales, 15 mesas redondas magistrales, 35 talleres, 14 simposios en los que se presentan 71 trabajos, 26 mesas temáticas en las que se presentan 174 trabajos libres, 35 carteles expuestos en 4 sesiones, 15 presentaciones de libros, reunión de trabajo de la ULAPSI, XXV Asamblea Nacional de la FENAPSIME, participación de psicólogos provenientes de 16 países, participación de psicólogos de 19 entidades federativas del país, participación de 118 instituciones de México y de otros países.

Las temáticas principales que se abordaron fueron: salud, educación y psicología clínica. En este congreso se participó no solamente como asistente, sino también como ponente con dos trabajos enfocados a psicología de la salud, en materia de la prevención del VIH/SIDA.

4.17.12 IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología.

Este encuentro fue llevado en La Habana, Cuba en Octubre del 16 al 20 de Octubre del 2006. El *slogan* de este evento fue "La psicología como ciencia y profesión al servicio del hombre", por lo que el objetivo del evento fue crear un espacio de diálogo para el intercambio de experiencias y la reflexión de nuestra práctica que es la psicología, así como su papel ante las demandas, retos y desafíos de la sociedad y del mismo ser humano.

Las temáticas fueron diversas, entre las cuales se encontraban: psicología social y comunitaria, psicología general, psicología del trabajo, psicología clínica, psicología del deporte, psicología de la familia, psicología y género y psicología educativa.

La experiencia de ser asistente del evento así como ponente me dio la posibilidad de compartir mesa temática con profesionistas de otros países, así como la oportunidad de saber lo que se está haciendo en otras partes del mundo. De igual forma pude valorar la calidad y la formación que me ha dado la UNAM. Algo curioso es que no todos los estudiantes tienen una formación de corte cualitativo, por lo que los aspectos estadísticos y metodológicos parecen ser complicados para muchos colegas extranjeros, y pude observar una tendencia de corte cualitativo en la mayor parte de los trabajos.

4.17.13 I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología.

Este congreso fue llevado a cabo del 22 al 25 de Agosto del 2007 en Lima, Perú. El objetivo de este evento fue congregar a la comunidad estudiantil en psicología, para poder evaluar, reformular, desarrollar y debatir propuestas activas para permitir el fortalecimiento de las estructuras sociales a través de la reorganización de los estudiantes en psicología.

En este evento se brindaron los planteamientos de la Sociedad de Estudiantes de Psicología para discutir con varios estudiantes de América, entre los países que participaron se encuentran: Argentina, Chile, Colombia, Paraguay, México, Puerto Rico, Ecuador, Venezuela, República, Bolivia, Dominicana y Costa Rica.

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos fue anfitriona de este congreso latinoamericano que reunió a diversos expertos de América para dar conferencias magistrales y talleres, los expertos provenían de Chile, Venezuela, Argentina, España, República Dominicana, Colombia y Puerto Rico. Se abordaron 14 áreas de la psicología.

Al mencionar que era estudiante de la UNAM, varios estudiantes marcaron reconocerla y la consideraron como una institución importante en América, y con mucha calidad, haciendo referencia a que se encontraba entre las mejores del mundo (considerando que recientemente la UNAM había mejorado su posicionamiento a nivel mundial como una de las mejores universidades del mundo).

También tuve la oportunidad de dialogar con estudiantes de diversos países y hablar sobre aspectos éticos, epistemológicos y prácticos de la terapia familiar y las terapias posmodernas (ya que expuse un trabajo referente a estos temas). Entre los comentarios de los colegas se mostraba un interés y curiosidad por este tipo de terapia, y muchos comentaban el hecho de que jamás habían oído hablar

de dichos marcos epistemológicos a excepción del constructivismo. Esta experiencia me dio la oportunidad de difundir la formación que se tiene a nivel de posgrado en la UNAM.

4.17.14 Delegado del IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología.

Se presentó la oportunidad de ser delegado de la Mesa de Trabajo: Familia, Pareja y Sexualidad llevada a cabo en el IV Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología en Octubre del 2006 en la Habana, Cuba.

El comité directivo al enviar las mesas de trabajo presentó la lista de coordinadores y delegados de cada una de las mesas. Personas tituladas como Licenciado en Psicología iban cuatro o cinco personas (aproximadamente), por lo que todas las restantes eran estudiantes. La coordinación de la mesa la compartí con una cubana estudiante de la carrera de Psicología de Tercer Semestre, y la dinámica fue la siguiente: presentar al ponente, país de origen, título del trabajo, y tiempo aproximado de presentación.

Al final de cada exposición se pasaban a la ronda de preguntas y para finalizar cada trabajó se hacia por parte de los moderadores un resumen del trabajo expuesto. Como coordinador pude observar mucha discriminación por las personas de piel morena, ya que se les negaba la palabra o se les anulaba no tomándolas en cuenta para participar ni para generar preguntas, por lo que en este aspecto la cultura se torna importante, por lo que como delegado de otro país y pensando en mi cultura y normas cedía la palabra a todos los participantes del aula pensando en enriquecerle debate y no restringirlo a ciertas personas.

Otro aspecto importante es el renombre que tiene la UNAM como universidad en la Habana, ya que es ubicada como una excelente escuela y sobre todo como una institución generadora de mucha investigación, prestigio y calidad.

4.18 Habilidades de compromiso y ética profesional.

Uno de los objetivos de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala es el desarrollo d valores éticos en el ejercicio terapéutico, así como actitudes de compromiso personal y social. En este sentido, a continuación se presentan las consideraciones éticas que emergieron de la práctica a lo largo de mi estancia en la residencia.

4.18.1 Código ético del psicólogo y la terapia.

El código ético se entiende como un instrumento para:

- Garantizar la protección de los usuarios de los servicio psicológicos.

- Vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales.
- Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología.
- Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.

4.18.2 Principios generales del código ético del psicólogo.

El código ético tiene principios generales y normas de conducta específicas. Entre las primeras se encuentran:

- Respeto a los derechos y la dignidad de las personas.
- Cuidado responsable.
- Integridad en las relaciones.
- Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

Todos los casos descritos con anterioridad (Caso, A, B y C, y los no reportados para este trabajo) cumplen con estos aspectos, ya que por un lado se les respetó en sus decisiones, idiosincrasia o visiones del mundo, otorgándoles la posibilidad de la resolución de sus problemas con dignidad, que la vez se vincula con un cuidado responsable al contar con un equipo terapéutico y un supervisor con años de experiencia en la formación de terapeutas y como terapeuta, facilitando la vinculación en una relación profesional con los usuarios del servicio, contando con un programa de formación profesional y de servicio a la sociedad al dar respuesta a las demandas planteadas en las clínicas, sin embargo estos aspectos generales se integran en las normas de conducta específica, en donde pueden surgir problemas éticos en el momento de ejercer la profesión, por lo que a continuación se expondrán los puntos más importantes de estas normas y su aplicación para resolver determinados dilemas, por lo que únicamente se expondrán los artículos correspondientes a las necesidades planteadas durante la estancia semestral en la clínica del ISSTE Tlalnepantla y del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco.

4.18.3 Normas de conducta del código ético del psicólogo.

Este apartado de normas de conducta específicas se divide en apartados y en diversos artículos, por lo que se expondrán solamente los que avalen el ejercicio ético y profesional durante mi estancia en la residencia.

4.18.3.1 Competencia y honestidad del psicólogo.

Art. 1. los servicios, la enseñanza y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y científico, por lo que el trabajo que desempeña debe

corresponder directamente con la educación, formación experiencia supervisada o profesional que haya recibido formalmente.

En nuestra formación teórica a lo largo de la residencia se cuenta con una serie de textos en donde se enseña a nivel teórico la terapia, a pesar de que la mayoría carece de una validación estrictamente científica, se valida a partir del número de casos atendidos y de sus resultados. A nivel práctico, hay una consistencia, ya que el equipo supervisa y se trabaja bajo los esquemas teóricos aprendidos, aunado a la formación del supervisor que tiene experiencia teórico y práctica bajo los modelos de aplicación. A pesar de que en ocasiones se aplican estrategias de modelos aún no revisados teóricamente se tiene el respaldo del superviso que guía la práctica cuando el profesional en formación se encuentra en una situación como la comentada.

Art. 4 el psicólogo se mantendrá razonablemente actualizados cerca de la información científica y profesional en su campo de actividad, y realizará esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá la educación, formación, supervisión y consulta adecuadas.

Como parte de las actividades obligatorias de la residencia, se requiere tomar cursos de actualización, en mi caso particular, en el apartado anterior de este reporte, he numerado las diversas actividades que lleve a cabo para mi formación, que van desde talleres hasta seminarios, que fueron impartidos en su mayoría por los pioneros de la terapia familiar sistémica. De igual forma se asistieron a cursos y conferencias buscando información actualizada y la adquisición de información y conocimientos que me permitieran desarrollar un mejor quehacer profesional⁶⁵, al igual que la actualización, el repaso y la probabilidad de continuar al a vanguardia en el campo de la psicología clínica. En cuanto a la supervisión se cuenta por lo menos con un supervisor por sede, que posibilita una guía en la sesión de terapia, así como una retroalimentación a partir de la visión del supervisor y de la experiencia que éste tiene, en los casos en los que el supervisor no se encuentra en la sesión, el equipo apoya supliendo al supervisor y retroalimentando a partir de sus impresiones.

Art. 7 cuando el psicólogo dé consejo o comentarios por medio de conferencias públicas [...] toma las precauciones para asegurar que: las declaraciones estén basadas en la literatura y práctica psicológica apropiadas y las declaraciones sean por lo demás consistentes con este código ético.

En segundo semestre se requirió dar dos pláticas en el DIF de Ecatepec, el servicio lo solicitó una maestra que forma educadoras, pidió apoyo para el modulo de funcionalidad familiar. La conferencia sobre familia y funcionalidad familiar se dio documentada en las investigaciones del Dr. Minuchin y sobre diversos estudios norteamericanos publicados en diversas

revistas de circulación internacional, de tal manera que la información fuera verídica en función de la literatura revisada. El taller de comunicación no violenta que funcionó como una intervención comunitaria, se diseñó y se llevó a cabo fundamentado en los estudios de Marshall Rosenberg, y las pláticas de prevención en VIH/SIDA fueron avaladas por más cuatro años de investigación continua en colaboración con la Dra. Susana Robles en el proyecto "Comunicación Sexual Asertiva" con clave IN300402 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). Finalmente la conferencia sobre estilos y estrategias de poder y la familia surgió como producto de una investigación realizada en el posgrado (Métodos de investigación II)

Art. 10 el psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y busca ayuda para prevenir un desempeño significativamente deteriorado.

Durante la estancia en el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (2º Semestre) se llevó a cabo un ejercicio para evitar este tipo de problemas, en donde durante tres sesiones se dedicó tiempo a revisar los familiogramas y genogramas de los terapeutas con el fin de encontrar posibles obstáculos terapéuticos, o probables isomorfismos con las familias. Una vez que se identificaron se apuntaron en una lista para tenerlos presentes cuando el terapeuta en turno se encontraba frente a la familia, cuando el equipo o el supervisor percibía algún tipo de obstáculo se le marcaba para sortearlo o bien para sacar de apuros al terapeuta, aspectos que facilitó a resolver este problema. El supervisor y el equipo actuaban como un metaobservador del proceso desarrollado dentro de la cámara en el sistema terapéutico, atendiendo a la historia y elementos personales de la persona del terapeuta. En este sentido, el trabajo realizado en la clínica se tornó ético y eficiente.

4.18.3.2 Calidad de la valoración y/o evaluación en psicología.

Art. 15 [...]. Es decir, las valoraciones, recomendaciones, informes, y diagnóstico psicológico o enunciados evaluativos del psicólogo se basan estrictamente en información y técnicas suficientes y actuales para proporcionar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones.

El terapeuta familiar no utiliza tests, sin embargo evalúa a partir de las preguntas y las entrevistas que lleva a cabo y constantemente durante todo el proceso se encuentra evaluando a la familia, así como las estrategias de intervención que en todo momento está llevando a cabo. Durante el trabajo con familias a lo largo de la residencia, las preguntas que se le hicieron durante la sesión terapéutica a las familias se apegan a una hipótesis, y la hipótesis tiene sentido a partir de que se interpreta con un modelo, por tanto a partir de las características del modelo, de los datos obtenidos y de las observaciones de las interacciones se forma un cuerpo de datos que al conectarse deben de tener

consistencia, si se logra este objetivo, entonces el profesional estaría cumpliendo con dar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones del Art. 15.

4.18.3.3 Calidad de las intervenciones psicológicas.

Art. 29 al efectuar intervenciones y/o asesorías terapéuticas, preventivas, educativas, organizacionales, sociales [...] el psicólogo se basa en la investigación y en los datos acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas o procedimientos que utilice.

La eficacia de las estrategias o maniobras de terapia están documentadas en una vasta gama de artículos de revistas que son reconocidas a nivel internacional, y de igual forma están documentados en una colección amplia de libros en donde se ejemplifica la técnica y se muestra en diversos casos la efectividad de la misma siempre y cuando se aplique de manera adecuada. En ningún momento se experimentó alguna estrategia, y se procura que los terapeutas estén conscientes de lo que hacen y como lo hacen, los supervisores se aseguran de eso preguntado los objetivos del terapeuta al haber realizado determinada acción.

Art. 30 el psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesarias.

En los primeros semestres de la residencia, no contaba con suficientes conocimientos, información o habilidad para llevar a cabo determinadas intervenciones, en este sentido aplicar una estrategia sin tener pleno conocimiento o pericia para hacerla hubiera sido incurrir en un error ético, sin embargo, esta situación se resolvía principalmente de dos formas: a) entraba el supervisor y la aplicaba, b) el terapeuta investigaba para la siguiente sesión la estrategia, la planeaba y bajo guía y supervisión la llevaba a cabo. Con estas medidas se cumplía con la experiencia de la aplicación y la supervisión para el uso de estrategias de las cuales no se tenía conocimiento.

4.18.3.4 Calidad de la enseñanza/supervisión e investigación.

Art. 40 cuando se enseña, forma o entrena, el psicólogo ayuda a sus discípulos a adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que garanticen su buen desempeño profesional futuro.

En el programa de la Residencia en Terapia Familiar se cuenta mínimamente con un supervisor por sede, y la selección el supervisor ha sido determinada a partir de un perfil específico, en donde el supervisor adopta responsabilidades no solamente con los usuarios del servicio, sino con los profesionales en formación. Si se parte de la idea de que la maestría es profesionalizante, el supervisor y el cuerpo docente está al pendiente de los conocimientos teóricos (que se reflejan en el aspecto práctico), las habilidades, actitudes y aptitudes que el profesional en

potencia va desarrollando, por lo que el programa en sí mismo cumple con este requisito como parte de la formación de sus alumnos. Inclusive en el plan de estudios se estableció en términos de competencias y no únicamente de conocimientos. En este sentido, las más de 1168 horas de práctica supervisada se dirigen a cumplir con el desarrollo de habilidades. El tener una actitud ética se ve reflejado en la metodología de trabajo así como en el marco epistemológico de las terapias basadas en la cibernética de segundo orden y posmodernas. El presente reporte de los aspectos éticos del quehacer del psicólogo, específicamente del terapeuta familiar, y de mi ejercicio profesional durante la residencia, conllevan a centrarse no solamente en un conocimiento factual o procedimental, sino también en uno ético-valoral de cómo uno se conduce en terapia.

Art. 44 el psicólogo enseña, forma y entrena a sus discípulos a comportarse éticamente y a ajustarse a este código ético.

En la residencia se marca la importancia de apegarse a un código ético como marco para la resolución de problemas a nivel práctico y personal, el mejor ejemplo de este aspecto es el presente reporte que forma parte de las actividades a evaluar dentro del reporte de experiencia profesional.

Art. 45 el psicólogo evalúa a los estudiantes y supervisados con base en su desempeño real en cuanto a los requisitos establecidos y relevantes del programa, y establece un proceso adecuado de retroalimentación.

Como parte crucial en el desarrollo profesional se evalúa dentro de la residencia con las actividades y acciones que el profesional en potencia va desarrollando, y la retroalimentación forma parte de este aspecto, en donde gracias a esto se puede crecer a nivel profesional.

4.18.3.5 Comunicación de los resultados.

Art. 50 cuando el psicólogo hace valoraciones, evaluaciones; o proporciona tratamiento, consejo, supervisión, enseñanza, consultaría, investigación, u otros servicios dirigidos a individuos, grupos, comunidades u organizaciones, lo hace utilizando un lenguaje razonablemente entendible para el receptor de sus servicios o actuación, proporcionando de antemano información apropiada acerca de la naturaleza de las actividades y posteriormente sobre los resultados y conclusiones [...].

En la terapia familiar, se utiliza el “lenguaje del cliente” para intervenir, es decir, utilizamos las mismas palabras y su postura, por tanto, cuando se hacen prescripciones, se dejan tareas, o se hace algún comentarios o intervención se lleva a cabo de tal manera que el paciente pueda entenderlo, de igual forma cuando se firma el consentimiento de la persona para que se grabe la sesión en

voz y audio se le explica y si tiene dudas se le resuelve con las palabras adecuadas o que sean de su entendimiento.

4.18.3.6 Confidencialidad de los resultados.

Art. 62 si se va a ingresar información confidencial de receptores de servicios psicológicos a base de datos o sistemas de registro accesibles a terceras personas no autorizadas por el receptor de tales servicios como secretarías, técnicas del sistema, invasores en Internet, etc., el psicólogo usará claves, seudónimos, cogidos u otras técnicas que eviten la inclusión de identificadores personales.

Al respecto se puede vincular con el artículo 52 que corresponde al apartado de comunicación de los resultados, pero para fines prácticos se comenta aquí para hacer mención a una situación que se presentó en la práctica profesional.

Art. 52 el psicólogo se abstiene de hacer uso indebido de las técnicas de valoración, intervenciones, resultados, e interpretaciones y toma las medidas razonables para evitar que otros hagan mal uso de éstas. Esto incluye el abstenerse de ceder datos o resultados crudos de pruebas a personas, que no sean los pacientes o clientes como es apropiado, y a quienes no estén calificadas para usar tal información.

En la sede del ISSTE Tlalnepantla se generó una situación problemática, ya que las actas que elaboran los terapeutas se tienen que anexar a los expedientes del servicio médico. Una paciente se quejó ya que tuvo cita con el odontólogo, quién leyó en el expediente su caso, y comenzó a hacer preguntas sobre su caso y la usuaria se molestó porque sentía que no había intimidad. Aquí se abrió un dilema, ya que por un lado debe de haber actas en el expediente médico, ya que así lo pide la institución, pero por otro se estaría violando el artículo 52 y 62 del código ético del psicólogo, por lo que se llegó a la siguiente resolución basado en estos artículos.

Primeramente se elaborarían dos actas, una acta larga detallada para cada uno de los miembros del equipo, y un acta larga que se anexaría al expediente, únicamente con la mínima información demográfica, en donde las actas incluían un breve resumen de un párrafo (el acta era de una cuartilla) en donde se mencionaban las estrategias de intervención con sus nombres técnicos, así como los problemas marcados por el usuario, lo que hace inaccesible la comprensión de profesionales que no sean psicólogos. Solamente un psicólogo formado como terapeuta familiar podría entender los conceptos, y la única psicóloga que puede acceder a esta información es la terapeuta de base del ISSTE. Se llegó a esta resolución a partir de la discusión en grupo coordinada por el supervisor en turno.

Como se puede observar esta situación se resolvió bajo el Art. 133:

Art. 133 con el fin de minimizar instrucciones en la prevacía, el psicólogo sólo incluye en sus informes escrito u orales, consultorios o asesorías y similares, aquella información pertinente al propósito de dicha comunicación.

Otro artículo de gran importancia es el siguiente:

Art. 67 el psicólogo no menciona en sus trabajos escritos o al dar clases o conferencias, o por otros medios públicos, información confidencial obtenido durante el curso de su trabajo, en el que se identifiquen personas o grupos, sean éstos sus pacientes, clientes individuales u organizaciones, estudiantes, sujetos de investigación, u otros receptores de sus servicios, a menos que estén personas u organizaciones den su consentimiento por escrito, o que hay otra autorización ética o legal para hacerlo.

En el transcurso de la residencia se desarrollaron dos trabajos de investigación. Se elaboró una práctica con más de cincuenta personas y un estudio de caso. En ambos documentos se pidió autorización para poder hacer el trabajo y no se manejan datos que pudieran ubicar a los participantes. En el estudio de caso se utilizó un seudónimo y no se dieron datos para que la persona no pueda ser ubicada y por otro lado se puedan presentar como trabajos de investigación bajo la reglamentación ética de este código.

4.18.3.7 Relaciones duales o múltiples.

Art. 84 cuando el psicólogo acepta proporcionar servicios a varias personas que guardan una relación entre sí (tales como esposo y esposa, o padres e hijos), debe de aclarar desde el principio: cuales de los individuos son pacientes o clientes, y la relación que tiene con cada uno de ellos.

Los casos atendidos por medio de la terapia breve fueron diversos, este enfoque permite la distinción entre los clientes (que son los más interesados en cambiar) y en otros casos se podía ubicar a los clientes como clientes-pacientes. La relación siempre se dirigió hacia el cambio de las personas que solicitaron el servicio, y se marcó con el trato profesional con quién se trabajaría y a quién se citaría a las sesiones. Estos aspectos eran comentados por el equipo de supervisión junto con el terapeuta, llegando a acuerdos sobre con quienes trabajar y a quienes citar durante el proceso terapéutico y sobre las personas que asistirían a la siguiente sesión, de tal forma que la familia o clientes tuvieran claro las condiciones de la terapia así como la forma de trabajo.

Art. 90 en las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo respeta los derechos que otros tienen para sustentar valores, cultura, actitudes y opiniones diferentes a los suyos. Asimismo, no discrimina injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, idioma, nacionalidad,

religión, orientación sexual, minusvalía, nivel socioeconómico o cualquier criterio proscrito por la ley.

Se presentó un caso donde en la última sesión la chica declaró pertenecer a una especie de secta, en donde se practica la magia negra y la santería. Esta fue una confesión al cerrar la sesión de terapia, la adolescente abrió el secreto y confesó tener miedo de los prejuicios que el equipo podría tener, a lo que el terapeuta en turno confesó de igual forma estar familiarizado con esas prácticas por el tipo de literatura que le gusta leer, a lo que la chica le comenzó a hacer preguntas y él contestó adecuadamente ganándose la empatía de la paciente. En otra situación se trabajó con un cliente que al parecer tenía tendencias homosexuales, y se llevó a cabo un trabajo profesional en cuanto a la problemática que presentó como motivo de consulta. En ambos casos no se discriminó a ninguno de los clientes y se trabajó con su problemática manteniendo al margen sus creencias y cultura, ya que para el caso en turno no se requería hablar de esos aspectos, ya que no se vinculaban con la hipótesis de trabajo; con esto se respetó su integridad y su privacidad.

4.18.3.8 Relaciones con colegas y otros profesionales.

Art. 103 cuando sea indicado y profesionalmente apropiado, el psicólogo coopera con otros profesionales para servir a sus pacientes o clientes efectiva y apropiadamente. Las prácticas de canalización de pacientes o clientes que realiza el psicólogo son congruentes con la ley.

En el transcurso de una sesión se sospechó que la paciente podría tener un tipo de epilepsia caracterizado por crisis de ausencia, el equipo lo informó al terapeuta y éste comenzó a preguntar y las repuestas corroboraban con la hipótesis, por lo que se le dieron opciones para canalizarla con un neurólogo, de tal manera que la persona si lo requiriese estuviera medicada y con esto aumentaría la efectividad de la terapia al disminuir las crisis de ausencia y poder captar la información y continuar con el diálogo de la sesión. Resultó positivo el diagnóstico, por lo que el trabajo con neurólogo permitió un trabajo farmacológico importante, ya que gran parte de la demanda era debida a estas crisis de ausencia.

4.18.3.9 Terminación de las relaciones.

Art. 113 el psicólogo termina una relación profesional cuando resulta razonablemente claro que el usuario ya no necesita el servicio ya no le beneficia, o su continuación le perjudica o daña. Antes de la terminación, por la razón que fuere, excepto cuando lo impida la conducta del paciente, el psicólogo discute los puntos de vista y necesidades de éste, da el consejo apropiado de terminación, y toma otras providencias necesarias para facilitar la transferencia de la

responsabilidad a otro proveedor de servicios, en caso de que el paciente lo necesite de inmediato.

Antes de finalizar el proceso terapéutico de las familias o clientes, los terapeutas en turno discuten primeramente con el supervisor y el equipo y se llega a un consenso sobre la situación de los pacientes, si el equipo y el supervisor junto con el terapeuta están de acuerdo en que es el momento de cerrar el caso se habla con el usuario, de tal manera que se autocalifique en una escala, se le puede preguntar que más falta por trabajar o inclusive que él marque los cambios y se contrapongan con los objetivos generados en un inicio, se hace un cierre y se les recuerda que el servicio está abierto cuando lo requieran. En la terapia familiar se trabaja bajo el concepto de Erickson del “resto irresuelto”, en donde no se resuelve totalmente el problema, pero el paciente ya sabe que tiene que seguir haciendo para continuar progresando, esto también empodera a las personas de los cambios y los logros paulatinos hasta resolver el problema.

4.18.3.10 Consentimiento informado y confidencialidad.

Art. 118 el psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible para los participantes [...]. El consentimiento se ha documentado en forma apropiada.

Art. 121 el psicólogo obtiene permiso de los pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas.

Art. 126 el psicólogo obtiene consentimiento informado por escrito de los participantes de la investigación o estudio antes de filmarles o grabarles en cualquier forma, a menos que la investigación involucre observaciones simplemente naturales en lugares públicos y no se anticipe que la grabación o filmación vaya a usarse de tal forma que permita la identificación personal o produzca daño.

Art. 132 el psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto.

Estos tres artículos hacen referencia a la privacidad de lo que se cuenta en terapia. En la residencia antes de iniciar el proceso terapéutico se les explica cómo se trabaja y se les da un formato de “consentimiento informado” para grabar voz y audio, en donde se marcan aspectos de confidencialidad, de privacidad y del uso de la información para la resolución del problema, si el usuario acepta se firma y se comienza a grabar, sin embargo en el caso de que no se acepte el consentimiento me parece que no se le podría negar el servicio a alguien

pensando que un precepto básico del código ético es responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad. Durante la residencia no se presentaron casos en los cuales las familias o clientes no quisieran firmar. A parte este aspectos se tornaba importante por: a) no incurrir en un problema ético y trabajar bajo los lineamientos que rigen el quehacer profesional del psicólogo, b) trabajar congruentemente con los modelos de terapia familiar y de la cibernética de segundo orden, que se tornan éticos en cuanto a que la persona del terapeuta acepta su subjetividad y su influencia con la familia y viceversa; y, c) trabajar bajo protocolos institucionales que permitan un trabajo ético y profesional, para brindar un mejor servicio con las familias y clientes así como una formación del terapeuta considerando contenidos no solamente factuales o procedimentales, sino también aspectos valorales-actitudinales.

CONSIDERACIONES FINALES

PARTE IV

Los objetivos del plan de estudios de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se enfocan a: a) el desarrollo de las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en las área clínica y de la salud, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios, b) la adquisición de las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas; y, c) una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales.

Para cumplir con estas metas se busca desarrollar en el estudiante las competencias pertinentes y adecuadas que integren conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica profesional de la psicología.

El presente reporte y sus diversos apartados tratan de justificar y mostrar las competencias adquiridas y su vinculación con los conocimientos y actitudes que se requieren en el posgrado y para ser un terapeuta familiar.

A continuación se presentan las reflexiones y consideraciones finales enfocadas a las habilidades y competencias que adquirí a lo largo de la residencia. De igual forma se presentan mis reflexiones y análisis de la experiencia y las implicaciones de ésta en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo.

5. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Entre las competencias y habilidades adquiridas y desarrolladas durante la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se encuentran:

- El poderse relacionar de una manera constructiva con los usuarios considerando la problemática específica que presenten. Los diversos modelos de terapia familiar permiten una vinculación con los usuarios y familias, de tal forma que se genera una interacción constructiva dirigida hacia el cambio. Desde cualquier modelo de trabajo pude aprender a establecer un contrato terapéutico con las familias que demandaron el servicio, trabajé con técnicas de enganche y alianza terapéutica, se trabajo con la negociación de los usuarios sobre la definición de problemas resolubles, y en el proceso se trabajo con la evaluación del proceso terapéutico y la finalización de la terapia. Estos recursos se dirigieron hacia el cambio y la resolución de problemáticas, inclusive se pueden revisar los casos reportados en este trabajo en donde se hace el desglose de las técnicas de intervención y sus efectos para la resolución de los problemas presentados en la terapia.
- Detección y diagnóstico conjuntamente con los usuarios sobre los aspectos relevantes a las necesidades de estos. En este rubro la detección y diagnóstico se hacen en colaboración con las familias, respetando la idiosincrasia y particularidades familiares. Haley (2002, 2003) marca que para finalizar una terapia exitosamente hay que iniciarla correctamente re-

definiendo el motivo de consulta en un problema resoluble. Esta es una idea central de varios modelos de terapia familiar, en este sentido las demandas y problemas de los usuarios tienen que ser re-definidas y negociadas para poder tener criterios en cuanto a la finalización del proceso terapéutico y en cuanto a indicadores referentes a que los objetivos del cliente se están alcanzando. En cuanto al diagnóstico, la terapia familiar no trabaja con etiquetas médicas, por lo que los problemas son re-encuadrados o re-etiquetados para convertirlos en situaciones menos estresantes e incómodas para la familia o el usuario, de tal forma que tanto la detección del problema o negociación de la demanda y el diagnóstico o re-encuadre de problema presentado es un punto crucial del trabajo del terapeuta familiar. Los casos que atendí como terapeuta y como participante del grupo observador fueron trabajados bajo estos lineamientos, en el cuadro de casos presentados anteriormente se pueden ubicar estos rubros bajo re-encuadres, en el proceso de terapia, así como en la construcción de un motivo de consulta resoluble.

- Generar, adaptar y/o seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando las decisiones para promover, restaurar, mantener o mejorar positivamente el funcionamiento y el sentido de bienestar de los usuarios a través de servicios de prevención, desarrollo y rehabilitación. El comenzar a utilizarse como persona y poner en práctica mis habilidades y recursos personales me permitió no copiar las estrategias, sino aprehenderlas, es decir, llevar a cabo la estrategia terapéutica considerando el problema específico de cada familia y también los matices que como persona le podía dar, utilizándome para darle intensidad durante la terapia. La selección de técnicas y de procedimientos adecuados, fueron facilitados por la planeación previa de la sesión y el apoyo del equipo de supervisión, de esta forma, se platicaba con el grupo sobre las actividades programadas en una sesión para posteriormente entrar a trabajar con la familia, por tanto, dichas actas ayudaron a tener claro mis objetivos e hipótesis, que a la vez facilitaron el poder seleccionar y justificar mis intervenciones. Lo anterior a su vez tenía un sustento teórico metodológico anclado a un modelo específico. Posteriormente con el tiempo comencé a desarrollar la habilidad del *timing*, es decir, intervenir en el momento justo y exacto que la familia requería una determinada intervención, por lo que al salir a corte de sesión era capaz de justificar mis acciones como terapeuta y vincularlas a aspectos teórico- metodológico - práctico-epistemológicos. La selección y justificación de estrategias se pueden revisar en las actas realizadas así como en el apartado de análisis de casos del presente trabajo, de tal forma que las hipótesis, el desarrollo del caso y los resultados son el producto de dichas elecciones dirigidas al cambio y a la resolución de las problemáticas.
- Refinación de la intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del usuario y de la sociedad. El proceso terapéutico se convierte en un elemento flexible que

tiene que ser adaptado a las condiciones y problemáticas de la familia, de tal forma que cada sesión se hacía una evaluación respecto a lo realizado en sesión, así como la revisión del video, de tal forma que esto facilitaba el proceso de reflexión sobre la persona del terapeuta, sobre las estrategias de intervención y sobre el proceso terapéutico, así como su vinculación con la demanda establecida por el cliente. Las observaciones del equipo de supervisión fueron otro elemento crucial para el proceso de evaluación y el cambio de dirección o flexibilización de la terapia y de las estrategias utilizadas. En este punto es importante resaltar que las estrategias de intervención deben de ser adaptadas a las necesidades de la familia así como a su problemática particular. En los casos presentados se puede apreciar una intervención particular con diferentes matices o variantes que como terapeuta adapte para cada situación, refinando y flexibilizando la estrategia en función de la observación del equipo y del impacto que tuviera la intervención.

- Investigación de manera sistemática de los procesos psicológicos relevantes a los modelos de detección, diagnóstico e intervención. Durante la formación como terapeuta se nos enseñaron diversos modelos y diferentes formas de proceder, ya que cada modelo se vincula a un proceso terapéutico y a una serie de pasos a seguir específicos, por lo que al comenzar a formar tuve que acatar las indicaciones y los pasos a seguir para poder trabajar con un modelo. El tener una formación guiada y sistematizada me permitió sentirme seguro y entender la lógica y el proceso a seguir para abordar las problemáticas familiares. Con el tiempo y al aprehender el modelo comencé a flexibilizarlo y a analizar el caso en particular bajo una misma óptica, desde el inicio hasta el final, es decir, desde la primera llamada telefónica, negociación e identificación de la problemática, el diagnóstico y el proceso de intervención, así como los criterios para la finalización de la terapia. Esta competencia se puede ver reflejada en el análisis de los casos expuestos bajo el modelo estructural y el modelo de terapia breve centrada en soluciones.
- Proporcionar asesoría psicológica especializada en aquellas situaciones en donde el psicólogo no tiene el control del proceso del cambio. En este rubro se adquirieron las competencias referentes al establecimiento de un ambiente cooperativo para el establecimiento de las condiciones de la terapia, así como las herramientas metodológicas enfocadas a la obtención de datos, formulación de hipótesis, análisis contextuales del problema, así como un conocimiento fundamentado y actualizado que pudiera llevar a una asesoría para responder al problema así como al establecimiento de un plan de trabajo. Por otro lado hubo casos en los cuales no se intervino como proceso, sino como asesoría (*ver cuadro de casos*) por lo cual solamente la familia o el cliente asistió una sola ocasión, sin embargo, dicha asesoría se encontraba vinculada a un cuerpo teórico de conocimientos, de tal forma que dicho elemento otorgaba un sustento sólido y consistente.

- Proporcionar enseñanza a colegas, usuarios y la comunidad para facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, así como la supervisión del ejercicio profesional de otros psicólogos y/o profesionistas afines como una estrategia de enseñanza-aprendizaje dirigida al fortalecimiento de competencias profesionales. En este sentido tuve la experiencia de supervisar en los casos de seguimiento (junto con el equipo) en donde en ocasiones el supervisor no se encontraba presente. Por otro lado se participó en eventos de formación de estudiantes, tales como el Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA) enfocado a estudiantes de la carrera de Psicología de la FES Iztacala, y de igual forma impartí clases dentro del diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a estudiantes de la FES Zaragoza y de otras escuelas que eran participantes de dicho diplomado. En este tipo de eventos de formación se trabajan con análisis de casos y con juego de roles de casos clínicos. Previamente se les enseñó las bases teóricas, metodológicas y epistemológicas del modelo de trabajo, de tal forma que la enseñanza y la práctica no estuviese desvinculada.

- Mostrar una actitud ética en el desempeño del quehacer profesional. En este sentido durante todo el trabajo desarrollado en la residencia se procedió éticamente bajo los lineamientos institucionales y del código ético del psicólogo. Durante mi formación como psicólogo en la licenciatura, el aspecto ético no fue abordado a fondo ni con trabajo de reflexión, sin embargo en la residencia y a lo largo de dos años de formación pude cambiar mi perspectiva sobre la actitud ética hacia el ejercicio profesional, siendo congruente con los modelos y la epistemología que los sustenta, así como el respeto y la vinculación de mi práctica clínica con el código ético del psicólogo. En todo momento se les mostró a las familias y usuarios del servicio una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con relación a la demanda o problema que deseaban resolver en terapia. De igual forma y gracias al equipo y a la reflexión pude darme cuenta de los alcances y limitaciones que tenía como terapeuta, de tal forma que se fue sincero con los usuarios y con las expectativas referentes a la terapia. Se mostró una actitud de respeto y sensibilización de las demandas que las familias presentaban. Estos elementos se pueden leer con detalle en el apartado de ética y compromiso profesional.

- Aplicación de la metodología derivada de diversos modelos clínicos de la terapia familiar. Durante la residencia el terapeuta en turno tenía que tomar una postura en cuanto al caso que abordaría, esto se hacía con el objetivo de dar congruencia, sustento y dirección al trabajo terapéutico. Yo como terapeuta tuve posibilidad de elegir el modelo más adecuado para la familia o en otras ocasiones, el modelo teórico con el que me sintiera más cómodo para abordar la demanda. En cada acta se establecía por escrito las intervenciones clínicas durante la sesión así como el modelo con el cual se

estaba trabajando. Este aspecto se puede observar en las actas clínicas y en el análisis de casos.

- Capacidad de observación del proceso terapéutico. Esta habilidad es muy importante en un terapeuta en dos sentidos. Por un lado al estar frente a la familia o usuario el terapeuta tiene que estar observando e identificando: conducta, interacciones, pautas y lenguaje analógico, así como la capacidad de auto-observación para tener presente como es que está actuando e interviniendo ante la familia. Por otro lado, se desarrolla esta habilidad estando en el equipo de supervisión, aportando, apoyando, complementando y marcándole al terapeuta en turno, aspectos que pudieran pasar desapercibidas por el responsable que está al frente de la familia. Esta habilidad facilita el desarrollo de intervenciones adecuadas, identificar la postura del cliente, hacer buen *timing*, hacer una llamada para orientar al terapeuta e inclusive re-plantear hipótesis y la dirección de la terapia.
- Capacidad de escucha activa y de comunicación. Una habilidad crucial del terapeuta es poder escuchar y comunicarse con la familia o cliente. Desde las posturas de sistemas y posmodernas los problemas se gestan en el lenguaje, y también se pueden resolver por este medio, por lo que el escuchar las palabras, entonaciones, significados y atribuciones que se les dan a los eventos es importante, en la medida en que aprendí a escuchar y a utilizar las palabras de los clientes y transformarlas para enfocarlas al cambio me di cuenta del poder del lenguaje y de la riqueza que éste tiene para construir realidades diferentes. En este sentido, el utilizar el lenguaje para comunicar e interactuar con la familia me dio la oportunidad de comenzar a desarrollar habilidades comunicativas que van desde el uso de la entonación, la velocidad con las que digo las palabras, el tipo de palabras y su utilización para cada miembro de la familia. El trabajo con el lenguaje y la comunicación se pueden observar en los mensajes otorgados a la familia al final de cada sesión y en los reencuadres, validaciones y trabajo con construcciones familiares que se llevaron a cabo durante la residencia (*ver análisis de casos*).
- Integración de expedientes. Esta habilidad fue desarrollada gracias a los trabajos escritos y a la realización de actas. Esta actividad facilita habilidades de análisis y síntesis para poder concretizar un caso y poderlo expresar en lenguaje técnico y en lenguaje coloquial. La posibilidad de poder interpretar y escribir un caso clínico y adaptarlo a las necesidades de la institución es una herramienta que un profesional de la salud como el psicólogo debe de tener para el trabajo con instituciones.
- Habilidades de investigación. La residencia me dio la posibilidad de re-afirmar mis conocimientos con los métodos cuantitativos y cualitativos. Ambas metodologías fueron trabajadas y el producto final fueron trabajos que pasaron por un comité evaluador para ser presentados en foros nacionales e internacionales.

- Habilidades dirigidas a la enseñanza y docencia. La residencia me dotó de los elementos teóricos, prácticos y epistemológicos de los diversos modelos de terapia familiar. Durante mi estancia en la maestría pude desenvolverme en diversos espacios enfocados a la docencia. Por un lado en el trabajo docente de la FES Iztacala, dando clases de psicología clínica y de metodología en los procesos socioculturales para la carrera de psicología en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia. Tuve la oportunidad en otros espacios como en el Proyecto Universitario Multidisciplinario para el Mejoramiento Académico (PUMMA) enfocado a estudiantes de la carrera de Psicología de la FES Iztacala, y de igual forma impartí clases dentro del diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a estudiantes de la FES Zaragoza y de otras escuelas que asistían a dicho diplomado. En este sentido mi experiencia como docente en diferentes foros académicos mejoró al ir generando mi propio material, ir resumiendo, sintetizando, resolviendo dudas y trabajando en los ejercicios que planteaba en los diversos cursos, talleres y clases que impartí.

5.1 Incidencia en el campo psicosocial.

La principal forma en la que incidí en el campo profesional fue a través de la terapia a las familias o integrantes de las familias. Para lograr este objetivo el programa de la residencia cuenta con una estructura para formas terapéuticas de calidad.

El programa de maestría en psicología se conforma por créditos, de los cuales 42 se cubren en el tronco teórico metodológico y 103 con las actividades de la residencia. La distribución de horas por semestre para la Residencia en Terapia Familiar Sistémica es de 12 horas por semana durante el primer y segundo semestre, de 20 horas en el tercer semestre y de 25 horas por semana en el último semestre. Vale la pena señalar que esta carga académica es muy superior a la que se exige en cualquier otra maestría existente, donde generalmente funcionan con 12 horas por semana. La supervisión se realiza con cinco alumnos en cada sede, donde uno de ellos funciona como terapeuta con la familia y los otros cuatro forman parte del equipo de observación bajo la mirada experta de dos supervisores. Las horas de supervisión que contempla el programa son aproximadamente 800, siendo más del doble de las exigidas por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar para el reconocimiento de programas de formación. Las horas aproximadas de supervisión que se obtuvieron en la maestría fueron cerca de 1600.

Durante la residencia se atendieron un total de 53 familias en el transcurso de dos años. En mi primer semestre participe como observador y se atendieron un total de 10 familias con diversas problemáticas. Para el segundo semestre se atendieron a 16 familias. En el tercer semestre fueron 13 familias las que recibieron servicios. En cuarto semestre se atendieron a 13 familias. De estas 53

familias 12 se dieron de baja porque dejaron de asistir a las sesiones, algunas de éstas obtuvieron cambios positivos antes de irse, y otros se dieron de baja porque comenzaron a trabajar y los horarios de la terapia y la clínica no coincidían con sus nuevas actividades laborales. También se dieron 4 asesorías u orientaciones a familias que venían ya con un problema casi resuelto. Al frente como terapeuta atendía a 7 familias, y en todas éstas se resolvió la demanda por la cual venía a terapia.

Entre las problemáticas que se presentaron a lo largo de mi estancia en la residencia se encuentran: problemas de ansiedad, problemas de salud y enfermedades que afectaban a la dinámica familiar como gastritis, vómitos, hipertensión y diabetes, problemas de depresión, problemas de abuso sexual, problemas de pareja, violencia familiar, problemas de divorcio, problemas de celos, problemas bipolar, estados depresivos, problemas de carácter e ira, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, bajo rendimiento académico, trastornos alimenticios, intentos de suicidio, baja autoestima, problema con control de emociones, trastornos obsesivos-compulsivos, problemas en la toma de decisiones, problemas de culpa, estrés laboral, consumo de drogas y problemas conductuales y de rebeldía, solo por mencionar algunas. Para esta descripción se puede observar que se utilizaron etiquetas basadas en los diagnósticos metidos y psicopatológicos, sin embargo, fueron las demandas en palabras de las familias y clientes que llegaron a sesión, por lo que todas estas problemáticas y etiquetas médicas tuvieron que ser re-definidas como parte del proceso terapéutico.

Otra forma de incidencia es en la elaboración de material para la formación de terapeutas competentes, por lo que lleve a cabo tres manuales y cuatro videos sobre las formas que proceder y atender una familia desde una visión sistémica. Con esto se busca obtener mayor calidad en futuras generaciones para la formación de terapeutas.

Participé en diversos programas de intervención comunitaria. Por ejemplo con la escuela Escuela Secundaria General “Profesor Lauro Aguirre”, ubicada en Izcalli Chamapa, Naucalpan, Estado de México se ofrecieron diez conferencias sobre salud sexual y prevención en VIH/ SIDA. En la misma institución se aplicó un taller de “Comunicación no violenta” para los padres familias, con el objetivo de mejorar las relaciones familiares, y finalmente en el mismo plantel educativo se dio una conferencia vinculada a las relaciones de poder y funcionamiento familiar, para hacer hincapié en la violencia familiar. De igual forma presente dos pláticas sobre la familia en el DIF Ecatepec de Morelos, dirigidas hacia adolescentes y adultos sobre la familia y su funcionamiento. Finalmente en mi labor como terapeuta del ISSSTE Tlalnepantla se pedía a los terapeutas que en ocasiones salieran a dar breves pláticas sobre diversos temas para informar a los derechohabientes. En mi caso particular la plática la enfoqué a problemas de salud sexual y su prevención. Sobre esta misma dirección de informar a la población elabore un tríptico y un cartel sobre calidad de vida.

Otra forma en la que pude incidir en el campo psicosocial fue a través de la investigación, en donde la información obtenida se puede utilizar para el diseño de intervenciones o de campañas preventivas sobre diversos problemas sociales. Durante los dos años de la residencia participe en 7 trabajos de investigación que fueron presentados en foros nacionales e internacionales. Las temáticas principales fueron salud y psicología clínica.

La formación de estudiantes de calidad y terapeutas en potencia fue otra área en la que pude incidir a través de la docencia y formación. Tengo la oportunidad de dar clases en diversos espacios para formar terapeutas o estudiantes de psicología que tienen como interés el área clínica. Participo en una video conferencia para los alumnos de la FES Iztacala, así como en la impartición de cursos inter-semestrales enfocados al modelo estructural y la entrevista en terapia familiar. De igual forma pude participar en el Diplomado de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas en el ciclo 2007-2008 impartido como parte del programa de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Los temas que aborde en dicho diplomado fueron modelo estructural, modelo estratégico y modelo de terapia breve centrado en soluciones.

5.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total.

El trabajar en equipo y con una cámara de Gesell es una experiencia en la formación terapéutica de suma importancia. Este tipo de trabajo crea un ambiente de contención para los terapeutas que comenzamos a formarnos. El hacer la distinción en diversos subsistemas que interactúan a lo largo de la terapia permite ordenar y trabajar sistemáticamente con las familias que llegan a terapia, y otorga una visión diferente de trabajo al terapeuta en turno y el equipo.

El trabajo que desarrolle con las familias en el sistema terapéutico fue en un inicio estresante por enfrentarme al cambio paradigmático y epistemológico de los modelos de la terapia familiar. Al adoptar una visión de cibernética de segundo orden mi práctica profesional no fue la misma, ya que ahora sabía que tenía mayor responsabilidad, y parte del cambio dependía de que yo estableciera las condiciones necesarias para facilitarlas, así como la dirección de la terapia. El trabajar muchos años bajo una lógica positivista me otorgó durante tiempo seguridad al saber que podía ser objetivo y de que si el cliente no cambiaba era su responsabilidad, sin embargo, bajo esta visión, estas ideas se convierten en una excusa y un mito, por lo que volver a replantear mi práctica me costó trabajo pero al final fue satisfactorio. Esto me llevó a tener más autoconsciencia de mis actos y mi historia personal, ya que ahora yo podía influir en la familia y viceversa, de tal fue: como hacerle para utilizar esa conexión y vulnerabilidad hacia el cambio de la familia. Esto me llevó a la reflexión personal sobre mi historia y mis habilidades como persona para utilizarlas en sesión. También este nuevo esquema de trabajo me permitió una reflexión constante en cada familia nueva que atendía, abriéndome la posibilidad de seguir creciendo personalmente y de atender las problemáticas planteadas por las familias. Otro aspecto que respaldó mi trabajo y me hacía sentir seguro era el hecho de saber que atrás del espejo tenía un equipo

de apoyo, lo que me facilitaba en cierta forma seguridad y un gran apoyo para las intervenciones y la forma de guiar el proceso con las familias.

Este equipo de trabajo estaba conformado por el supervisor y cuatro de mis compañeros (sistema de supervisión). El abrir el foco de análisis recursivamente me permitió tener una doble visión, por un lado como terapeuta frente a la familia en turno y por otro lado como observador de la problemática en un subsistema diferente. Este cambio de posición me permitió darme cuenta de que la puntuación de hechos depende en gran medida desde el subsistema en que el terapeuta se encuentre. El estar detrás del espejo me permitió aportar al terapeuta en turno, generar debates y discusiones en torno a un caso, ofrecer propuestas, crear ideas, sugerir acciones, proponer hipótesis, refutar mis ideas sobre el caso, de-construir mis creencias e ideas sobre el caso y poder ofrecer un apoyo al compañero en turno. Por otro lado me permitió vivir la supervisión tras el espejo, escuchar los comentarios, platicar con el supervisor, expresar mis ideas y sobre todo entender el proceso de formación del terapeuta, así como el proceso de supervisión antes, durante y al final de la terapia. El tener al supervisor y al terapeuta tras el espejo me permitió aprender sobre los estilos terapéuticos de cada uno de los involucrados en este proceso, así como de la experiencia del supervisor, y a través de sus acciones y comentarios pude ampliar mis ideas y mi práctica profesional. Los vínculos generados en el grupo permitieron generar un espacio de contención entre los compañeros del equipo de supervisión así como para el terapeuta que se encontraba en turno. Las observaciones del equipo de supervisión siempre fueron una aportación importante que en muchas ocasiones hizo la diferencia para el cambio de la familia en turno.

Durante mi formación como terapeuta también hubo momentos en donde había interacción entre el terapeuta en turno y el equipo de supervisión (sistema de terapeutas). Dicha interacción se daba en tres momentos diferentes de la sesión: 1) Antes de la sesión: antes de entrar a trabajar con la familia el terapeuta en turno tenía la posibilidad de comentar con su equipo la sesión anterior y las directrices a trabajar en la sesión que correspondía a ese día. El equipo escuchaba atentamente y hacía sugerencias y observaciones sobre la planeación para esa sesión. Desde mi experiencia el trabajo en grupo fue un evento importante en mi formación como terapeuta, ya que me sentía apoyado y motivado por mi equipo antes de entrar a la sesión, generalmente terminábamos la sesión con la siguiente frase "*ahí cualquier cosa te hablamos*", frase característica que indicaba el inicio de la sesión, 2) Durante la sesión: gracias a los intercomunicadores que se tenían el equipo de supervisión podía comunicarse con el terapeuta en turno; en lo personal el tener esta forma de comunicación inmediata favoreció mi aprendizaje ya que la retroalimentación y las observaciones eran inmediatas, abriendo la posibilidad de cambiar de dirección la terapia, de favorecer el *timeing*, de poder dar a la familia mensajes del equipo, de poder hacer observaciones sobre la familia y sobre el terapeuta. Esta modalidad de dotó de seguridad y de un apoyo para guiar la terapia. En un primer momento fue difícil saber que cuatro personas y un supervisor me estaban observando, sin embargo con el tiempo uno se olvida de esta situación y en lugar de percibirlo como un

obstáculo lo comencé a percibir como una ventaja, 3) Al final de la terapia: al finalizar cada sesión el equipo de supervisión intercambiaba opiniones, observaciones, comentarios, análisis, puntos de vista y en ocasiones se llegaba a debatir sobre el caso en turno. Por otro lado, también se retroalimentaba al terapeuta en cuanto a las áreas de oportunidad para seguir desarrollando y crecer como terapeuta, y sus habilidades que podría utilizar para la resolución del caso. En este sentido se desarrolló un ambiente de respeto y de cordialidad. En todo momento se respetó el estilo del terapeuta en turno. Gracias a estar observaciones provenientes otro subsistema puede darme cuenta de habilidades que tengo y que puedo seguir desarrollando, el tener nueva información me permitió trabajar en mis áreas de oportunidad o áreas débiles y seguir creciendo como personas y como terapeuta. Una de las grandes ventajas de trabajar con el equipo es que se tienen diferentes puntuaciones para de-construir los eventos en terapia con la familia y con el terapeuta, hechos que posteriormente serán devueltos al terapeuta para una reflexión y para la creación de herramientas que le permitan mejorar su calidad como profesionalista y como ser humano.

Finalmente la coordinación y vinculación entre diversos sistemas dan como producto lo que se conoce como Sistema Terapéutico Total. El trabajar bajo esta visión me permitió:

- Tener una visión diferente de la terapia.
- Trabajar y aprender en un ambiente de contención.
- Ser retroalimentado en el momento.
- Aprender de los diversos estilos terapéuticos de mis compañeros y supervisores.
- Aprender a través de la colaboración.
- Analizar mi práctica profesional a través de mis ojos, los del supervisor y los del grupo de supervisión.
- Aprender a través de las observaciones de los demás.
- Descubrir mis habilidades terapéuticas e identifica y reforzar mis áreas de oportunidad.
- Ser autoconsciente de mi lenguaje verbal y no verbal.
- Poder debatir con el supervisor y mis compañeros sobre el caso en turno, aspecto que permite generar nuevas visiones.
- Aplicar mis conocimientos teóricos-metodológicos en la terapia a través de la observación y la práctica frente a la familia.
- Desarrollar habilidades y competencias bajo supervisión de un profesional.
- Facilitar las condiciones para la terapia al ser auxiliado para no caer en isomorfismos con la familia.

El sistema terapéutico total también facilitó diversas intervenciones como fue el caso de del equipo reflexivo, la co-terapia, el coro griego y los mensajes para la familia. El análisis de estos sistemas por separado y de forma holística me permitió atender el proceso de mi formación y del sustento de los modelos de terapia familiar. En lo personal considero que entre mayor número de

puntuaciones y voces se tengan en el equipo el proceso terapéutico se enriquece, tanto para la familia, como para el terapeuta y el equipo de supervisión.

El trabajar con diversos sistemas se torna complicado en el momento de conciliar las puntuaciones ya que en algún momento no llegué a estar de acuerdo con el sistema de supervisión, o con el supervisor, en este sentido se abrió la posibilidad de expresarlo, de comentarlo y de flexibilizar en un ambiente de respeto y cooperación, de tal forma que el terapeuta en turno tomaba la decisión de llevar a cabo o no las propuestas del equipo o de modificarlas como el considerara que fueran lo más pertinente para el caso en el cual estaba al frente.

5.3 Reflexión y análisis de la experiencia.

El entrar a la maestría fue una experiencia que marcó mi vida a nivel profesional y a nivel personal. La preparación que tuve para presentar el examen de admisión fue de cerca de un año, y al presentar el examen fui seleccionado para cursar la residencia.

El comenzarme a formar como terapeuta familiar fue una experiencia diferente a la formación que había tenido como cognitivo-conductual. Fue difícil para mí el comenzar a aprehender un marco de interpretación diferente, sin embargo, con el tiempo y la dedicación comencé a analizar, observar y actuar bajo este nuevo marco epistemológico.

El conocer marcos de referencia como el de Teoría General de los Sistemas, Cibernética, Teoría de la comunicación humana, Constructivismo y Socioconstruccionismo me permitió poco a poco ir conectando elementos e ir integrando los conceptos y aspectos teórico-prácticos. Con el tiempo estos marcos referenciales dejaron de ser complejos para mí y comencé a entender muchas cosas que en el primer semestre no había comprendido.

El tener un cuerpo de conocimientos teóricos sólidos me permitió adquirir seguridad para tratar a clientes o familias. El apoyo del equipo y el supervisor también fueron un elemento clave, así como la estructura de las sesiones y del programa de formación de la residencia.

Mis primeras sesiones me generaron angustia y estrés ya mi experiencia clínica no era mucha, y el sentirse observado por el grupo y el supervisor era un factor que tenía presente. Con el tiempo aprendí que el grupo no era un obstáculo, sino un apoyo, por lo que me fui sintiendo más tranquilo. Mi primer caso en la maestría fue un caso que se dio de alta rápidamente, y la supervisión fue excelente, experiencia que me dotó de confianza y seguridad para mis siguientes casos.

El comprometerme con la residencia tiempo completo me permitió dedicarme gran parte del tiempo a estudiar y actualizarme, y por otro lado, a desarrollar fuertes vínculos con mi equipo de trabajo. Mis compañeros de grupo

fueron un apoyo indispensable para mi formación, de ellos aprendí diferentes estilos de terapia, a respetar la idiosincrasia, a ser flexible, a apoyar y a ser apoyado, a trabajar en equipo y colaborativamente, a compartir aspectos de la formación profesional y también aspectos de mi vida personal.

La generación de este vínculo me permitió sentirme seguro y en confianza y atreverme a generar acciones en la terapia para resolver el problema de la familia, sabiendo que atrás tenía un equipo que me respaldaba. Al dejarme conocer el equipo también estaba pendiente de mi historia personal y de mis puntos ciegos, echo que fue muy productivo en términos de auxiliarme cuando en el proceso terapéutico me había isomorfisado o no encontraba la dirección de la sesión.

Durante la residencia hubo no solamente un desgaste físico, sino también uno emocional, al comenzarme a dar cuenta de cosas de mi vida que no había analizado bajo esta óptica, y al tener más información comencé a ubicar ciertas áreas a desarrollar como persona. En los momentos de vulnerabilidad encontré en el equipo contención y un espacio para poder expresar lo referente a lo emocional, considerando que era mi equipo de supervisión y también un grupo de amigos íntimos.

Al comenzar a trabajar sin equipo, me doy cuenta que ese evento fue un factor clave, ya que ahora me puedo sentir seguro sin un equipo atrás, aunque lo considero necesario para los comentarios y análisis que se pueden hacer. Por lo que desde mi punto de vista es crucial que siga bajo un proceso de terapia para continuar con este crecimiento personal y el trabajo de mis historias para no interferir en terapia, así como el trabajo en un grupo de supervisión para tener otras puntuaciones y escuchar otras voces sobre un caso clínico en el cual como terapeuta pueda estar atorado.

A punto de terminar mis estudios en la residencia descubrí que había diversas herramientas que ya comenzaba a hacer en automático, habilidades que ahora formaban parte de mí, que simplemente las llevaba a cabo sin tenerlas que pensar y a darme cuenta de que las sesiones las comenzaba a sentir más livianas y de una situación que en un inicio era estresante, al final paso a ser una actividad que disfrutaba hacer.

Aprendí la importancia que tiene la planeación de las sesiones y trabajar bajo hipótesis y objetivos, así como la importancia de adaptar la terapia a cada familia y a cada caso. Anteriormente no planeaba mis sesiones y trabajaba con lo que el cliente trajera a sesión, sin embargo, descubrí la importancia que tiene plantear una estrategia para alcanzar un objetivo. Descubrí la importancia de utilizarse como terapeuta, de echar mano de sus cualidades, habilidades, conocimientos y características personales para establecer las condiciones necesarias para el cambio. Lo anterior me lleva a querer y seguir creciendo como persona, y en la medida en que crezca como persona también lo haré como terapeuta.

5.4 Implicaciones en la persona del terapeuta.

Como lo he comentado anteriormente la residencia me ha permitido ser más conscientes de mi lenguaje verbal y del no verbal. Cada acción que llevo a cabo tendrá una repercusión en la familia y viceversa, de tal forma que la objetividad y la neutralidad no existe, en este sentido se torna indispensable que el terapeuta sepa por qué y para qué hace las cosas, siempre justificando sus acciones en términos epistemológicos-conceptuales.

De esta forma, también es indispensable que el terapeuta tenga un autoconocimiento de su persona, ya que como se ha mencionado, el terapeuta se usa a si mismo, se convierte en su herramienta de trabajo, “en la medida en que se afile el hacha y se sepa utilizar mejor, mayor número de árboles podrá cotar el leñador”, en este sentido el trabajo personal y el autoconocimiento se torna un punto crucial para la terapia, ya que en la medida en que un terapeuta tenga trabajado sus áreas de oportunidad, sus puntos ciegos y sus historias, podrá tener una mayor efectividad en la terapia.

Si se parte de la idea de la no neutralidad y la no objetividad, entonces en todo momento la subjetividad del terapeuta se encontrará presente para la intervención de la familia, sobre la puntuación de hechos, la selección de estrategias de intervención y la evaluación. Hay que recordar que del terapeuta depende facilitar, entorpecer u obstruir la resolución del problema.

En lo personal me llegué a encontrar con familias que me reflejaban algunos aspectos de mi vida. En un caso en particular sentía mucho desgaste y cansancio, y no podía encontrar la dirección de la terapia, no podía entablar un contacto con el cliente. Afortunadamente contaba con el apoyo del equipo que me hizo saber del isomorfismo y a través de sus intervenciones pudieron dar otro giro distinto a la terapia.

Otra experiencia que tuve y que se vincula con la persona del terapeuta fue en cuanto al uso del lenguaje. Antes utilizaba indiscriminadamente el lenguaje para comunicarse en la terapia, sin embargo, con el tiempo me di cuenta de las posibilidades que se pueden abrir con el tipo de palabras, y de la facilidad de construir. Al inicio de la maestría me llamaban la atención por el uso de las palabras, aspecto que me preocupaba mucho ya que ahora tenía que estar pendiente de mis palabras y de lo que decía, situación que me costó mucho trabajo y me preocupaba, paulatinamente comencé a tener cuidado con mi lenguaje y poco a poco utilicé el lenguaje a mi favor y hacia el cambio.

Un último obstáculo que me tope en la residencia y tal vez fue mi mayor problema fue el hacer contacto con las personas. En este sentido esta dificultad se vincula con mi historia personal, sin embargo, del segundo semestre al cuarto semestre hubo una mejora en cuanto a la relación terapéutica que establecía con mis clientes y familias. Gran parte de las supervisoras comentaban que el contacto

CONSIDERACIONES FINALES

con el cliente tiene un gran peso en la resolución e los problemas, por tanto, si lográbamos dicha conexión tendríamos ganada más de la mitad de la terapia. Tal vez este sea el proceso más difícil y en el que todavía tengo un gran reto y mucho trabajo por delante, no solamente para crecer como persona sino también para continuar mi desarrollo como terapeuta.

6. Referencias

- Abelsohn, D. & Saayman, G. (1991) Adolescent Adjustment to Parental Divorce: An Investigation from the Perspective of Basic Dimensions of Structural Family Therapy Theory, Family Process, 30, 177-191
- Abelsohn, D. (1983). Dealing with the Abdication Dynamic in the Post Divorce Family: A Context for Adolescent Crisis. Family Process, 22, 359-383.
- Ablon, L.; Davenport, B.; Gershon, S. y Adland, L. (1975). The Married Manic. American Journal Orthopsychiat, 45, 854-866.
- Aguilar, M. (2006) La educación en México (1970-2000): de una estrategia Nacional a una estrategia Regional. Revista de Educación y Cultura. Recuperado el 15 de Marzo del 2006 de <http://www.latarea.com.mx/articu/articu16/maquila16.htm>
- Ahrons, C. & Tanner, J. (2003) Adult children and their fathers: Relationship changes 20 years after parental divorce. Family Relations, 52, 4, 340.
- Andersen, T. (1991). El Equipo Reflexivo. España :Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. (Comp.). La terapia como construcción social. México: Paidós
- Andersen, T. (2005) Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. En: Friedaman, S. (Comp.). Terapia familiar con equipo de reflexión. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (1997) Conversación, lenguaje y posibilidades. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. (Comp.). La terapia como construcción social. México: Paidós
- Andolfi, M. (1991). Terapia familiar. Un enfoque interaccional. México:Paidós.
- Annan, K. (2006) Violencia contra la mujer. Recuperado el 20 de Marzo del 2006 de <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs4.htm>

- Annis, M., (1974). Patterns of Intra-Familial Drug Use. Brit. Journal Addict., 69, 361-369.
- Arellano, E. (1995). Como elegir bien a tú pareja. México: Pax.
- Astudillo, G. (2000). El aborto como derecho a terminar con un embarazo no deseado. Disponible en la Secretaria del Movimiento de Solidaridad Contra la Violencia Sexual de Guerrero, A. C. (MOSOCOVIS, A. C.) Recuperado el 14 de enero del 2004 de <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/aborto/texto10.htm>
- Atri, Z. (1993) Confiabilidad y validez del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (E.F.F.). Revista Mexicana de Psicología, 10, 1.
- Avison, W. & Davies, L. (2005). Family structure, gender, and health in the context of the life course. The Journals of Gerontology, 60B. 113-116.
- Bailón, E.; Coutado, A.; González, I.; Fuentes, M. y López, A. (2001). Actividades preventivas en la mujer. Atención Primaria, 28, (2), 181-218.
- Bateson, G. (1990). Espíritu y naturaleza. Amorrortu: Buenos Aires.
- Bateson, G.; Jackson, D; Haley, J. y Weakland, J. (1956) Toward a Theory of Schizophrenai, Behavioral Science, (1) 251-264.
- Beaver, R. (1981) A system model of family for family therapist. Journal of Marital and Family Therapy, 299-307.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). Heroína, cocaína y drogas de síntesis. Editorial Síntesis: Madrid, 11-35.
- Beegle, K., Frankenberg, E. & Thomas, D. (2001). Bargaining power within couples and use of prenatal and delivery care in Indonesia. Studies in Family Planning, 32, (2). 130-146.
- Beltran, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. (Comp), Terapia familiar, su uso hoy en día. Pax: México.
- Bennet, K. (2006) Does marital status and marital status change predict physical health in older adults?. Psychological Medicine. 36(9):1313-1320.
- Biever, J.; Bobele, M. Gardner, G. y Franklin, C. (1998). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En: Limón, G. (comp.) Terapias Postmodernas. Aportaciones construccionistas. México:Pax.

- Blanc, A. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence. Studies in Family Planning, 32 (3), 189-213.
- Bonino L. (2000). Las nuevas paternidades. Familias: diversidad de modelos y roles, Madrid: UNAF. Recuperado el 18 de Julio del 2007 de: <http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/WebX?14@156.afAnaEPfDbd^0@.ee7283a>
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo. Paidós: México.
- Braunstein, N. (1989). Las lecturas de Lacan. Coloquios de la fundación. Armella Ediciones: México.
- Bryner, C. (2001) The Journal of the American Board of Family Practice. American Board of Family Practice (14), 3, 201-210,
- Cade, B. y O'Hanon, W. (1995). Guía Breve de Terapia Breve. Paidós: México.
- Campero, C. (2006). En busca de nuevos caminos para viejos problemas de la educación básica de adultos. Recuperado el 14 de Marzo del 2006 de http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/rieda/a1996_1/campero.pdf.
- Carek, J.; Hendrickson, J. & Holmes, J. (1961) Delinquency Addiction in Parents, Arch. Gen. Psych., 4, 357-363.
- Carney, A.; Timms, W. y Stevenson, D. (1972) The Social and Psychological Background of Young Drug Abusers in Dublin. Brit. Journal Addict., 67, 199-207.
- CENSIDA (2003) Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003. Recuperado el 18 de Marzo del 2004 de <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Centro de Estudios para Optimizar la Comunicación (2006). *¿Qué es la Programación Neuro-Lingüística?*. Recuperado el 14 de Diciembre del 06 de: <http://www.pnl-ceoc.com.ar/programacionneurolinguistica.htm>
- Chavarria, M. (1989). *¿Qué significa ser padres?*. Trillas: México.
- Coan, J., Gottman, M., Babcock, J. & Jacobson, N. (1997). Battering and the male rejection of influence from women. Aggressive Behavior, 23. 375-388.

- Coan, J., Gottman, M., Babcock, J. & Jacobson, N. (1997). Battering and the male rejection of influence from women. Aggressive Behavior, 23. 375-388.
- Coane, J. (1977) Family Therapy After the Divorce: Developing a Strategy. Family Process, 16, 357-362.
- Cobb, L. (2001a). The Involved Father: Family-Tested Solutions for Getting Dads to Participate More in the Daily Lives of Their Children; Family Relations, 50 (1), 109
- Cobb, L. (2001b). T Fatherneed: Why Father Care Is as Essential as Mother Care for Your Child; Family Relations, 50 (2), 196
- Colón, F. (1978). Family Ties and Child Placement. Family Process, 17, 289-312.
- Cortés, M. y Flores, M. (2004). Asertividad, estilos de poder y negociación del conflicto en mujeres. La Psicología Social en México, Vol. X. 73-80.
- Costello, E. & Shugart, M. (1992). Above and below the threshold: Severity of psychiatric symptoms and functional impairment in a pediatric sample. Pediatrics, 90. 359-386.
- Covo, M. (1988). Reflexiones sobre el estudio de la deserción en México. México. ANUIES-SEP.
- Cruz, A. (2001). El aborto, grave problema de salud pública: especialista. Cada año se registran 100 millones de embarazos no deseados en el mundo. Recuperado el 22 de Febrero del 2004 de <http://www.jornada.unam.mx/2001/nov01/0111111/025n1pol.html>
- Cruzado, J.; Labrador, F. y Muñoz, M. (1998). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En: Labrador, F.; Cruzado, J. y Muñoz, M. (1998). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide.
- De Vos, S. (2001). Family structure and school attendance among children 13-16 in Argentina and Panama. Journal of Comparative Family Studies, 32, (1). 99.116.
- Desatnik, O. (2004).El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp), Terapia familiar, su uso hoy en día. Pax: México.

- Desatnik, O.; Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión de proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. Psicoterapia y Familia, 15, 1, 47-58.
- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2007). Recuperado el 28 de Enero del 2007 de <http://www.conoze.com/index.php?accion=contenido&doc=34>
- Downey, G. & Coyne, J. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin, 108. 50-76.
- Duran, M. (1987). La jornada interminable. Barcelona: España.
- Eguiluz, L. (1991). La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM: México.
- Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar en México. En: Eguiluz, L. (Comp.) (2004). Terapia Familiar. Pax:México.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. Desclee de Broker: Bilbao.
- Enríquez, D. y Sánchez, R. (2004) Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios. Reporte de investigación para obtener el grado de Licenciatura, no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Tlalnepantla Edo. De México.
- Enríquez, D.; Sánchez, R. y Robles, S. (2004, agosto). Análisis comparativo de prácticas del comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres de educación superior. Presentado en el XXIII Coloquio de Investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.
- Enríquez, D.; Sánchez, R. y Robles, S. (2005). Variables relativas a uso del condón en hombres y mujeres universitarios. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 8 (2).
- Espinosa, R. (2001 inédito) Notas sobre el equipo reflexivo. Material elaborado para la materia Terapias Posmodernas, de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar, de la Facultad de Estudios Superiores de la UNAM.

- Espinosa, R. (2004). El modelo de Terapia Breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, L. (Comp), Terapia familiar, su uso hoy en día. Pax: México.
- Falbo, T. & Peplau, L. (1980). Power strategies in intimate relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 38. 618-628.
- Fei-ling Go, V., Vu Minh, Q., Chung, A., Zenilman, J., Vu Thi, M. & Celentano, D. (2002). Gender gaps, gender traps: sexual identity and vulnerability to sexually transmitted diseases among women in Vietnam. Social Science & Medicine, 55 (3), 467-481.
- Fernández, A. y Sánchez, R. (1993). Aplicación de un programa de entrenamiento de comunicación entre parejas de población mexicana y sus efectos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Fillingham, L. y Susser, M. (1998) Michel Foucault para principiantes. México: Era Naciente.
- Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Herder: México.
- Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Editorial Morata. 61-67.
- Freud, S. (1966). Introducción al psicoanálisis. Altaga: México
- Freud, S. (1967). Tótem y Tabú. México: Alianza.
- Fruggeri, L. (1996) El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. (Comp.). La terapia como construcción social. México: Paidós
- Fry, S. & Trifiletti, J. (1983) An exploration of the adolescents' perspective: Perceptions of major stress dimensions in the single-parent family. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluations, 5, 101-111.
- Galicia, X (2004). Terapia estratégica. En: Eguiluz, L. (Comp), Terapia familiar, su uso hoy en día. Pax: México.
- García, B. y de Oliveira, O. (2005) Fatherhood in Urban Mexico. Journal of Comparative Family Studies, 36 (2) 305-332.

- Gebhardt, W., Kuyper, L. & Greunsven, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescents condom use. Journal of Adolescents Health, 33 (3), 154-164.
- Gelfand, D. & Teti, D. (1990). The effects of maternal depression on children. Clinical Psychology Review, 10. 329-353.
- Gerard, D. & Kornetsky, C. (1954). A Social and Psychiatric Study of Adolescent Opiate Addicts. Psychiatric Quart., 28, 113-125.
- Goldberg, I., Roghmann, K., McInerney, T. & Burke, J. (1984). Mental health problems among children seen in pediatric practice: Prevalence and management. Pediatrics, 73. 278-293.
- Gómez, H. (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. Salud Pública de México, .4,(3), 254-258.
- González, R. (2002). La salud laboral de las mujeres: una asignatura olvidada. Recuperado el 20 de octubre del 2003 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02sep/s02091002.html>
- González, R. (2002). La salud laboral de las mujeres: una asignatura olvidada. Recuperado el 20 de octubre del 2003 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02sep/s02091002.html>
- Gottman, J., Coan, J., Carrere, S. & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. Journal of Marriage and the Family, 60. 5-22.
- Grandesso, M. (2002) Terapias Posmodernas: un panorama. Sistemas familiares, 18 (3).
- Gregory, I. (1958) Studies of Parental Deprivation in Psychiatric Patients, American Journal Psychiatric, 115, 432-442.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE] (1997) Embarazo adolescente. Recuperado el 10 de febrero del 2004 de <http://www.gire.org.mx/derechos/d4.html>.
- Haley, J. (2002) Terapia para resolver problemas. Nuevas técnicas para una terapia familiar eficaz. Amorrortu: México.

- Haley, J. (2003) Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu: México.
- Henry, H. & Howard, M. (1975). The Families of Drug Abusers: A Literature Review. Family Process, 14, 411-431.
- Hernández, B.; Cuevas-Nasu, L.; Shamah-Levy, T.; Monterrubio, A.; Ramírez-Silva, et al (2003). Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Salud Publica México, 45, I, 551- 557.
- Híjar, M., Rascón, A., Blanco, J. y López, V. (1996) Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993) Salud Mental, 19(4): 14-21.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura económica.
- Hoffman, L. (2005) Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. Fondo de Cultura Económica: México.
- Imber-Black, E.; Roberts, J. y Whiting, R. (1988). Rituales terapéuticos y ritos en la familia. Gedisa: México.
- Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad [ICESI] (2002). , Primera encuesta nacional sobre inseguridad pública en las entidades federativas. Recuperado el 16 de Marzo del 2006 de http://www.icesi.org.mx/icesi-org-mx/images/pdf/Inseguridad_01.pdf
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI] (2006). Estadísticas por tema. Cuadro de resumen. Recuperado el 15 de Marzo del 2006 de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob00&c=5262>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2003a). Población por sexo y estado conyugal, 1950 a 2000 . Recuperado el 14 de Junio del 2007 de

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob73&c=3250>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2003b). Relación divorcios-matrimonios, 1970 a 2005. Recuperado el 14 de Junio del 2007 de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob82&c=3259>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2006). Mujeres y hombres en México 2006. Recuperado el 17 de Octubre del 2007 de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/MyH_x_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2004). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Recuperado el 1 de Septiembre del 2005 de: www.inegi.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/default.asp?accion=&upc=702825432355&seccionB=bd

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2000). XII Censo de Población, 2000. Recuperado el 16 de Marzo del 2006 de <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=701>

Jejeebhoy, S. (1998). Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. Studies in Family Planning, 29, (3). 300-308.

Jensen, P., Bloedau, L. & Davis, H. (1990). Children at risk: II. Risk factors and clinic utilization. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 804-812.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*. Recuperado el 8 de febrero de http://pdf.thelancet.com/pdfdownload?uid=llan.359.9315.editorial_and_review.20787.1&x=x.pdf

- Juárez, D. y Moreno, M. (1995). Actitud hacia la doble jornada de trabajo femenino y la relación de pareja. Tesis de Licenciatura. Los Reyes Iztacala. Edo. de México. 37-72.
- Kaplan, E. (1977) Structural Family Therapy for Children of Divorce: Case Reports Family Process, 16, 75-83.
- Kastenbaum, R. (1980). Vejez. Años de plenitud. México: Tierra firme, S. A. de C.V.
- Kazdin, P. (1993) Tales of the Absent Father: Applying the "Story" Metaphor in Family Therapy. Family Procces, 32, 441-458.
- Keeney, B. (1991). Estética del cambio. Paidós: México.
- Kempler, W., Iverson, R. & Beisser, A. (1962). The adults schizophrenic patient and his siblings. Family Procces, 1. 224-235.
- Kempler, W.; Iverson, R. y Beisser, A. (1962) The Adult Schizophrenic Patient and His Siblings. Family Process, 1, 224-235
- Kipnis, D. (1984). The use of power in organizations and in interpersonal settings. En S. Oskamp (ed.) Applied Social Psychology Annual, 5, 179-210.
- Konig, R. (1973). Tratado de sociología empírica. Madrid: Tecnos.
- Kübler-Ross, E. (1974). Questions and answers on death and dying. New York: Macmillan.
- Lemaire, J. (1992). La pareja humana: su vida, su muerte. *La estructura de la pareja humana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Levenson, A. (1961) The Treatment of School Phobias in the Young Adult. American Journal Psychotherapy, 15, 539-552.
- Limón, G. (2002) El giro interpretativo en Psicoterapia. México:Pax.
- Linn, J. y Garske, P. (1988) Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos. Desclee de Broker: Bilbao.
- López, J. (1998). Prevención del embarazo no deseado. Recuperado el 2 de marzo del 2004 de <http://www.insp.mx/salvia/9829/sal98292.html>.
- Magally, S. (2002a). Las mujeres, más proclives al estrés que los hombres. Recuperado el 29 de octubre del 2003 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02abr/02040102.html>

- Manssur, S. y Soni, A. (1986). Validez y confiabilidad del FES-R. Tesis de maestría en orientación y terapia familiar. Universidad de las Américas. México D. F.
- Martínez, A. (2005). Actualidades en el modelo de Milán. Conferencia impartida el 24 de Marzo del 2005 en la Facultad de Estudios Superiores-UNAM, Tlalnepantla Edo. de México.
- Matamoros, V. y Soria, L. (2003). Autoestima en mujeres (amas de casa y trabajadoras). Tesis de Licenciatura. Los Reyes Iztacala. Edo. de México. 42-56.
- Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (2005). Genogramas en la evaluación familiar. México: Gedisa.
- Mc Namee, S. y Gergen, K. (1996). La terapia como construcción social. México: Paidós
- McBride, B. & Rane, T. (1998) Parenting alliance as a predictor of father involvement: An exploratory study, Family Relations, 47 (3), 229
- McConaughy, S., Stanger, C. & Achenbach, T. (1992). Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4- to 16-year olds: I. Agreement among informants. Journal of the American Academy of Childhood and Adolescent Psychiatry, 31. 932-940.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1996). Genogramas en la evaluación familiar. México: Gedisa.
- Mella, O. (1998). Naturaleza y aportaciones teóricas-metodológicas de la investigación cualitativa, Santiago: CIDE, 3-24.
- Mendoza, G. (1991) Del terapeuta lineal progresivo a la terapia recurrente: una propuesta desde la cibernética de segundo orden. Trabajo presentado en el "II Encuentro de Psicología Clínica Institucional" organizado por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
- Millar, S. y Meloy, M. (2006). Women's use of force: voices of women arrested for domestic violence. Violence Against Women, 12, (1) 89-115.
- Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman H. (1981). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.

- Minuchin, S. y Fishman, H. (2004). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.
- Moctezume, M. y Desatnik, O. (2001). Programa de residencia en terapia familiar sistémica. Recuperado el 25 de Febrero del 2006 de: www.psicol.unam.mx:8082/Posgrado1/.../Residencia en Terapia Familiar.doc
- Moss, N. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. Social Science & Medicine, 54, 649-61.
- Mueller, F. (1980). Historia de la psicología de la antigüedad a nuestros días. México: Fondo de Cultura Económica.
- Núñez, R.; Hernández, B.; García, C.; González, D. y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública de México, 45 (1), 92-102.
- Nye, R. (2000). Tres psicologías. Perspectivas de Freud, Skinner y Rogers. México: Thompson Paraninfo, S. A.
- O'Hanlon, W. y Weiner, M. (1990). En busca de soluciones. Paidós: México.
- O'Donnell, J. (2001). Paternal involvement in kinship foster care services in one father and multiple father families, Child Welfare, 80, (4), 453-480.
- O'Hanlon, W. (1998). Desarrollar posibilidades. Paidós: México.
- Oaxaca, F.; Cantú, P. y Hernández, U. (2005) Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de unidades de primer nivel de atención de un programa universitario de salud. Salud Pública y Nutrición, 6, 1.
- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Herder: Barcelona.
- Ojeda, A. (1998). La pareja: apego y amor. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología-UNAM. México D. F.
- Ojeda, A. (1998). La pareja: apego y amor. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología-UNAM. México D. F.
- Oltman, E. & Friedman, S. (1967). Parental Deprivation in Psychiatric Conditions, III, Dis. Nerv. Sys., 28, 298-303.

- Oman, R., Vesely, S., & Aspy, C. (2005). Youth assets, aggression, and delinquency within the context of family structure. American Journal of Health Behavior, 29, (6). 557-569.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado el 20 de Marzo del 2006 de [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)
- Palacios, A. (1997). La pobreza humana y su medición en México. Recuperado el 24 de Febrero del 2006 de <http://www.rolandocordera.org.mx/pobreza/iph.pdf>
- Palazzoli, M.; Boscoso, L.; Cecchin, G y Prata, G. (1988). Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la Terapia de la Familia de Transacción Esquizofrénica. Paidós:México.
- Palomar, J. (1998). Funcionamiento familiar y calidad de vida. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología-UNAM. México, D. F.
- Papp, P. (1994). El proceso de cambio. México:Paidós.
- Parke, R. (1986). El papel del padre. España: Ediciones Morata, S. A.
- Parke, R. (2004). Fathers, Families, and the Future: A Plethora of Plausible Predictions, Palmer Quarterly, 50 (4), 456-471.
- Parry, T. (2001) Sin red: Preparativos para la vida posmoderna. En: Steven . (comp.) El nuevo lenguaje del cambio (2001). Barcelona:Gedisa.
- Pérrés, J. (1989). Proceso de constitución del método psicoanalítico. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Phares, V. & Compas, B. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. Psychological Bulletin, 11. 387-412.
- Pickard, M. (1998). Fatherhood in contemporary society. Family Relations, 47 (2) 205.
- Ponzetti, J. y Long, E. (1989). Healthy family functioning: a review and critic. Family Therapy, 16 (1), 43-50.

REFERENCIAS

- Poy, L. (2004). Para erradicar el analfabetismo se requieren \$5 mil millones: INEA. Recuperado el 16 de Marzo del 2006 de <http://www.jornada.unam.mx/2004/11/23/015n1pol.php>
- Preza, J. (2004). Algunos factores que influyen en la dependencia emocional de la mujer en la relación de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Iztacala-UNAM. Tlalnepantla, Edo. de México.
- Preza, J. (2004). Algunos factores que influyen en la dependencia emocional de la mujer en la relación de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Iztacala-UNAM. Tlalnepantla, Edo. de México.
- Programa de Educación, Salud y Alimentación [PROGRESA] (2000) Programa Progresá Salud, Pobreza y Nutrición de Gobierno. Recuperado el 27 de Febrero del 2006 de www.progesa.gob.mx/cd/docsconsulta/LIBRO_SA.PDF.
- Programa Nacional de Salud (2001-2006). En dónde estamos. La salud y los servicios de salud en México. Recuperado el 1 de Marzo del 2006 de <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNScapitulo1.pdf#search=2006/PNScapitulo1.pdf#search='problemas%20de%20salud%20en%20mexico'>
- Puentes, E., López, L. y Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990–2001. Revista Panamericana de Salud Pública 16, (2), 102-109.
- Pulerwitz, J. (2002). Relationship Power, Condom Use and HIV Risk Among Women in the USA. AIDS Care, 14 (6), 789-800.
- Quillet (1979). Diccionario Enciclopédico. Tomo VIII. Editorial Cumbres: México.
- Rae-Grant, N., Thomas, H., Offord, D. & Boyle, M. (1989). Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50. 85-94.
- Rage, E. (1997). Ciclo vital de la pareja y la familia. México: Universidad Iberoamericana. 115.
- Riley, N. (1997). Gender, power, and population change. *Population Bulletin*, 52 (1) (May 1997). Recuperado el 8 de febrero de

- www.prb.org/Content/NavigationMenu/PRB/AboutPRB/Population_Bulletin2/Gender_Power_and_Population_Change.htm
- Ríos, J. (2003) Vocabulario básico de orientación y terapia familiar. Editorial CCS:Madrid.
- Ríos, P. (1997). La falta de uso de anticonceptivos incrementan los embarazos no deseados. Recuperado el 14 de junio del 2004 de <http://www.cimanoticias.com/noticias/01nov/01112408.html>.
- Rivera, S. (2000). Significado del poder en la pareja. Conceptualización, medición y correlatos de poder y pareja: una aproximación etnopsicológica. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología, UNAM. México, D. F. 5-53.
- Rivera, S. (2000). Significado del poder en la pareja. *Conceptualización, medición y correlatos de poder y pareja: una aproximación etnopsicológica*. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología, UNAM. México, D. F. 5-53.
- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2000). La cultura del poder en la pareja. México: Facultad de Psicología-UNAM.
- Robles, S. (2005) Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. Tesis de Doctorado, no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Tlalnepantla Edo. De México.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En: Eguiluz, L. (Comp), Terapia familiar, su uso hoy en día. Pax: México.
- Rogers, W., Bidwell, J. & Wilson, L. (2005) Perception of and satisfaction with relationship power, sex, and attachment styles: a couples level analysis. Journal of Family Violence, 20, (4) 241-251.
- Rubenstein, O. & Levitt, M., (1957) Some Observations Regarding the Role of Fathers in Child Psychotherapy," Bull. Menninger Clin., 21, 16-27.
- Ruiz, E. y Suárez, B. (2007). Dinámica familiar: cambios y adaptaciones a raíz del proceso migratorio. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruiz, M. (2002). El promedio de quejas no ha variado en diez años Sigue sin denunciarse la violación sexual en la ciudad de México.

- Recuperado el 13 de Marzo del 2006 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02dic/02122707.html>
- Sánchez, D. (2000). Funcionamiento familiar con menores víctimas de abuso sexual. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios superiores Iztacala-UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.
- Sánchez, R. (1995). El amor y la cercanía de pareja a través del ciclo de vida. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología-UNAM. México D. F.
- Sánchez, Y. y Torres, M. (2004). Atracción interpersonal en la pareja y su relación con la construcción individual: un enfoque sistémico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Iztacala. UNAM.
- Santow, G. (1995). Social roles and physical health: the case of female disadvantage in poor countries. Social Science and Medicine, 40, (2). 147-161.
- Satir, V. (1998). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax.
- Sauceda J. (1992). Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Revista Médica del IMSS, 23,2.
- Sauceda, J. (1991). Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Revista Médica del IMSS, 29,1.
- Schock, A.; Gavazzi, S.; Fristad, M. y Goldberg-Arnold, J. (2002) The role of father participation in the treatment of childhood mood disorders. Family relations, 51, (3).
- Schock, A.; Gavazzi, S.; Fristad, M. & Goldberg-Arnold, J. (2002) The role of father participation in the treatment of childhood mood disorders. Family Relations, 51, (3) 230-238.
- Selvini, M. (1990) [Comp.]. Crónica de una investigación. Paidós: México.
- Selvini, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. (1998). Los juegos psicóticos en la familia. Paidós: México.
- Selvini, M.; Cirillo, S. y Selcini, M. (1999) Muchachas anoréxicas y bulímicas. Paidós: México.

- SEMARNAT (2000). Pobreza. Recuperado el 24 de Febrero del 2006 de http://www.semarnat.gob.mx/estadisticas_2000/compendio_2000/01dim_social/01_05_Pobreza/index.shtml
- Sillars, L. (1980). Stranger and apouse as target persons for compliance-gaining strategies. Human Communication Research, 6. 265-279.
- Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1997). Vocabulario de terapia familiar. Gedisa:Barcelona.
- Slonim-Nevo, V., Sharaga, Y. & Abdelgani, A. (1999). Social and psychological adjustment of former Soviet immigrants and Israeli-born adolescents of Russian origin. Society & Welfare, 19. 81-99.
- Sluzki, C. (1985) A minimal map of cybernetyc. The Family Therapy Netwoerder, 9 (1), 26.
- Solis-Ponton, L. (2002).La parentalidad. Manual Moderno:México.
- Solorio, N. (2004). Factores involucrados en la infidelidad y sus efectos psicológicos en la pareja. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios superiores Iztacala-UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.
- Sorosky, D. (1977) The psychological effects of divorce on adolescents. Adolescence, 12, 123-136.
- Stewart, G. (1992) Behavioral Problems in Sons of Incarcerated or Otherwise Absent Fathers: The Issue of Separation. Family Process, 31, 303.
- Stierlin, H.; Rucker-Embden, I.; Wetzell, N. y Wirsching, M. (1999) Terapia de Familia. La primera entrevista. Gedisa:Barcelona.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz, L. (Comp), Terapia familiar, su uso hoy en día. Pax: México.
- Swartz, H., y Jacobs, J. (2003). Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. México: Editorial Trillas. 20-36.
- Talavera, L. (2006) Lineamientos tanatológicos-sistémicos encaminados al trabajo de duelo. Tesis de Licenciatura. Universidad Oparin, S,C. incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
- Tomm, K. (1993) Prefacio. En Wite, M. y Epston, D. (1993) Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona :Paidós.

- Tomm, K. (1994) Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En: White, M. Guías para una Terapia Familiar Sistémica. México: Gedisa.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Terapia Familiar, Noviembre de 1988, México.
- Turner, S., Beidel, D. & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disordered patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55. 229-235.
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2000). The State of World Population 2000. New York. Recuperado el 8 de febrero de www.unfpa.org/swp/2000/english/index.html
- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis. 75-105.
- Vargas, P. (1991) Bosquejo para una postura construccionista En Terapia Familiar. Trabajo presentado en el "II Encuentro de Psicología Clínica Institucional" organizado por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia familiar sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En: Eguiluz, L. (Comp.) (2004). Terapia Familiar. Pax: México.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica. Granada: Aljibe. 15-51.
- Wallerstein, S., (1991) The long-term effects of divorce on children: A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 349-360.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (2002) Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Herder: México.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1999). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Herder: México.

- Weissner, J. (1964). Thinking About the Family Psychiatric Aspects. Family Process, 3 (1), 1-40.
- Wellish, K.; Gay, R. & McEntre, R. (1970) The Easy Rider Syndrome: A Pattern of Hetero- and Homosexual Relationships in a Heroin Addict Population. Family Process, 9, 425-430.
- Westman, J. (1972). Effect of Divorce on a Child's Personality Development. Medical Aspects Human Sexuality, 6, 38-55.
- White, M. (1994) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona:Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. México:Paidós.
- Wiseman, L. y Schenck, H. (1981). A multidimensional scaling validation of an inductively-derived set of compliance-gaining strategies. Communication Monographs, 48. 251-270.
- Wolk, L. & Diskirk, M. (1961) Personality Dynamics of Mothers and Wives of Drug Addicts, Crime and Delinquency, 7, 148.
- Yablonsky, L. y Padilla, G. (1990) Padre e hijo. La más desafiante de las relaciones familiares. México: Manual Moderno.